

VOL. 23 - Nº 55 - NOVEMBRO DE 2012

ISSN 1676-0336

ATERCEIRIDADE

Estudos sobre Envelhecimento

The logo for Sesc, featuring a stylized white wave above the lowercase letters 'sesc' in a bold, sans-serif font.

Sesc

A prática teatral no envelhecimento
– um caminho ao autoconhecimento,
da autonomia e inclusão social



ATERCEIRIDADE

Estudos sobre Envelhecimento

ISSN 1676-0336



VOLUME 23
NÚMERO 55
JULHO 2012

Publicação técnica editada pelo
Sesc – Serviço Social do Comércio

Sesc - Serviço Social do Comércio

Administração Regional no Estado de São Paulo

Presidente do Conselho Regional

Abram Szajman

Diretor do Departamento Regional

Daniilo Santos de Miranda

Superintendentes

Técnico-Social Joel Naimayer Padula

Comunicação Social Ivan Giannini

Administração Luiz Deoclécio Massaro Galina

Assessoria Técnica e de Planejamento Sérgio José Battistelli

Gerentes

Estudos e Programas da Terceira Idade

Cláudio Alarcon

Adjunta Lília Ladislau

Artes Gráficas Hércio Magalhães

Adjunta Karina Musumeci

Comissão Editorial

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

Secretaria Rose Meire D. Garcia de Moraes

Editoração e capa: Lourdes Teixeira Benedan

Fotografias capa - Cenário do espetáculo
Ópera de Três Vinténs, direção Robert Wilson: Ed Figueiredo; pag. 1, 3, 6 e 60: Gustavo Boemer; pag. 1, 3 e 20: Paulo Preto; pag. 25, 26, 27 e 28: autores, pag. 1, 3 e 32: Lourdes Teixeira Benedan; pag. 1, 3 e 48: Isabel D'Elia; pag. 1, 3, 80, 82, 85, 88, 90, 95 e 4ª capa: Alexandre Nunis

Revisão: Marco Storani

Transcrição entrevista: Maria Clara Machado

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

Serviço Social do Comércio
– SESC-SP

Revista "A Terceira Idade" – (GETI)

Av. Álvaro Ramos, 991 - 3º andar

CEP 03331-000 - São Paulo - SP

Fone: (11) 2607-8241

Fax: 2607-8250

e-mail: revista3idade@sescsp.org.br

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

A Terceira Idade 1988 – 2006

Quadrimestral

ISSN 1676-0336

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

CDD 362.604

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

Sumários Correntes de Periódicos Online

SIBRA (SIBRADID – Sistema Brasileiro de Documentação e Informação

Desportiva – Escola de Educação Física – UFMG)

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

Sumário

7 A prática teatral no envelhecimento – um caminho ao autoconhecimento, para a autonomia e para a inclusão social

Diego Miguel

19 O lugar do idoso na construção de sociedades sustentáveis: o exemplo da memória ambiental em Cardoso Moreira (RJ)

Ivalina Porto, Rafael de Souza Dias

32 Implicações para o cuidador familiar em razão de o idoso apresentar déficit no autocuidado

Ricardo Saraiva Aguiar

47 Comparação da força e da flexibilidade em idosos praticantes de musculação e praticantes de hidroginástica

Tiago Quissini, Ana Rita Zamberlan, Natália Batista Albuquerque Goulart, Caroline Pieta Dias

60 Amigo idoso socorrista: apenas um título ou um instrumento que pode salvar vidas?

Ednei Fernando dos Santos, Érica Beatriz Lemes Pimentel Verderi

77 Entrevista com **Cheda Name Saad**



Arte-educação e gerontologia: uma parceria a favor do idoso

A arte é uma maneira de despertar o indivíduo para que este dê maior atenção ao seu próprio processo de sentir. Ela constitui um estímulo permanente para que nossa imaginação flutue e crie mundos possíveis, rompendo o restrito espaço que o cotidiano lhe reserva.

Por meio da arte somos levados a conhecer aquilo que não temos oportunidade de experienciar em nossa vida cotidiana. Assim, a criatividade, a imaginação e a emoção estética precisam ser desenvolvidas por intermédio de experiências artísticas, sejam elas dança, música, teatro, cinema, poesia, pintura, escultura, etc.

Rever o potencial crítico da criação é um tema da maior importância. Nesse processo, a arte-educação tem papel de destaque porque se estabelece como elo entre o sujeito criativo e o cidadão participativo, investindo na arte como forma de conhecimento e como exercício de criatividade.

O exercício da criatividade que a arte-educação contempla privilegia a experimentação e a aprendizagem, mediadas sempre pela ação reflexiva e pelo entendimento. A criação artística e educacional é fundamentalmente um processo e tem um ponto único de partida e de chegada: o sujeito, o indivíduo que cria.

Uma experiência artístico-educativa prevê um grau aprofundado de introspecção, uma espécie de encontro consigo mesmo ou com o grupo: é a busca da individualidade e da intersubjetividade que o cotidiano, de um modo geral, anula.

A prática teatral no envelhecimento, por meio da arte-educação, é uma reflexão trazida nesta edição, no artigo de Diego Miguel, que destaca a importância das oficinas e cursos para idosos no favorecimento da saúde física e mental, na manutenção da independência e da autonomia e no estímulo à socialização e ao protagonismo.

Também fazem parte desta edição os seguintes artigos: “Comparação da força e da flexibilidade em idosos praticantes de musculação e praticantes de hidroginástica”, de Tiago Quissini, Ana Rita Zamberlan, Natália Batista Albuquerque Goulart e Caroline Pieta Dias; “Amigo idoso socorrista: apenas um título ou um instrumento que pode salvar vidas”, de Ednei Fernando dos Santos e Érica Beatriz Lemes Pimentel Verderi; “O lugar do idoso na construção de sociedades sustentáveis: o exemplo da memória ambiental em Cardoso Moreira (RJ)”, de Ivalina Porto e Rafael de Souza Dias; e “Implicações no cuidador familiar devido o idoso apresentar déficit no autocuidado”, de Ricardo Saraiva Aguiar.

Nosso entrevistado é Cheda Name Saad, de Campinas, SP, químico industrial e contabilista, que participa ativamente em sua comunidade, contribuindo para a melhoria de qualidade de vida de várias pessoas. Cheda participou como convidado no Encontro Idoso Protagonista, realizado em novembro de 2008, no SESC Santo André, relatando as ações desenvolvidas com e para a comunidade e seus resultados positivos.

DANILO SANTOS DE MIRANDA
Diretor Regional



A prática teatral no envelhecimento: um caminho para o autoconhecimento, para a autonomia e para a inclusão social¹

DIEGO MIGUEL²

RESUMO

Na contemporaneidade, diante do novo paradigma do envelhecimento e do conseqüente surgimento de políticas em atenção à população idosa, aumentaram significativamente as oportunidades para arte-educadores na atuação em oficinas e cursos para idosos, dispostos em serviços como centros de convivência, grupos de idosos e demais espaços comprometidos com a promoção de melhor qualidade de vida para essa fase da vida.

As oficinas de teatro têm aparecido com frequência neste novo cenário, por apresentar uma linguagem artística que estimula a convivência, a socialização e o protagonismo, agentes fundamentais na criação de espaços que contribuam para a preservação da identidade do idoso e para a sua articulação com os assuntos da contemporaneidade, estimulando a sua relação com o mundo.

Considerando as especificidades do público em questão e as necessidades de adaptações metodológicas para aproximá-los da prática teatral provinda de técnica, e de forma a contribuir com a interlocução dos aspectos culturais entre o passado e a atualidade, este texto busca a reflexão sobre a relação das metodologias utilizadas pelos arte-educadores contemporâneos com as questões relevantes a serem trabalhadas nessa fase da vida, utilizando-se da arte para contemplar os aspectos biopsiossociais na promoção do Envelhecimento Ativo.

Palavras-chave: teatro; educação; Gerontologia; Envelhecimento Ativo; autoconhecimento; inclusão social.

¹ Este artigo é baseado na monografia apresentada ao Centro Universitário Maria Antonia, da Universidade de São Paulo, para obtenção o título de Especialista em Linguagens da Arte. Linha de Pesquisa: Reflexões sobre a Prática Docente, com orientação do Professor Ms. Celso dos Santos Solha.

² Artista plástico, especialista em Linguagens da Arte e Envelhecimento (Ceuma – USP) e coordenador do Centro de Convivência do Centro de Referência do Idoso da Zona Norte (CRI Norte).
diegofelmi@ig.com.br

ABSTRACT

In contemporary times, with the establishment of a new paradigm of aging and the resulting emergence of policies towards the elderly population, there has been a significant increase in opportunities for art educators to provide services in workshops and courses for elderly people through community centers, elderly groups and other venues committed to promoting a better quality of life for senior citizens.

Theater workshops have often sprung up in this new scenario, since they use an artistic language that stimulates interaction, socialization and leadership, which are key elements in creating spaces that contribute to the preservation of elderly people's identity and to their involvement with contemporary issues, thereby stimulating their relationship with the world.

Given the specificities of elderly people and the need for methodological adaptations to bring them closer to theater practices based on techniques, and aiming to contribute to the cultural dialogue between past and present, this text seeks to analyze the methodologies used by contemporary art educators and the relevant issues to be examined by elderly people, using art as a tool for analyzing the bio-psychosocial aspects involved in the promotion of Active Aging.

Keywords: education theatre, Gerontology, Active Aging, self-knowledge, social inclusion

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida no Brasil cresce a cada ano em razão dos avanços científicos, tecnológicos e da concepção de hábitos saudáveis adotados por grande parte da população por meio do acesso à informação. A longevidade é uma conquista da sociedade contemporânea e um novo desafio, considerando que o número de idosos está crescendo e que a sociedade não se preparou previamente para atender essa demanda.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (2005), a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está crescendo rapidamente; estima-se que em 2025 haverá aproximadamente 1,2 bilhão

de pessoas com mais de 60 anos, aumentando esta expectativa para 2 bilhões em 2050, sendo que 80% dessas pessoas se encontram nos países em fase de desenvolvimento, na qual se enquadra o Brasil.

Com isso surgem políticas públicas que atuam na prevenção e promoção do Envelhecimento Ativo, programa proposto pela Organização Mundial da Saúde que prevê o processo de otimização dos três pilares: saúde, participação e segurança, contemplando assim seus aspectos biopsicossociais que objetivam melhor qualidade de vida à pessoa idosa.

A arte surge neste cenário por meio de oficinas socioeducativas e culturais com a proposta de favorecer a saúde mental e física do idoso, estimulando também a socialização e o protagonismo, e contribuindo na manutenção de sua independência e autonomia, fatores importantes na preservação da identidade e da capacidade funcional do indivíduo.

O teatro é uma das linguagens artísticas que contempla as expectativas de quem atua com esse segmento, sendo difundido em diversos grupos; embora haja pré-conceito por parte de alguns idosos que acreditem ser uma linguagem elitizada e associada a diversos mitos do envelhecimento, entre estes a perda de memória.

Devemos observar as metodologias utilizadas por arte-educadores, considerando em sua prática a contribuição com o conhecimento técnico e a experimentação teatral, visando à qualidade artística e ainda reconhecendo as necessidades de adaptações que atendam as especificidades desse público, desmistificando os conceitos preestabelecidos socialmente.

A proposta deste texto é refletir sobre a importância da prática teatral neste novo paradigma do envelhecer, e contribuir com possíveis construções de metodologias que atendam essas especificidades com uma formação teatral fundamentada e inclusiva, enriquecidas por um processo de autoconhecimento, autonomia e inclusão no envelhecimento.

Arte-educação e o teatro: a linguagem artística

Segundo o estudioso norte-americano Eisner (1972, p. 9), a arte e seus instrumentos e a educação perpassam pelas relações pessoais e sociais do indivíduo, isto é, por meio da criação, experimentação e vivência da arte, podemos re-descobrir nossa atuação no mundo, considerando nosso repertório pessoal.

Entre os conceitos contemporâneos em arte-educação, podemos considerar a abordagem “contextualista” uma possibilidade do ensino de teatro para idosos.

Na educação Paulo Freire enfatizou que o processo educacional pode se tornar um meio de reconhecimento pessoal e da nossa realidade cotidiana, ou seja, descobrirmos quem somos, em qual contexto estamos inseridos e quais os meios de transformá-lo.

NO TRABALHO COLETIVO AS
ESPECIFICIDADES VARIAM DE PESSOA
PARA PESSOA, PODENDO OCORRER
NO MESMO GRUPO A PARTICIPAÇÃO
DE PESSOAS COM NECESSIDADES
ESPECIAIS EM DIFERENTES ÂMBITOS,
TAIS COMO FÍSICO, SENSORIAL,
MENTAL, SOCIAL E CULTURAL.

Estes são conceitos iniciais para entendermos a importância da arte-educação no processo criativo artístico e social do idoso, considerando a sua realidade pessoal, a sua relação e atuação na sociedade, a cultura em que ele está inserido e o resgate de sua memória histórico-cultural.

A relação entre a abordagem de Eisner com a proposta metodológica de Freire propõe uma reflexão sobre o domínio que os profissionais habilitados em arte-educação devem ter ao conhecer ou re-conhecer as especificidades do público com que atuam, considerar seu território, suas crenças e costumes, sua cultura e a relação desta com as questões contemporâneas, e permitir que os idosos transitem por novos espaços, antes distantes e rígidos por seus pré-conceitos.

No teatro essa proposta se aplica por intermédio de jogos teatrais, exercícios de expressão corporal, improvisações, elaboração de textos e roteiros, na criação de personagens por meio da busca ativa e de experimentações de novos conceitos, culturas e realidades diversificadas, assim como na pesquisa pessoal de reminiscências que levem o sujeito ao encontro do mundo empírico.

No trabalho coletivo as especificidades variam de pessoa para pessoa, podendo ocorrer no mesmo grupo a participação de pessoas com necessidades especiais em diferentes âmbitos, tais como físico, sensorial, mental, social e cultural.

O grande desafio é pensar na prática teatral inclusiva, permitindo que todos possam ser protagonistas de suas ações no processo de construção, da relação entre as ideias pessoais e as ideias coletivas, da importância de sua participação no processo criativo, focando na prática teatral fundamentada e contextualizada, e fomentando um processo de autoconhecimento e de autonomia.

A prática teatral no envelhecimento: o processo criativo artístico

(...) O que é arte pura segundo a concepção moderna? É criar uma magia sugestiva contendo ao mesmo tempo o objeto e o sujeito, o mundo exterior ao artista e o próprio artista (BAUDELAIRE, 2008, p. 73).

A convivência é um dos principais objetivos das atividades socioeducativas desenvolvidas nos serviços de atendimento a idosos. Preservar sua autonomia, independência e estimular sua rede de suporte social³, estabelecendo relações afetivas e vínculos interpessoais que contribuam no suporte cotidiano ao idoso: na amizade, na companhia e, em alguns casos, no auxílio às atividades da vida diária (AVD)⁴.

Segundo Monteiro (2003, p. 33), a relação humana está baseada em significações que surgem a partir de sua experiência pessoal com o outro, e é no espaço da convivência que se constitui o modo de ser de cada um, acreditando então que não existimos e sim *co-existimos*, não vivemos, mas *con-vivemos*.

A relação entre as pessoas dentro da diversidade encontrada nos grupos cria uma espécie de ciclo, o qual, por meio da convivência, permite rever os conceitos pessoais, questionar os conceitos do outro, refletir e favorecer assim uma nova possibilidade de pensar e agir, permitindo que cada um interaja com o grupo e se estabeleça a relação entre os ideais pessoais e coletivos.

A prática teatral contribui por meio de seu processo construtivo ao estabelecer essas relações que são relevantes para a convivência, permitindo que o idoso participante revise seus conceitos – estabelecidos por regras sociais e/ou culturais –, em contato direto com o outro mediante seus jogos e improvisações. É um processo importante para a atuação nas especificidades desses grupos, que contribuem com o re-pensar e a desconstrução de ideologias que marcaram um período, como, por exemplo, a ditadura, e que até hoje têm uma presença subliminar nas ações e ideias:

É no corpo que a história dos pensamentos, sentimentos e experiências passadas e presentes deixa sua marca, não permitindo passar em branco, porque toda a sensação sempre possui a promessa de expressão (MONTEIRO, 2003, p. 40).

Carregamos os registros de nossa trajetória em nosso corpo, e estes podem interferir em nossa qualidade de vida ao longo dos anos, sejam marcas como limitações, insegurança, timidez, e demais fatores que podem interferir na relação interpessoal e na sua visão de mundo.

3 Redes de relações informais – estabelecidas por parentes, vizinhança ou pessoas da comunidade que possuem um grau relevante de vínculos.

4 Atividades Básicas da Vida Diária estão relacionadas diretamente à capacidade funcional e cognitiva do idoso, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, etc. As Atividades Instrumentais da Vida Diária são ações mais complexas, tais como ir ao banco, fazer compras, etc.

Por meio da prática teatral favorecemos esta expressão, outrora reprimida, permitindo a criação de um *espaço de trocas* entre os participantes, utilizando-se de reminiscências para o *aprender por meio da experiência*, termo defendido por Dewey (1944), que adaptado à realidade de uma proposta metodológica teatral contribui para a criação de um teatro inclusivo, possibilitando que se agreguem idosos que possuam características como timidez, insegurança, analfabetismo e até mesmo declínio cognitivo, utilizando-se das referências pessoais e das experiências com o mundo empírico durante o processo de construção, na improvisação ou na criação de um espetáculo.

O CONHECER-SE E REVELAR-SE SÃO OPORTUNIDADES PERTINENTES AO SUJEITO, NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO, POR MEIO DA PRÁTICA TEATRAL, CONTRIBUINDO COM SUA ACEITAÇÃO PESSOAL E DE SUA TRAJETÓRIA DE VIDA, ASPECTOS QUE ESTIMULAM SUA AUTOESTIMA E PERMITEM QUE ESTE POSSA SENTIR-SE SEGURO PARA SE IMPOR NO MUNDO E SE MANTER ATIVO NA BUSCA POR SEUS IDEIAS, DESMISTIFICANDO MITOS E CONCEPÇÕES QUE INTERFERAM EM SUA QUALIDADE DE VIDA NESTA FASE DA VIDA.

Para os arte-educadores é fundamental o conhecimento teatral e dos conceitos de teatro-educação; a pesquisa constante de metodologias e experiências relatadas por profissionais da área; o conhecimento e estudo das especificidades do público em questão; o conhecimento básico gerontológico; pois estes são aportes relevantes para a construção teatral que contribuem para a sensibilidade de (re)conhecer quais as expectativas do grupo para aquele encontro, de forma a aproximá-los desta linguagem estética e proporcionar uma vivência diferenciada, que tenha os devidos cuidados e a consciência do *fazer teatral*.

A prática teatral no envelhecimento também desenvolve o processo de autoconhecimento, que, segundo Ruy Cezar do Espírito Santo (apud KACHAR, 2001, p. 119), "*é o processo de desvelamento de si mesmo por meio de sua busca pessoal*", sendo responsabilidade do arte-educador propiciar, mediante sua metodologia, o início deste (re)encontro pessoal.

O conhecer-se e revelar-se são oportunidades pertinentes ao sujeito, no processo de envelhecimento, por meio da prática teatral, contribuindo com sua aceitação pessoal e de sua trajetória de vida, aspectos que estimulam sua autoestima e permitem que este possa sentir-se seguro para se impor no mundo e se manter ativo na busca por seus ideais, desmistificando mitos e concepções que interferam em sua qualidade de vida nessa fase da vida.

O fazer teatral: aprendizado e parceria

O processo artístico é valorizado na arte-educação contemporânea, compreendendo que estas vivência e experimentação contribuem para o aprendizado, protagonizando a ação do educando e permitindo que o processo criativo parta de suas investigações pessoais e do contato pessoal com os aspectos que formam sua identidade.

O *fazer teatral* está ligado a ideias sobre exposição pessoal, obrigatoriedade de decorar textos inacabáveis, montagem de um espetáculo e sua apresentação pública. Faz parte de nossa cultura valorizar o produto final das oficinas, seja em exposições ou apresentações, muitas vezes desconsiderando e desconhecendo o processo de construção e desconstrução na criação artística.

Segundo Spolin (1979), quando compreendemos que a história (a ser encenada) é um item, entre os vários que compõem o processo de criação, o resultado é a verdadeira ação dramática, fundamentando que a experimentação permite ao educando penetrar no ambiente, envolver-se organicamente com ele, isto é, atuando nos níveis intelectual, físico e intuitivo.

Consideramos que esses três níveis são contemplados quando utilizamos a prática inclusiva, a partir da realidade pessoal e coletiva, proporcionando por meio dos jogos teatrais os conceitos dessa linguagem, promovendo os momentos de troca na socialização de temas e experiências mediante improvisações e permitindo a relação do saber pessoal e do saber coletivo nas contextualizações com a arte.

A prática teatral perpassa as etapas de conscientização do corpo e sua relação com o espaço por intermédio de expressão corporal e expressão vocal, conhecimentos da técnica teatral, elaboração e contextualização de temas e situações, mediante jogos teatrais, criação e caracterização de personagens por meio da improvisação e montagem do espetáculo, considerando sinteticamente que essas partes traduzem o processo criativo conforme a metodologia utilizada.

Essa prática vai além de seus encontros e ensaios, ela se estende ao cotidiano do idoso, permitindo que este reflita e interaja com os demais sujeitos da sociedade, mantendo-o ativo socialmente na busca por suas necessidades pessoais, engajado nos temas da contemporaneidade, o que permitirá sua socialização com pessoas de outras faixas etárias, de forma a não segregá-lo.

O FAZER TEATRAL ESTÁ LIGADO A IDEIAS SOBRE EXPOSIÇÃO PESSOAL, OBRIGATORIEDADE DE DECORAR TEXTOS INACABÁVEIS, MONTAGEM DE UM ESPETÁCULO E SUA APRESENTAÇÃO PÚBLICA.

Há o preconceito contra a prática teatral com enfoque social ou de saúde, e com frequência se observam os extremos: por um lado, o arte-educador que *faz a arte pela arte*, dotado de técnica e comprometido com a qualidade artística e, do outro lado, o arte-educador que não se compromete com a qualidade nem com a técnica, acredita que o *teatrinho* está muito bom e que os idosos não conseguiriam fazer além do que já demonstram nos jogos, que por estarem ali se *distraindo* já estão promovendo a saúde.

O arte-educador, antes de qualquer conhecimento específico, precisa acreditar no seu potencial metodológico e acreditar na capacidade de criar e aprender do idoso, na troca de experiências, assim o teatro torna-se inclusivo. É necessário ser comprometido com as técnicas teatrais e reafirmar o compromisso com seu público de atuação: atuar diretamente nas questões relevantes e nas especificidades do idoso é algo que comprova o sucesso no processo criativo, unir as concepções básicas do fazer teatral aos aspectos que atuam na preservação da autonomia e independência do idoso e contribuam com sua melhor qualidade de vida.

Na perspectiva das ações interdisciplinares em seus cinco pilares: coerência, humildade, espera, respeito e desapego, como propõe Fazenda (2001), a arte teatral faz-se aberta à atuação de outros setores para contribuir com uma prática abrangente e transformadora na construção de um novo ideal para o idoso.

O processo da prática teatral no envelhecimento, norteadada pela responsabilidade com a pesquisa e os conceitos desta linguagem, provida pelo conhecimento de suas especificidades, corrobora com uma prática abrangente que permite o resgate social e cultural do indivíduo, sua relação interpessoal e convivência, fomentando saberes e contribuindo com o diálogo entre o passado e a contemporaneidade, e permitindo que o idoso se localize como indivíduo no aqui e agora.

A independência e a autonomia são fundamentais para manter os idosos ativos. O teatro possibilita o resgate da alegria de viver e o prazer de refazer os projetos pessoais e poder gerenciá-los em prol de suas necessidades, algo fundamental para dar sentido à vida.

Por meio deste diálogo com a arte é relevante desmistificar o envelhecer e promover, por meio do autoconhecimento, o reconhecimento das características oriundas da senescência⁵, contribuir com a autoaceitação e estimular a busca por novas possibilidades para o envelhecimento com qualidade de vida.

5 Características naturais do processo de envelhecimento.

Vivência teatral: uma nova possibilidade para enxergar o mundo

Técnica e emoção. Na realidade é o que a gente procura na vida, na interpretação, na arte, em tudo, é o equilíbrio entre a emoção e a técnica. Quando você encontra o meio disso, está perfeito (PERA, 1988, p. 39).

Promover meios de inclusão cultural e experimentação por intermédio da vivência de linguagens artísticas pouco exploradas é uma conquista para os profissionais que conseguem contribuir ou resgatar o brilho dos olhos no idoso.

Esta *vida* transmitida por meio desse brilho emana do prazer de estar atuando, evidencia o idoso mergulhado em sua verdade absoluta, sem racionalizar o certo ou errado, divertindo-se como alguém que experimenta o novo, e goza do prazer de sentir-se livre dos pré-conceitos sociais que limitam seu poder criativo; este é um dos caminhos que contribuem para a aproximação do idoso à linguagem teatral, promovendo ações protagonistas exitosas.

Este é o resultado do domínio metodológico teatral, da flexibilidade e sensibilidade para a construção deste processo e do conhecimento de suas especificidades: a aproximação do arte-educador com a realidade do grupo de idosos.

As temáticas de interesse comum, exploradas por meio de reminiscências coletivas, contribuem com a formação de um novo olhar social desse idoso na contemporaneidade, permitindo que haja novas intervenções em espaços nunca antes evidenciados.

Na qualidade de profissionais comprometidos com a Gerontologia, podemos conduzir essas experimentações para informações que permeiem esse universo do idoso, atuando com temas sobre direitos que estimulem o pleno exercício de sua cidadania, desmistificando mitos do envelhecimento, contribuindo com a prática da relação intergeracional e inclusiva e promovendo informações relativas a cuidados preventivos e de saúde, principais aspectos que preveem os pilares do Envelhecimento Ativo.

A cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo (OMS, 2002, p. 20).

AS TEMÁTICAS DE INTERESSE COMUM, EXPLORADAS POR MEIO DE REMINISCÊNCIAS COLETIVAS, CONTRIBUEM COM A FORMAÇÃO DE UM NOVO OLHAR SOCIAL DESSE IDOSO NA CONTEMPORANEIDADE, PERMITINDO QUE HAJA NOVAS INTERVENÇÕES EM ESPAÇOS NUNCA ANTES EVIDENCIADOS.

É relevante este entendimento sobre o envelhecimento e sua relação com a cultura, entre o passado e o contemporâneo, é pertinente a promoção do diálogo entre estes para a reconstrução dos conceitos impregnados de mitos que excluem e isolam o idoso nos aspectos de sua saúde, participação e segurança, e para estimular a apropriação social deste novo paradigma do envelhecimento por meio dessas novas concepções de informações.

Por meio da prática teatral possibilitamos o aprendizado de novos conceitos (conteúdos), tornamos próximas essas novas concepções e permitimos, por intermédio dos jogos teatrais e de improvisações, as experimentações e a vivência dessa prática.

Esse processo de aprendizagem atua em dois grandes grupos: o grupo de atuação e o grupo de espectadores, algo característico do teatro, que contribui com o diálogo.

No processo teatral para idosos podemos pensar em um projeto objetivando: a prática do Envelhecimento Ativo em seus pilares, a quebra dos mitos da velhice e o resgate da memória dos idosos, promovendo por meio desta a preservação da memória cultural, fator pertinente na construção e (re)construção da cultura popular.

Por meio dessa prática, fomentamos a reflexão mediante esta disseminação de conhecimentos e questões oriundos deste novo cenário da velhice, contribuindo com sua desmistificação, com a aproximação intergeracional, fator relevante quando pensamos na inclusão social.

Considerações finais

Os conceitos contemporâneos de arte-educação estimulam a aproximação do educando com as linguagens da arte, favorecendo novas leituras, conceitos e técnicas, permitindo que este aprenda por meio da aproximação com o mundo empírico, no qual a vivência é um dos fatores fundamentais para o processo artístico.

Por este motivo a arte-educação é prevista em oficinas e cursos que são promovidos ao público idoso, atuando em suas especificidades em prol de melhor qualidade de vida.

Diante do novo paradigma social, o envelhecimento populacional, no qual contamos com o aumento representativo de idosos ativos e saudáveis, muitos profissionais que atuam diretamente com este público têm

o comprometimento, por meio de suas ações educativas, de estimular a independência e autonomia do idoso, fatores fundamentais para a promoção de melhor qualidade de vida.

O teatro é uma das linguagens artísticas que contribuem com os aspectos relevantes para o envelhecimento ativo, contribuindo com a socialização de temas e suas relações entre passado e contemporaneidade, conceitos e pré-conceitos, a desmistificação da velhice, o resgate e a preservação da memória cultural, além de ser uma das linguagens que permitem a disseminação de conhecimentos pertinentes à prevenção e preservação da saúde e da participação social protagonista, algo fundamental para a garantia do pleno exercício da cidadania no envelhecimento.

A cada dia que passa, com o surgimento das políticas em atenção à população idosa, há uma exigência maior na qualificação desses profissionais de arte-educação para que atendam as especificidades desse público, na técnica, na qualidade artística e na atenção às particularidades, contemplando seus aspectos biopsicossociais, promovendo o diálogo da velhice com a sociedade e favorecendo a inclusão social e a desmistificação do envelhecimento.

Como manter este equilíbrio entre a arte teatral e o comprometimento com os aspectos sociais e de saúde do idoso, sem perder de vista a qualidade de ambos, de modo a promover uma vivência de qualidade artística e de grande significação na (re)construção pessoal para o participante? A arte e a Gerontologia podem caminhar juntas sem se perderem solitárias pelo processo metodológico?

Estas são questões fundamentais para repensar as metodologias, rediscutir os procedimentos e reavaliar a prática teatral. É possível desenvolver propostas metodológicas focadas no envelhecimento e na arte utilizando-se de ações interdisciplinares, perpassando o processo de autoconhecimento, instigando a educação libertadora de mitos e pré-conceitos e estimulando a leitura da arte, o fazer artístico e sua contextualização; e assim possibilitar, por meio da vivência artística, o processo inclusivo, contemplar as especificidades do público idoso e promover, por meio da inclusão cultural, melhor qualidade de vida nessa fase da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBOSA, Ana Mae (Org.). *Arte/educação contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- BAUDELAIRE, Charles. *Escritos sobre arte*. Tradução e organização de Plínio Augusto Coelho. São Paulo: Hedra, 2008.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. *O que é educação*. São Paulo: Abril Cultural, 1985.
- DEWEY, John. *Experience and thinking: democracy and education*. Nova York, Macmillan, 1944.
- DOMINGUES, Marisa Accioly; DERNTL, Allice Moreira. Relações e redes sociais. In: FILHO, Wilson Jacob; GORZONI, Milton Luis. *Geriatría e Gerontologia: o que todos devem saber*. 1. ed. São Paulo: Roca, 2008.
- EISNER, Elliot. *Educating artistic vision*. Nova York, Macmillan, 1972. p. 9.
- FAZENDA, Ivani Catarina Arantes (Org.). *Práticas interdisciplinares na escola*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. Formação dos professores: dimensão interdisciplinar. *Revista Brasileira de Formação de Professores*, São Paulo, v. 1, 2009.
- KACHAR, Vitória (Org.). *Longevidade: um novo desafio para a educação*. São Paulo: Cortez, 2001.
- KOUDELA, Ingrid Dormien. *Jogos teatrais*. São Paulo: Perspectiva, 1984.
- MONTEIRO, Pedro Paulo. *Envelhecer: histórias, encontros e transformações*. Belo Horizonte: Autentica, 2003.
- MORENO, Carlos. A camuflagem do ator. In: MEICHES, Mauro; FERNANDES, Sílvia. *Sobre o trabalho do ator*. São Paulo: Perspectiva, 1988.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*. Brasília, 2005.
- PERA, Marília. A transfiguração do ator. In: MEICHES, Mauro; FERNANDES, Sílvia. *Sobre o trabalho do ator*. São Paulo: Perspectiva, 1988.
- SPOLIN, Viola. *Improvisação para teatro*. Tradução de Ingrid Dormien Koudela. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- STANISLAVSKI, Constantin. *A construção da personagem*. 12. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- _____. *Manual do ator*. São Paulo: Martins Fontes, s.d.

O lugar do idoso na construção de sociedades sustentáveis: o exemplo da memória ambiental em Cardoso Moreira (RJ)¹

IVALINA PORTO²

RAFAEL DE SOUZA DIAS³

RESUMO

Este artigo apresenta parte de um estudo realizado com idosos agricultores no município de Cardoso Moreira (RJ), entre 2010 e 2012. Trata-se de uma análise sobre a importância dos sujeitos idosos na identificação de impactos ambientais ocorridos ao longo das últimas décadas, considerando-os portadores de experiência e conhecimentos locais, sendo, portanto, capazes de contribuir em projetos que visem à construção de sociedades sustentáveis. Utilizando-se de suas memórias como ferramenta principal e da história oral como metodologia, apresenta-se aqui a história de um dos sujeitos envolvidos nesta pesquisa. A partir das memórias de Maria Dimea, ex-agricultora, foi possível identificar como o processo de desmatamento nas últimas décadas transformou o ambiente e a vida dos moradores do município, trazendo inúmeras consequências negativas para a qualidade de vida da população. Além disso, suas recordações contribuíram com o projeto de mapeamento dos recursos hídricos de Cardoso Moreira. A memória não só identifica o impacto como promove e amplia a possibilidade de ações de intervenção ambiental, porque traz as necessidades e os anseios dos sujeitos envolvidos com as atividades econômicas, políticas e sociais realizadas no lugar analisado.

Palavras-chave: memória; meio ambiente

¹ Este artigo é parte da dissertação de Mestrado em Educação Ambiental pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande, defendida por Rafael Dias, sob orientação de Ivalina Porto.

² Doutora em Psicologia pela Universidad Pontificia de Salamanca (1997) e Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo – USP (2003); professora do Programa de Pós-Graduação em Educação Ambiental (PPGEA/Furg).

e-mail: ivalina@terra.com.br

³ Geógrafo, doutorando em Geografia na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

e-mail: geo.rafael@gmail.com



ABSTRACT

This article presents part of a study conducted with elderly farmers in the city of Cardoso Moreira (RJ), between 2010 and 2012. It assesses the importance of elderly people in the identification of environmental impacts that occurred during recent decades. Their experience and local knowledge greatly contribute to implementing projects that will build sustainable societies. Using their memories as a key tool and their accounts as a methodology, this article tells the story of one of the subjects involved in this research. Based on the memories of ex-farmer Maria Dimea, we were able to show that the deforestation process that occurred during recent decades has transformed the environment and adversely impacted the quality of life of city residents.

Her memories have contributed to the project of mapping Cardoso Moreira's water resources and helped identify the related impacts, increasing the possibility of environmental intervention through the needs and desires of the subjects who actively participate in the city's economic, political and social activities.

Keywords: memory, environment,

INTRODUÇÃO

Este trabalho refere-se à pesquisa desenvolvida entre os anos de 2010 e 2012, que tratava de analisar os impactos socioambientais ocorridos na localidade de Bananal, em Cardoso Moreira (RJ), por meio da análise da memória dos idosos agricultores como ferramenta de educação ambiental.

Tendo em vista que são poucos os trabalhos científicos que utilizam a história oral na análise ambiental – geralmente são estudos que resgatam e procuram discutir acontecimentos políticos de uma determinada época, mas são poucos os que se interessam pelas questões relacionadas aos impactos ambientais –, esta pesquisa contribui com a discussão focando no desenvolvimento das áreas rurais.

O uso da história oral possibilita um processo de ressignificação das memórias de pessoas idosas, tanto para a sociedade como para o próprio sujeito depoente, tendo implicações sociais e terapêuticas, uma vez que as entrevistas possibilitam aos idosos uma autoavaliação, um questionamento e um repensar da própria vida (FREITAS, 2002). Essa ressignificação está presente na obra de Halbwachs, quando este autor diz que relembrar não é reviver, mas refazer, reconstruir, repensar, com imagens de hoje, as experiências do passado (HALBWACHS, 1990).

METODOLOGIA

As entrevistas foram classificadas em duas categorias: histórias de vida e entrevistas temáticas. A primeira, uma entrevista mais longa focando na trajetória do sujeito, exigiu tempo e aprofundamento em alguns pontos, pois se tratava de uma entrevista que se iniciava na infância e na primeira moradia até chegarmos aos dias atuais. A segunda categoria refere-se ao tipo de entrevista que versava sobre um determinado assunto (política, meio ambiente, reformas urbanas, etc.). Eram entrevistas curtas, sobre assuntos que surgiam nos depoimentos de histórias de vida e que necessitavam de mais detalhes para que as informações se ajustassem. Todas as entrevistas, em ambas as categorias, foram gravadas e transcritas. Os depoentes assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, concedido pelo Comitê de Ética da Furg.

Os critérios de seleção dos sujeitos para o colhimento das histórias de vida foi: ser natural de Cardoso Moreira ou ter passado grande parte da vida na cidade, preferencialmente na localidade de Bananal; ter mais de 60 anos e assim ser considerado idoso pela Organização Mundial da Saúde (OMS); possuir as funções cognitivas preservadas.

As entrevistas focaram em três eixos norteadores: casa, trabalho e política. Inicialmente, foram realizadas breves conversas sobre o cotidiano dos sujeitos, sem a utilização de um roteiro, mas abordando brevemente assuntos relacionados aos eixos mencionados. A partir dessas conversas, foi possível delimitar o campo de análise, a localização da história de vida a ser contada por esses sujeitos no tempo e no espaço, a forma de abordagem, o uso da linguagem e os temas promissores. A partir desta conversa, foram elaborados roteiros de entrevista individuais, que buscavam o aprofundamento de temas, períodos e assuntos referidos na pré-entrevista.

Além de uma bibliografia apropriada, também foram de suma importância as anotações feitas no diário de campo, as imagens colhidas ao longo do percurso e as fotografias cedidas por alguns depoentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Cardoso Moreira está localizado na região Norte Fluminense. Com cerca de 12.540 habitantes, distribuídos em 514.882 km² (densidade de 24,36 hab./km²), localiza-se a 330 km de distância da capital e ocupa hoje o 89º lugar no IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) entre os 92 municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Originalmente, a cidade encontra-se ligada a Campos dos Goytacazes, município ao qual pertenceu até o ano de 1989, quando se emancipou. Os dados censitários do IBGE das décadas de 1980/1990/2000/2010 apontam que a população rural de Cardoso Moreira diminui a cada ano, ao contrário da dinâmica populacional do estado e da região Norte Fluminense, que crescem a cada pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1: População residente

	1980	1991	2000	2010
Estado do Rio de Janeiro	11.484.219	12.807.197	14.391.282	15.993.583
Região Norte Fluminense	514.644	611.576	698.783	861.084
Cardoso Moreira	14.728	12.819	12.595	12.540

Fonte: Censos demográficos do IBGE

O que os dados da tabela apontam é a forte migração da população para cidades vizinhas. Constatamos então que nem todos os municípios do estado foram beneficiados pela instalação das indústrias petrolíferas na Bacia de Campos.

Mas o que mais impressiona é a diminuição da população residente em áreas rurais, principalmente porque a base econômica do município, mesmo antes da emancipação, é a agropecuária. Um dos motivos dessa migração foi a má condição em que se encontram as terras agricultáveis e

a escassez de recursos hídricos, principalmente na localidade de Bananal. De acordo com os dados sistematizados por Carvalho e Totti (2006), entre 1980 e 1990, 42% dos moradores das áreas rurais do município migraram para áreas urbanas ou para outras cidades.

A forma de produção sem uma preocupação com o meio ambiente, associada ao descaso do Poder Público com os aspectos socioambientais, fez com que as matas nas encostas fossem praticamente liquidadas para dar lugar ao gado. Por não haver saneamento ou sistema de esgoto, os dejetos foram depositados em fossas sanitárias abertas no solo sem preparo apropriado ou jogados diretamente nos córregos, tornando a água imprópria para o consumo e influenciando negativamente na biota. Com os recursos esgotados, a migração tornou-se a principal alternativa dessa população.

Concentrar-nos-emos neste artigo em apresentar um dos exemplos de como a memória do idoso foi importante na identificação do processo de ocupação e degradação ambiental na localidade de Bananal, tratando especificamente do caso da depoente Maria Dimea Carvalho. Nascida em 1948, viveu durante 40 anos nessa localidade, antes de se mudar para Niterói, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, em busca de melhores condições de vida para os seus cinco filhos.

A sua história se cruzou com a de Mauricio Zanon, técnico da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater), durante o período de coleta dos depoimentos. Um dos responsáveis pela elaboração do projeto de “Desenvolvimento Rural Sustentável em Microbacias – RIO RURAL”, Mauricio nos havia relatado sobre a dificuldade de acesso às nascentes do Valão do Vinhático, principal córrego daquela localidade e que atravessa diversas propriedades que o utilizam para irrigação e uso com o gado. Até aquele momento, a equipe da Emater não havia conseguido acessar a área, impedida por um grupo de fazendeiros que sempre bloqueava o avanço dessa equipe. Seria impossível finalizar o projeto sem os dados de GPS colhidos naquela área. E foi exatamente ali, naquela área de nascentes, que a Sra. Maria Dimea passou a infância e a juventude.

A entrevista ocorreu nos dias 16, 17 e 18 de agosto de 2011, sendo que no dia 18 a conversa se realizou durante um passeio no sítio em que Maria Dimea viveu. Desde 1979 ela não visitava a propriedade e, durante este tempo, sustentou um sentimento de mágoa com o lugar. Causou-lhe espanto saber que os fazendeiros estavam impedindo a passagem da

equipe, pois, segundo os seus conhecimentos, tratava-se de uma família que não possuía qualquer poder sobre tal propriedade. Portanto, embora não houvesse o que temer, o fato mostra-nos como ainda há no interior dos estados uma espécie de arcaísmo na estrutura agropecuária brasileira, onde alguns donos de terras, descendentes de antigos coronéis, tentam exercer determinado poder sobre os organismos municipais e estaduais. E foi preciso enfrentar esta condição, junto com a Emater e com a depoente, para conseguirmos entrar na propriedade e realizar a pesquisa.

A entrevista do dia 18 foi um grande desafio para a depoente e para os pesquisadores. A cada passo, fantasmas e magoas vinham à tona, ao mesmo tempo em que se revelava um passado ambiental impensável para uma região que se mostra tão degradada.

Figura 1. Morro completamente desmatado e infértil, em Bananal



Fonte: arquivo dos autores

Financeiramente, nas décadas de 50 e 60, a situação de sua família era semelhante à de qualquer outra cuja economia doméstica se baseava na agricultura familiar. De acordo com Souza e Ponciano (2006), a partir de 1960, quando foi adotada a estratégia de modernização da agricultura no país, as culturas de exportação tiveram um aumento de produtividade significativo, ao passo que a produção dos agricultores familiares do Norte

Fluminense ficou sujeita ao controle dos preços. Algumas consequências desta inserção esmagadora da agricultura industrial no cotidiano dos pequenos produtores de Cardoso Moreira foram o crescimento no contingente de trabalhadores temporários, desalojados do meio rural, sem vínculos empregatícios e em condições precárias (CRUZ, 2004).

Maria Dimea: *Era muito difícil. Quando a coisa apertava, a gente ia pro Rio (de Janeiro) ganhar dinheiro e depois voltava. Comprava roupa nova, sapato e depois voltava. Mas isso quando já era quase adulta.*

A narrativa de Maria Dimea demonstra como nas lembranças desses sujeitos estão intrinsecamente ligadas a história ambiental do lugar e as suas memórias. A antiga casa, onde faleceu o seu pai, relaciona-se, por exemplo, aos antigos coqueirais de onde emanavam águas.

Maria Dimea: *Essa casinha ali que meu pai morreu dentro dela. Tá vendo, Rafael. Lá, lá naquele coqueiral... lá naquele coqueiral tinha água e daqui você via a água descendo. Ai, que coisa triste.*

Rafael Dias: *Por que triste?*

Maria Dimea: *Porque não tem mais nada, né. Não tem mais água, tinha muita água. E lá naquela casinha meu pai morreu. Era bonito.*

Figura 2. A antiga casa onde o seu pai faleceu



Fonte: arquivo dos autores

Não tínhamos avistado, até então, a casa onde ela passara a infância. Enquanto caminhávamos, dúvidas e lembranças eram verbalizadas. Sua grande preocupação era com o atual estado da estrutura da casa.

Maria Dimea: *Mida (Cremilda, sua irmã) disse que a casa não tá mais lá, que derrubaram e fizeram um quartinho em que bois dormem dentro.*

Para Yi-Fu Tuan (1983) a permanência do sujeito na casa é um elemento importante na ideia de lugar. As coisas e os objetos são mais resistentes que os seres humanos, sempre vulneráveis, com suas fraquezas biológicas e mudanças de humor. No entanto, na ausência das pessoas certas, os lugares perdem significado, sendo que sua permanência física (seja esse lugar um cômodo, uma casa, um bairro) deixa de emanar a sensação de conforto e passa a ser uma irritação. O lugar em si pouco oferece sem a relação humana. Talvez a ausência do pai, decorrente do falecimento, tenha sido um dos motivos para o desenvolvimento da mágoa que Maria Dimea sentia pelo lugar. Mas, à medida que caminhávamos, com a possibilidade de recontar e a conscientização da importância de sua história para a pesquisa ambiental, esses sentimentos opressores foram dissipando-se.

Figura 3. A alegria que começa a tomar conta da depoente ao se aproximar do lugar onde passou a infância.



Fonte: arquivo dos autores

Tuan (1983) contribui nesta discussão com aquilo que define como um “lugar da memória”. Esses lugares da memória são transitórios e pessoais. Podem ficar gravados no mais profundo das lembranças, mas não são guardados como fotografias em um álbum nem percebidos como símbolos comuns: mesmo associados a objetos, quando lembrados produzem uma intensa satisfação. Foi essa satisfação que Maria Dimea demonstrou ao se aproximar da casa e verificar que sua irmã tinha fornecido uma falsa informação: a casa estava lá.

Maria Dimea: *Gente, Cristo amado! Como a pessoa destrói uma coisa dessa? Olha, ainda tem um pedaço da casa. Deve ter o fogão! (...) Olha, a casa tá toda aqui! Mentira de Mida (sua irmã). A casa tá aqui, gente! Ih, o fogão tá aqui! O fogão de papai, aqui o fogãozinho. Bate uma foto minha no fogão!*

Figura 4. Foto próxima ao antigo fogão à lenha



Fonte: arquivo dos autores

Em nossas lembranças mais profundas a casa está presente e a esta se conectam as nossas lembranças de meninice.

A casa não vive só no dia a dia, no curso de uma história, na narrativa da nossa história. Pelos sonhos, as diversas moradas de nossa vida se interpenetram e guardam os tesouros dos dias antigos. Quando na nova casa retornam as lembranças das antigas moradas, transportamo-nos ao país da Infância Imóvel, imóvel como o Imemorial. Vivemos fixações, fixações de felicidade. Reconfortamo-nos ao reviver lembranças de proteção (BACHELARD, 2000).

A casa materna é o centro geométrico do mundo e a cidade cresce a partir dela em várias direções (BOSI, 2003). A partir deste núcleo, partem as ruas e calçadas onde nossa vida se desenrolou.

Maria Dimea: *Aqui mamãe tinha um jardinzinho, era tudo cercadinho (...). Não tem mais vestígio de nada. Isso aqui era fundo, sabe? Tinha um valão. Tá tudo aterrado! Isso aqui, não era nada assim. Nada assim... Tem um pé de jamelão por aqui? Olha lá o pé de jamelão. Isso aqui ia reto assim, mais alto, bem mais alto. E o pé de jamelão era lá embaixo. Ele nasceu na beira do valão. Tinha água aí. Água, muita água. Não era assim não. Dava pra tomar banho, mais ali pra cima, na lajinha, onde tinha pedra.*

Quando diz que “está tudo aterrado”, ela se refere a uma antiga área alagada, logo na frente de sua antiga casa, que sustentava o córrego que nascia ali. Sua água era utilizada na lavoura e na pecuária. Em razão do desmatamento nas vertentes logo acima, a área foi sedimentada e hoje é somente um areal.

Um mundo social que possui uma riqueza e uma diversidade que não conhecemos pode chegar-nos pela memória dos velhos. Momentos desse mundo perdido podem ser compreendidos por quem não os viveu e até humanizar o presente. A conversa evocativa de um velho é sempre uma experiência profunda: repassada de nostalgia, revolta, resignação pelo desfiguramento das paisagens caras, pela desaparecimento de entes amados (...). Para quem sabe ouvi-la, é desalienadora, pois contrasta a riqueza e a potencialidade do homem criador de cultura com a mísera figura do consumidor atual (BOSI, 1994, p. 42).

A memória da senhora Maria Dimea trouxe contribuições para o projeto de mapeamento da Microbacia do Valão do Vinhático. Por intermédio de suas informações foi possível completar uma importante etapa de colhimento de dados em GPS, além de apresentar informações históricas que revelaram aspectos físicos e ambientais sobre o passado da região.

Algumas considerações

A memória não só identifica o impacto como promove e amplia a possibilidade de ações de intervenção ambiental, porque traz as necessidades e os anseios dos sujeitos envolvidos com as atividades econômicas, políticas e sociais realizadas no lugar analisado. Portanto, amplia a noção geográfica embasada somente em imagens e números, incorporando a experiência humana aos estudos ambientais. A memória desses antigos sujeitos fornece às gerações de hoje uma gama de informações úteis para reflexões sobre como a sociedade se desenvolveu e quais necessidades sociais implicaram aquelas atitudes de manejo (hoje consideradas) incorretas.

Para Halbwachs (1990), as lembranças precisam ser pensadas a partir dos quadros sociais que antecedem os indivíduos, o que nos leva à consideração sobre a relação de autonomia e dependência que existia entre os diversos níveis de construções coletivas. Este vínculo com outras épocas adquirido por meio da memória desses grupos sociais, representados pelos anciões, que carregam em si a consciência de tudo o que viveram, traz alegria, conforto e propicia um momento para que tais sujeitos apresentem suas faculdades, suas competências, as quais nós temos de começar a valorizar. De acordo com Bosi (1994), sua vida ganha uma finalidade se encontrar ouvidos atentos, ressonância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACHELARD, G. *A poética do espaço*. São Paulo: Ática, 2000.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

_____. *O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

- CARVALHO, A. M.; TOTTI, M. E. F. Dinâmica, organização e qualidade de vida da rede urbana. In: CARVALHO, A. M.; TOTTI, M. E. F. *Formação histórica e econômica do Norte Fluminense*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- CRUZ, J. L. V. Modernização produtiva, crescimento econômico e pobreza no Norte Fluminense (1970-2000). In: PESSANHA, R. M.; SILVA NETO, R. (Orgs.). *Economia e desenvolvimento no Norte Fluminense: da cana de açúcar aos royalties do petróleo*. Campos dos Goytacazes, RJ: WTC, 2004.
- FREITAS, S. M. *História oral: possibilidades e procedimentos*. São Paulo: Humanitas – FFLCH-USP, 2002.
- HALBWACHS, M. *A memória coletiva*. São Paulo: Vértice, 1990.
- IBGE. Dados censitários. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 out. 2011.
- SOUZA, P. M.; PONCIANO, N. J. O perfil da produção agrícola na região Norte Fluminense: uma análise das alterações ocorridas no período de 1970 a 2000. In: CARVALHO, A. M., TOTTI, M. E. F. *Formação histórica e econômica do Norte Fluminense*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- TUAN, Y. F. *Espaço e lugar: a perspectiva da experiência*. São Paulo: Difel, 1983.



Fazenda da Serrana

Abacaxis
e m...

Implicações para o cuidador familiar em razão de o idoso apresentar déficit no autocuidado

RICARDO SARAIVA AGUIAR ¹

RESUMO

Objetivo: identificar as principais implicações para o cuidador familiar pelo fato de o idoso apresentar déficit de autocuidado. **Metodologia:** trata-se de um estudo do tipo revisão integrativa da literatura realizado em livros e bases de dados (LILACS, BDNF e SciELO), utilizando os seguintes descritores: cuidadores; idoso; saúde do idoso; e enfermagem geriátrica. Foram selecionadas 13 produções científicas brasileiras, de 2000 a 2010, que versavam sobre o objeto do estudo. Para a seleção dos artigos foram adotados os seguintes critérios: possuir o tema pertinente ao objetivo do estudo; ter sido publicado entre os anos de 2000 e 2010; estar indexado nas bases de dados LILACS, BDNF ou SciELO. **Resultados:** prevaleceram as publicações do ano de 2008 (38,4%). As publicações foram agrupadas nos seguintes temas: o cuidador familiar; cuidados em domicílio; a enfermagem no cuidado domiciliar; e principais implicações para o cuidador familiar. **Conclusão:** foi verificado que os cuidadores familiares de idosos com déficit de autocuidado estão sujeitos a diversos efeitos negativos em sua saúde, como: dores lombares, doenças psiquiátricas, artrite, doenças somáticas, isolamento social, entre outros. Com isso, torna-se necessário que a saúde do cuidador familiar também seja priorizada no planejamento da assistência domiciliar, para que os possíveis efeitos negativos de sua assistência sejam minimizados ao máximo.

Palavras-chave: cuidadores; saúde do idoso; enfermagem geriátrica.

¹ Enfermeiro, professor e supervisor de estágio na Faculdade do Norte Goiano (FNG), em Porangatu-GO. Especialista em Gestão em Saúde Pública, Coletiva e da Família, pela Facimab; pós-graduando em Gerontologia, pela Universidade Federal do Tocantins (UFT), e em Saúde da Família, pela Universidade de Brasília (UnB).
e-mail: rick-aguiar@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: to identify the main implications for the family caregiver when there is an elderly person with self-care deficit. **Methodology:** This study is an integrative literature review of books and databases (LILACS, BDENF, and SciELO), using the following descriptors: caregivers; elderly person; elderly person's health and geriatric nursing. Thirteen Brazilian scientific works, from 2000 to 2010, relative to the object under study, were selected. The following criteria for selecting articles were used: the theme of the article must be relevant to the objective of the study; the article must have been published between the years 2000 to 2010; the article must be indexed in the databases LILACS, DBENF or SciELO. **Results:** the articles published in 2008 (38.4%) were the most prevalent ones. The publications were gathered according to the following themes: the family caregiver; home care; home care nursing; and main implications for the family caregiver. **Conclusion:** we concluded that the family caregivers of elderly persons with self-care deficit are subject to several negative impacts to their health, such as: lower back pains; psychiatric disorders; arthritis; somatic diseases; social isolation; among others. Therefore, there is a need for prioritizing the health of the family caregiver when planning home care so as to minimize the potential negative impacts to their health.

Keywords: caregivers; elderly person's health; geriatric nursing.

INTRODUÇÃO

A velhice constitui-se numa etapa da vida em que praticamente quase todas as pessoas viverão, sendo que as mulheres possuem maiores probabilidades de chegarem a esta etapa em razão principalmente do estilo de vida que levam em comparação aos homens. Estes se envolvem mais nas questões referentes a violência, acidentes e são acometidos por mais doenças pelo fato de procurarem os serviços de saúde quando o quadro clínico já está instalado, não se preocupando com a parte preventiva, diferentemente das mulheres, que procuram mais os serviços de saúde.

As pessoas envelhecidas, mesmo as que possuem boa saúde, debilitam-se paulatinamente em decorrência das alterações fisiológicas que, com o avanço da idade, limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para a realização do autocuidado, à perda da autonomia e da qualidade de vida (MARIN & ANGERAMI, 2002).

Estudos demonstram que os cuidadores dos idosos são na maioria mulheres que residem no mesmo domicílio, sendo estas geralmente esposas ou filhas do idoso. Cerca de 39,3% dos cuidadores apresentam idade entre 60 e 80 anos e cuidam de 62,5% dos pacientes com a mesma faixa etária. Com isso, verifica-se que as pessoas idosas estão cuidando de outros idosos (KARSCH, 2003).

“As condições biopsicossociais dos cuidadores familiares nos levam a inferir que os cuidadores são ‘doentes’ em potencial e sua capacidade funcional está constantemente em risco, ou seja, provavelmente também precisarão de cuidados” (KARSCH, 2003, p. 864).

Dessa forma, essa situação deve provocar nos profissionais de saúde um compromisso na elaboração de medidas cujo foco esteja voltado para o planejamento e a implementação de uma assistência individualizada ao idoso e a seu cuidador.

Diante disso, esta pesquisa buscou identificar as principais implicações para o cuidador familiar pelo fato de o idoso apresentar déficit de autocuidado, a fim de verificar como se encontra a saúde do cuidador de idosos. Com isso, espera-se contribuir no aprimoramento da atuação dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, sobre o atendimento às necessidades básicas do cuidador familiar, assim como do idoso cuidado, possibilitando uma assistência individualizada e voltada para as necessidades de cada um.

Portanto, os estudos sobre o envelhecimento e suas implicações têm a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade das práticas de saúde dirigidas aos idosos, especialmente neste momento histórico em que o percentual dessa população cresce em ritmo acelerado em nosso país.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca da identificação das principais implicações para o cuidador familiar pelo fato de o idoso apresentar déficit de autocuidado. Como procedimento metodológico, realizou-se pesquisa em livros e em bases de dados. O levantamento bibliográfico das bases de dados foi realizado na internet, nos bancos de dados BDEF (Banco de Dados em Enfermagem), LILACS (Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online). Para a localização dos estudos, foram utilizados os seguintes descritores: cuidadores, idoso, saúde do idoso e enfermagem geriátrica.

Tal pesquisa foi estruturada em três etapas, a saber: 1) identificaram-se os descritores controlados junto à BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde) por meio dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), selecionando aqueles considerados pertinentes para a consecução da pesquisa – cuidadores, idoso, saúde do idoso e enfermagem geriátrica. Na segunda etapa, realizou-se a pesquisa por meio desses descritores nas bases de dados supracitadas, refinando a busca para o período de 2000 a 2010; e, por fim, procedeu-se com a análise crítica dos estudos, excluindo aqueles não condizentes com o escopo da pesquisa, bem como as produções duplicadas.

Nessa perspectiva, a análise dos estudos encontrados foi sistematizada seguindo as etapas da pesquisa bibliográfica proposta por Gil (2007), contemplando: o levantamento bibliográfico preliminar nas bases de dados supracitadas; a leitura exploratória dos estudos, verificando a viabilidade dos estudos encontrados para a revisão literária; a leitura seletiva, analisando, de maneira específica, a pertinência dos estudos; a leitura analítica, resumindo as informações encontradas de maneira crítica; a leitura interpretativa, articulando os conhecimentos versados em todos os estudos analisados; e a elaboração do texto final.

Em suma, como critério de inclusão dos estudos, selecionaram-se as produções científicas brasileiras, concretizadas entre os anos de 2000 e 2010, que versavam sobre o objeto do estudo. Dentre as temáticas abordadas nos estudos, destacam-se: o cuidador familiar, cuidados em domicílio, principais implicações para o cuidador familiar, e a enfermagem no cuidado domiciliar. Esses tópicos proporcionaram tecermos pilares temáticos de análise dos resultados da pesquisa, os quais serão discutidos no decorrer do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a consolidação dos resultados deste estudo, foram realizadas atividades analíticas em 13 produções científicas brasileiras, compondo as seguintes categorias de artigos: 8 artigos de pesquisa (61,5%) e 5 de revisão. A dimensão temporal das publicações variou de 2000 a 2010, sendo que a maior incidência de publicações deu-se no ano de 2008 (5 artigos = 38,4%).

O cuidador familiar

Cuidar para propiciar a recuperação total do paciente, a melhoria da estabilização do quadro clínico ou ainda visando somente à manutenção da condição de saúde/doença ou para a garantia de uma morte digna fazem parte da mesma modalidade de ação, da mesma função: ser cuidador (JACOB FILHO & AMARAL, 2005).

O cuidado pode ser definido como “comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer” (BRAZ & CIOSEK, 2009, p. 373).

Os cuidadores são aqueles responsáveis por suprir as necessidades de atenção e autocuidado a pessoas com certo grau de dependência por um curto período de tempo ou até mesmo por vários anos. E, nesse contexto, insere-se o cuidador familiar como aquele que por vínculos familiares assume a responsabilidade, direta ou indiretamente, pelo cuidado do familiar doente com déficit de autocuidado.

Dessa forma, o ser cuidador é compreendido como aquele que possui a “capacidade e a prioridade de se relacionar com o outro para o alcance da homeostasia e satisfação mútua, sendo capaz de transformar, de criar e se utilizar de alternativas que a vida exige ou impõe” (BRAZ & CIOSEK, 2009, p. 373).

Historicamente, no ambiente familiar a mulher é a cuidadora tradicional do idoso com déficit de autocuidado. Em decorrência das razões culturais, o papel da mulher cuidadora é considerado ainda uma atribuição esperada pela sociedade.

OS CUIDADORES SÃO AQUELES RESPONSÁVEIS POR SUPRIR AS NECESSIDADES DE ATENÇÃO E AUTOCUIDADO A PESSOAS COM CERTO GRAU DE DEPENDÊNCIA POR UM CURTO PERÍODO DE TEMPO OU ATÉ MESMO POR VÁRIOS ANOS.

NO ENFRENTAMENTO DO
DESCONHECIDO, O CUIDADOR DE
UMA PESSOA DEPENDENTE TENDE A
ASSUMIR TOTAL RESPONSABILIDADE
QUANTO À SITUAÇÃO VIVENCIADA.

Em um estudo foi verificado que 92,9% dos cuidadores familiares eram do sexo feminino, sendo a maioria formada por esposas (44,1%), seguidas por filhas (31,3%). A faixa etária encontrada na população pesquisada foi a seguinte: 58% estavam acima de 50 anos e 41% tinham mais de 60 anos de idade. Além disso, foi identificado que 39,3% dos cuidadores entre 60 e 80 anos cuidavam de 62,5% de pacientes com a mesma faixa etária, evidenciando que as pessoas idosas estão cuidando de outros idosos (KARSCH, 2003).

Diante do esforço em doar-se para o doente, fazendo com que suas necessidades sejam atendidas, é comum que ocorra divergências entre os envolvidos no processo de cuidado, pois a sobrecarga ocasionada a partir da rotina diária da família faz com que aumente o estresse e diminua a paciência do cuidador, que, ao sentir-se limitado em suas atividades sociais e outras, traz à tona tudo que estava há muito tempo guardado (BICALHO, LACERDA & CATAFESTA, 2008).

No enfrentamento do desconhecido, o cuidador de uma pessoa dependente tende a assumir total responsabilidade quanto à situação vivenciada. Porém, em muitos casos, o cuidador não tem opção, pois é o único familiar disponível para realizar o acompanhamento do paciente em domicílio, assumindo totalmente a responsabilidade sem ter com quem dividi-la. Isso faz com que ele passe a lidar com situações sobre as quais não tem domínio, o que, conseqüentemente, o faz conviver com incertezas e perigos ao cuidar do doente (BICALHO, LACERDA & CATAFESTA, 2008).

Diante disso, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada o elo entre o idoso com déficit de autocuidado, o cuidador familiar e os profissionais de saúde para que se possa promover os cuidados relativos à assistência destes, principalmente por meio do atendimento domiciliar.

Cuidados em domicílio

As preocupações com o envelhecimento, apesar de ser uma questão antiga, vêm crescendo cada vez mais nos últimos anos em razão do aumento nos números da população idosa e da expectativa de vida, que é atribuída principalmente às melhores condições sanitárias, à prevenção de doenças, ao planejamento familiar e ao surgimento de novos medicamentos (MARIN & ANGERAMI, 2002).

Historicamente, diferentes países do mundo têm desenvolvido variadas formas de apoio e cuidados aos seus idosos dependentes, e, em alguns países, o suporte oferecido é quase exclusivamente de responsabilidade estatal; em outros são predominantemente as famílias que desempenham todos os encargos. Em certos países, ainda, as responsabilidades são divididas, em graduações variadas, entre o setor público e o privado (KARSCH, 2003).

A necessidade de cuidado é evidenciada quando ocorre comprometimento da capacidade funcional do idoso, ao ponto de impedir o autocuidado, aumentando as responsabilidades sobre a família e o sistema de saúde (AIRES & PAZ, 2008).

De acordo com a Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001, que dispõe sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, a Assistência Domiciliária é definida como aquela que é prestada a pessoa idosa com algum nível de dependência, com vistas à promoção da autonomia, permanência no próprio domicílio, reforço dos vínculos familiares e vizinhança (BRASIL, 2001).

As questões relacionadas ao cuidado do idoso no domicílio são complexas e de grande magnitude. A compreensão do idoso como pessoa única, inserida num contexto familiar e social com o qual interage continuamente, deve ser um dos princípios norteadores no atendimento domiciliário. Além disso, alguns aspectos peculiares de cada pessoa necessitam ser considerados, como, por exemplo, a avaliação global do idoso, com enfoque nos aspectos biofuncionais, psicológicos, sociais e ambientais; sua autonomia e independência, bem como a promoção do desempenho para as atividades cotidianas de acordo com as expectativas e possibilidades do próprio idoso e de sua família. Neste sentido, os aspectos éticos presentes na relação são de fundamental importância (FREITAS et al., 2002).

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como pressuposto básico a permanência do idoso em seu meio familiar. Isso somente é possível com recursos, infraestrutura e apoio disponíveis, especialmente de um cuidador, e equipamentos específicos para a realização das atividades da vida diária (AVD) (THOBER, CREUTZBERG & VIEGAS, 2005).

AS QUESTÕES RELACIONADAS AO CUIDADO DO IDOSO NO DOMICÍLIO SÃO COMPLEXAS E DE GRANDE MAGNITUDE. A COMPREENSÃO DO IDOSO COMO PESSOA ÚNICA, INSERIDA NUM CONTEXTO FAMILIAR E SOCIAL COM O QUAL INTERAGE CONTINUADAMENTE, DEVE SER UM DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES NO ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO.

O cuidador é de fundamental importância na concretização de um Programa de Assistência Domiciliar, pois representa o elo entre o idoso, a sua família e a equipe multiprofissional.

Dessa forma, os cuidados em domicílios tornam-se viáveis quando o cuidador familiar está preparado para exercer suas atividades e desde que este esteja amparado por uma equipe de saúde, e nesse aspecto se destacam os profissionais da ESF, pois estes assumem a responsabilidade clínica sobre a população adstrita em sua área de atuação.

A enfermagem no cuidado domiciliar

Conhecer o idoso, seus problemas de saúde e sua situação socioeconômica, bem como as condutas indicadas por especialistas, exige competências intelectuais e integrativas do enfermeiro, principalmente do profissional que atua na área da Gerontologia. Esse conhecimento é fundamental para apreciar possibilidades e dificuldades na tomada de decisões em conjunto com idosos, familiares e profissionais, estabelecendo assim uma relação de confiança (SOUZA et al., 2006).

Neste sentido, para intervir na saúde da população idosa promovendo a saúde e prevenindo agravos, a equipe de enfermagem deve conhecer as necessidades apresentadas por tal população e atuar respaldando suas ações cientificamente, a fim de proporcionar assistência de qualidade, eficaz e sistematizada (FERREIRA et al., 2010).

As intervenções no atendimento domiciliar baseiam-se na interação profissional-idoso-cuidador-família, para o processo de tomada de decisões sobre o cuidado. Portanto, é essencial investigar a concordância entre a percepção do cuidador e a observação do profissional quanto à capacidade funcional do paciente em seu domicílio, para que as metas e os objetivos de ambos possam ser semelhantes, trazendo o benefício necessário para a reabilitação do idoso, além de diminuir a sobrecarga de cuidados prestados (RICCI, KUBOTA & CORDEIRO, 2005).

Dentro desse contexto, o atendimento domiciliar ao idoso é uma realidade, e apresenta-se como uma proposta para qualificar a assistência à saúde dessa população, proporcionando respostas mais adequadas e capacitando os familiares no cuidado em domicílio (VALENTE, BARBOSA & TEIXEIRA, 2008).

O sentimento de dever do cuidador pelo cuidado com seu familiar permeia, na maioria das vezes, uma situação de obrigação, pois, mesmo que exista o amparo de outros familiares, a sobrecarga maior acaba sendo sempre de um só membro da família na grande maioria de situações. Para vencê-las, ele pode contar com os conhecimentos do enfermeiro da unidade de saúde, que lhe deverá conferir segurança em lidar com as situações futuras relacionadas com o cuidado ao doente, preparando dessa forma o cuidador para a realização de cuidados simples, que venham facilitar e diminuir os riscos de agravos do estado clínico do doente sob seus cuidados (BICALHO, LACERDA & CATAFESTA, 2008).

No que diz respeito às atribuições do enfermeiro na assistência ao idoso em domicílio, temos: avaliar o ambiente da família e do cuidador responsável; orientar a família/cliente sobre a assistência domiciliar (o que é, o que se espera desse tipo de cuidado); orientar o cuidador sobre os cuidados ao idoso; estabelecer uma relação de ajuda efetiva entre enfermeiro, equipe, cliente e família; determinar a frequência das visitas domiciliares; encaminhar familiares, cuidador e idoso à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a outro serviço de saúde, se necessário; e identificar fontes de apoio familiar na comunidade (VALENTE, BARBOSA & TEIXEIRA, 2008).

De acordo com Souza et al. (2006, p. 57):

É também importante que a enfermagem se atente à saúde do idoso de forma mais abrangente com isso, torna-se fundamental que a enfermagem não esteja focada somente na assistência ao idoso portador de doenças, mas que atue também na promoção, manutenção e recuperação da saúde desse ser humano. Respeitar a independência do ser, tendo a participação do sujeito no processo de cuidado como meta de uma assistência qualificada, e cuidando do idoso sem o invadir ou o possuir são características essenciais do trabalho de enfermagem. Os conhecimentos que fornecem subsídios para uma prática de cuidado integral incluem o entendimento das necessidades humanas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, de dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Portanto, o cuidado domiciliar ao idoso com déficit de autocuidado pode ser realizado tanto por familiares, cuidadores informais ou profissionais vinculados a instituições de saúde. Destaca-se que esse tipo de cuidado é garantido para idosos dependentes ou semidependentes e que

O SENTIMENTO DE DEVER DO CUIDADOR PELO CUIDADO COM SEU FAMILIAR PERMEIA, NA MAIORIA DAS VEZES, UMA SITUAÇÃO DE OBRIGAÇÃO, POIS, MESMO QUE EXISTA O AMPARO DE OUTROS FAMILIARES, A SOBRECARGA MAIOR ACABA SENDO SEMPRE DE UM SÓ MEMBRO DA FAMÍLIA NA GRANDE MAIORIA DE SITUAÇÕES.

tem por finalidade promover o reforço aos vínculos familiares. Dessa forma, o cuidado é voltado para as necessidades reais e potenciais de saúde de forma a oferecer uma assistência ética e de qualidade.

Principais implicações para o cuidador familiar

Na vida familiar, existe uma hierarquia de compromisso em relação ao cuidado, que prevê que, em primeiro lugar, venha a esposa e, em segundo lugar, a filha mais velha, geralmente de meia-idade, casada e com filhos. Em seguida vem a filha viúva e depois a solteira que vive sozinha. Raramente o cuidador é outro parente, uma pessoa jovem ou um homem. Os filhos ou genros geralmente dão ajuda material, participam das atividades externas, como cuidar dos interesses econômicos dos idosos, e colaboram em tarefas de ajuda instrumental que implicam deslocá-los (FREITAS et al., 2002).

Pode-se imaginar o ônus desta árdua e desgastante tarefa, forjada numa repetitividade diária incessante, muitas vezes durante anos, com sobrecarga de atividades no seu cotidiano, sendo quase sempre uma atividade solitária e sem descanso, que pode levar o cuidador a um isolamento afetivo e social. Sabe-se, também, que o cuidador enfrenta rupturas de vínculos, tem sua saúde deteriorada, não tem férias e tem baixa participação social. É descrita, ainda, a perda do poder aquisitivo da família, com a progressão da doença do paciente (FLORIANI & SCHEAMM, 2004).

Para o cuidador, portanto, trata-se não só de uma sobrecarga nas atividades, mas também de uma ameaça à sua saúde, já que muitos adoecem ou agravam problemas de saúde já existentes. Porém, não só os aspectos negativos são relevantes, ainda que sejam os mais estudados, mas transformações positivas são relatadas por cuidadores que passaram a ter suas vidas modificadas, dando a elas um sentido até então inexistente, com uma experiência interior de crescimento e de transformação (FLORIANI & SCHEAMM, 2004).

Ser cuidador demanda tempo, espaço, energia, dinheiro, trabalho, paciência, carinho, esforço e boa vontade. As graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais, emocionais e até de personalidade do idoso exigem uma grande capacidade de adaptação para um convívio satisfatório (INOUE, PEDRAZZANI & PAVARINI, 2008).

Alguns problemas de saúde que podem acometer os cuidadores são dores lombares, depressão, artrite e hipertensão arterial. A alta porcentagem de problemas de coluna parece estar intimamente relacionada com as atividades diárias de cuidados com os idosos, que envolvem o uso da força muscular e, muitas vezes, posturas inadequadas (RESENDE & DIAS, 2008).

Investigar a relação da atividade dos cuidadores de idosos e a depressão que muitos deles apresentam tem despertado o interesse de vários pesquisadores há algum tempo. A alta prevalência de depressão entre os cuidadores de idosos pode estar associada ao tempo despendido com os cuidados ao idoso. Aqueles cuidadores que atendem aos idosos durante vários dias do mês e por várias horas no dia diminuem seu tempo para visitar amigos e/ou relaxar, e têm maiores chances de apresentar episódios de depressão (RESENDE & DIAS, 2008).

A grande maioria das pesquisas realizadas no âmbito internacional realça os efeitos negativos sobre a saúde física e mental, refletidos em prevalência de doenças psiquiátricas, utilização maior que o usual de drogas psicotrópicas, mais doenças somáticas, pior saúde é percebida, isolamento social, estresse pessoal e familiar e sentimentos de ter de cumprir uma obrigação exageradamente pesada e causadora de tensão. A literatura sobre o estresse do cuidador fala em problemas físicos e mentais, isolamento social, estresse familiar, sobrecarga e depressão, problemas associados à percepção de incapacidade real ou presumida para manejá-los, desarmonia familiar e falta de apoio. Trata-se de experiência complexa exigente, de qualquer ponto de vista (FREITAS et al., 2002).

Os cuidadores mais jovens vivenciam mais sobrecarga que os mais velhos; as mulheres mais que os homens; os brancos mais que os negros; os de baixa renda mais que os de renda média e alta; as esposas e filhas mais que os maridos e filhos; os que moram junto mais que os que moram separados; os portadores de doença de Alzheimer, doença de Parkinson e estresse pós-traumático mais que os portadores de outras doenças (FREITAS et al., 2002).

Portanto, é socialmente relevante investigar e favorecer o bem-estar de familiares e profissionais que prestam cuidados a idosos incapacitados e dependentes, porque nessas situações está em jogo a dignidade do ser humano, objetivada na qualidade de vida dos envolvidos. Do ponto de vista do progresso e das funções das instituições sociais, importa criar condições que promovam o ser humano independentemente de sua idade, condição social, sexo e profissão.

CONCLUSÃO

A partir da elaboração desta revisão de literatura, verificaram-se, nas bases de dados e nos livros estudados, as principais implicações no cuidador familiar em razão de o idoso apresentar déficit de autocuidado.

Verificou-se que o cuidador familiar, na maioria das vezes, é a própria esposa do idoso, sendo esta também idosa. Dessa forma, o cuidador familiar do idoso com déficit de autocuidado também precisa ser cuidado em razão de este estar mais susceptível a apresentar efeitos negativos em sua saúde, tanto física como mental, relacionados com a assistência contínua exercida por ele ao seu familiar dependente no ambiente domiciliar.

Foi possível identificar que os cuidadores familiares estão sujeitos a dores lombares, doenças psiquiátricas, artrite, hipertensão arterial, doenças somáticas, isolamento social, estresse pessoal, entre outros males.

Dessa forma, os profissionais da ESF, em especial o enfermeiro, por meio da visita domiciliar, tornam-se essenciais no planejamento da assistência ao idoso com déficit de autocuidado, proporcionando um cuidado científico e humanizado e garantindo, assim, ao cuidador familiar uma diminuição da sobrecarga de atividades.

Neste sentido, o enfermeiro deverá também avaliar o ambiente da família e do cuidador responsável, estabelecer uma relação de ajuda efetiva entre equipe e família e identificar as fontes de apoio na comunidade para o cuidador, de forma a possibilitar também uma melhora na qualidade de vida deste.

Portanto, pesquisas na área da Enfermagem Gerontológica mostram que há uma carência de capacitação e suporte para os profissionais e, principalmente, para os cuidadores leigos. Diante disso, a necessidade de realização de pesquisas nessa área é fundamental. Tais pesquisas deveriam visar ao desenvolvimento, à implementação e à avaliação da eficiência dos programas de educação, em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano, bem como das complicações advindas desse processo biológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIRES, M.; PAZ, A. A. Necessidade de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da Estratégia de Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 29, n. 1, p. 83-89, mar. 2008.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc.*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.
- BICALHO, C. S.; LACERDA, M. R.; CATAFESTA, F. Refletindo sobre quem é o cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 118-123, jan./mar. 2008.
- BRASIL. *Portaria nº 73*, de 10 de maio de 2001. Dispõe sobre as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. IBGE. *Resultados do Censo 2010*. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010.
- BRAZ, E.; CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. *Revista de Enfermagem*, Escola Anna Nery, v. 13, n. 2, p. 372-377, abr./mai. 2009.
- FERREIRA, C. J.; CAMPOS, D. C. S.; CASTRO, F. G.; SILVA, F. W. A.; PEREIRA, G. S. M.; WALDOLATO, L. C. et al. Nursing diagnosis identified in the elderly assisted in the primary care in Brazil. *Revista de Enfermagem da UFPE on-line*, v. 4 (especial), p. 962-971, maio/jun. 2010.
- FLORIANI, C. A.; SCHEAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago. 2004.
- FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- INOUE, K.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Octogenários e cuidadores: perfil socio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 17, n. 2, p. 350-357, abr./jun. 2008.
- JACOB FILHO, W.; AMARAL, J. R. G. *Avaliação global do idoso: manual da liga do Gamia*. São Paulo: Atheneu, 2005.
- KARSCH UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio/jun. 2003.
- MARIN, M. J. S.; ANGERAMI, E. L. S. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando ao cuidado pós-alta hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 36, n. 1, p. 33-41, 2002.
- RESENDE, M. C. F.; DIAS, E. C. *Cuidadores de idosos: um novo/velho trabalho*. Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 785-800, 2008.
- RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.
- ROSSET, I.; RORIZ-CRUZ, M.; SANTOS, J. L. F.; HAAS, V. J.; FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Diferenciais socioeconômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 2, p. 391-400, 2011.

- SOUZA, W. G. A.; PACHECO, W. N. S.; MARTINS, J. J.; BARRA, D. C. C.; NASCIMENTO, E. R. P. *Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar*. ACM Arq. Catar. Med., v. 35, n. 4, p. 56-63, 2006.
- THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago. 2005.
- VALENTE, S. H.; BARBOSA, S.; TEIXEIRA, M. B. *O cuidado domiciliário ao idoso: a utilização da teoria do déficit do autocuidado no Programa de Saúde da Família*. Nursing, v. 11, n. 121, p. 286-290, 2008.

Comparação da força e da flexibilidade em idosos praticantes de musculação e praticantes de hidroginástica

TIAGO QUISSINI¹

ANA RITA ZAMBERLAN¹

NATÁLIA BATISTA ALBUQUERQUE GOULART²

CAROLINE PIETA DIAS^{1,2}

RESUMO

Introdução: a população mundial está envelhecendo e uma preocupação enfrentada pela sociedade é a manutenção da qualidade de vida dos idosos. A prática regular de exercícios pode atuar neste contexto, aumentando a independência funcional de indivíduos idosos. **Objetivo:** comparar o nível de força e flexibilidade em idosos praticantes de musculação e praticantes de hidroginástica a fim de verificar qual seria mais eficaz na melhora da aptidão física. **Materiais e métodos:** a amostra foi composta por 16 indivíduos idosos de ambos os sexos, divididos em dois grupos: 8 praticantes de musculação (G1) e 8 praticantes de hidroginástica (G2). Foi realizada uma avaliação da composição corporal bem como alguns testes para avaliação da capacidade funcional. **Resultados:** não foram encontradas diferenças entre os grupos nas variáveis antropométricas, entretanto para o % de gordura foi encontrado valor significativamente maior no G2. Em relação a potência e flexibilidade de membros inferiores, não foram encontradas diferenças entre os grupos. No entanto, com relação a força de membros superiores o G1 apresentou valores significativamente maiores. Contrariamente, o G2 apresentou aumento significativo na flexibilidade de membros superiores. **Conclusão:** conclui-se que os idosos praticantes de musculação e hidroginástica apresentam melhoras específicas de acordo com o tipo de treinamento.

Palavras-chave: flexibilidade; força

¹ Faculdade da Serra Gaúcha, Caxias do Sul/RS

² Laboratório de Pesquisa do Exercício, da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS

e-mail: carolpieta@yahoo.com.br



ABSTRACT

Introduction: the world's population is aging and society is concerned about maintaining the quality of life of elderly people. To this end, regular exercises can help increase the functional independence of elderly people. **Objective:** To compare the level of strength and flexibility in elderly people who practice strength training with those who practice hydro-gymnastics to assess which alternative would be more effective in improving physical fitness. **Materials and methods:** The sample consisted of 16 elderly people of both sexes divided into two groups: eight who practiced strength training (G1) and 8 who practiced hydro-gymnastics (G2). In order to assess functional capacity, we have conducted an evaluation of body composition and some tests. **Results:** No differences were found between groups in anthropometric variables, however a significantly higher fat level was found in the G2 group. Regarding the power and flexibility of the lower limbs, there were no differences between groups. However, regarding the strength of the upper limbs, the G1 group exhibited significantly higher levels. In contrast, the G2 group exhibited an increase in flexibility of the upper limbs. **Conclusion:** We concluded that elderly people who practice strength training and hydro-gymnastics exhibit specific improvements in performance in accordance with the selected type of training.

Keywords: flexibility, strength

INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se que a população de idosos seja 7%, mas a projeção para 2020 é de que esta porcentagem deva triplicar, colocando o país em sexto lugar, em um âmbito mundial, em relação ao número de idosos ou pessoas com idade acima de 60 anos (PASSARELLI, 2000). A manutenção da capacidade funcional é um dos requisitos para um envelhecimento saudável e a função física é reconhecida como componente importante da qualidade de vida, além de ser um indicador universalmente aceito do estado de saúde (RAMOS, 2003).

Atualmente tem sido discutida a prática de exercícios físicos para a manutenção de uma vida saudável para a população que envelhece (FLECK, 2006). A prática de exercícios físicos, além de combater o sedentarismo, contribui de

maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso. O conceito utilizado pelo American College of Sports Medicine (2000) resume que aptidão física seria “uma série de atributos que as pessoas têm ou adquirem e que se relacionam com a capacidade de realizar atividade física”.

Pesquisas recentes têm mostrado que o treinamento de força de alta intensidade tem um profundo efeito sobre a independência funcional e a qualidade de vida de idosos (DANTAS, 1999). O fortalecimento muscular resulta em melhoria de força, resistência, densidade óssea, flexibilidade, agilidade e equilíbrio, embora o aumento da força muscular pareça ser o fator mais determinante na melhora da contínua independência (DIAS et al., 2006). Ao mesmo tempo a hidroginástica, com o aproveitamento das propriedades físicas da água, também apresenta vantagens para esse grupo populacional, possibilitando melhoras físicas, além de oferecer menores riscos. Apesar desses benefícios em potencial, a prática da hidroginástica em idosos ainda é pouco estudada.

Dessa forma, pretendemos avaliar os efeitos do treinamento de força e da prática da hidroginástica na capacidade funcional de idosos, e comparar qual das atividades propicia os melhores resultados na força e na flexibilidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

Esta pesquisa se caracteriza como um estudo descritivo de corte transversal com amostragem não probabilística voluntária (GAYA et al., 2008).

Amostra

A amostra foi composta por 16 indivíduos idosos de ambos os sexos, divididos em dois grupos: 8 indivíduos praticantes de musculação (G1) e 8 indivíduos praticantes de hidroginástica (G2). Para participar do estudo os indivíduos deveriam praticar musculação ou hidroginástica há pelo menos seis meses e no mínimo duas vezes por semana. Os participantes foram recrutados na Faculdade da Serra Gaúcha, na cidade de Caxias do Sul/RS, e em uma academia da mesma cidade. Os participantes assinaram um “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, concordando com a participação no estudo.

Instrumentos de avaliação

Foi realizada uma avaliação da composição corporal, mensurando-se a massa corporal por meio de uma balança digital (Plena, resolução de 100 gramas), a estatura por meio de um estadiômetro (Sanny, resolução de 1 mm) e as dobras cutâneas por meio de um adipômetro científico (Sanny). A densidade corporal foi calculada utilizando-se a fórmula proposta por Jackson et al. (1978, 1980) e para o cálculo do percentual de gordura foi utilizada a equação de Siri (1961). O Índice de Massa Corporal (IMC) foi obtido pelo cociente massa corporal/estatura, sendo o valor expresso em quilogramas por metros quadrado. Para a avaliação da capacidade funcional foram realizadas quatro avaliações da bateria de testes proposta por Rikli e Jones (1999):

- *Teste de levantar da cadeira em 30 segundos*: para avaliação da potência de membros inferiores. O indivíduo deve realizar quantas vezes for possível a ação de levantar e sentar de uma cadeira no tempo de 30 segundos.
- *Teste de flexão de cúbito*: para avaliação da força de membros superiores. O indivíduo deve realizar a maior quantidade de flexões de cúbito durante 30 segundos, sendo utilizado um peso de 2,5 kg para mulheres e de 3,5 kg para homens.
- *Teste de sentar e alcançar em uma cadeira*: para avaliar a flexibilidade de membros inferiores. O indivíduo deve sentar em uma cadeira e tentar tocar os dedos dos pés com os dedos das mãos. Se os dedos das mãos ultrapassarem os dos pés, os valores serão considerados negativos. A distância é avaliada com uma régua.
- *Teste de coçar as costas*: para avaliar a flexibilidade de membros superiores (ombro). O indivíduo deve alcançar atrás das costas com as mãos para tocar ou sobrepor os dedos de ambas as mãos o máximo possível. A distância é avaliada com uma régua.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A normalidade dos dados foi testada com o teste de Shapiro-Wilk. Para a comparação entre os grupos foi utilizado o teste T para amostras independentes. Foi adotado um $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características dos participantes. Em relação a idade ($p=0,80$), peso ($p=0,35$), estatura ($p=0,58$) e Índice de Massa Corporal (IMC) ($p=0,15$), não foram encontradas diferenças entre os grupos. Entretanto para o % de gordura foi encontrado valor significativamente maior no G2 ($p=0,02$). De acordo com a WHO (1998), os indivíduos de ambos os grupos encontram-se em um grau de obesidade leve, indicando um excesso de peso. Entretanto, para o percentual de gordura os grupos apresentaram valores acima dos recomendados para a faixa etária (ACSM, 2003).

Tabela 1 – Características da amostra (média e desvio-padrão)

	G1 (n=8)	G2 (n=8)
Idade	63,8 ± 6,1	63,9 ± 6,9
Peso (kg)	70,2 ± 10,1	77,2 ± 11,2
Estatura (m)	1,62 ± 0,05	1,63 ± 0,08
IMC (kg/m ²)	26,9 ± 3,4	29,1 ± 4,7
% gordura	31,1 ± 7,9	37,7 ± 6,4

Conforme apresentado no Gráfico 1, não foram encontradas diferenças significativas na potência de membros inferiores entre os grupos avaliados pelo “teste de sentar e levantar em 30 segundos” ($p=0,07$). Entretanto no “teste de flexão de cúbito”, que avaliou a força de membros superiores, os resultados indicaram diferença entre os grupos, pois o G1 apresentou valores mais significativos ($p=0,49$) (Gráfico 2). Em relação à flexibilidade de membros inferiores mensurada pelo “teste de sentar e alcançar em uma cadeira”, e apresentada no Gráfico 3, também não foram encontradas diferenças entre os grupos ($p=0,07$). No entanto, quando se avaliou a flexibilidade de membros superiores pelo “teste de coçar as costas”, os idosos do G2 apresentaram valores consideravelmente maiores que os do G1 ($p=0,03$) (Gráfico 4).

Gráfico 1 – Teste de sentar e levantar em 30 segundos

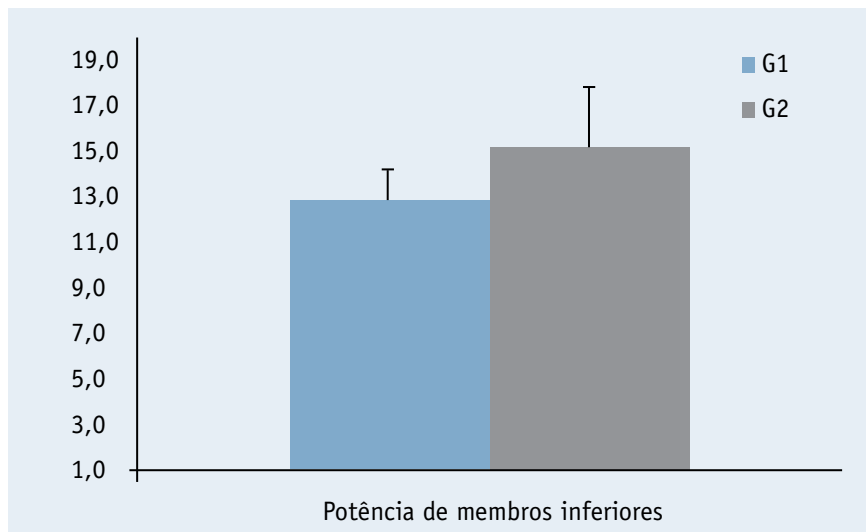


Gráfico 2 – Teste de flexão de cúbito

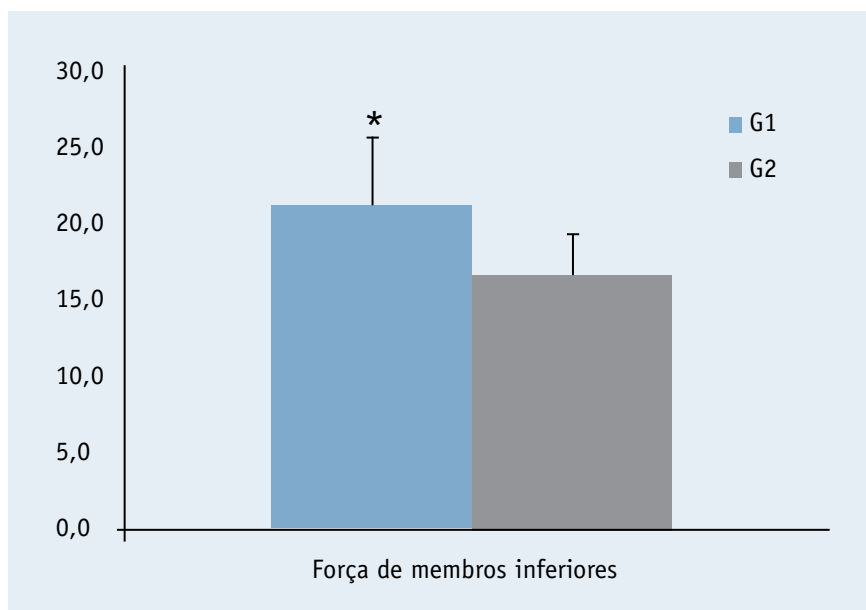


Gráfico 3 – Teste de sentar e alcançar em uma cadeira

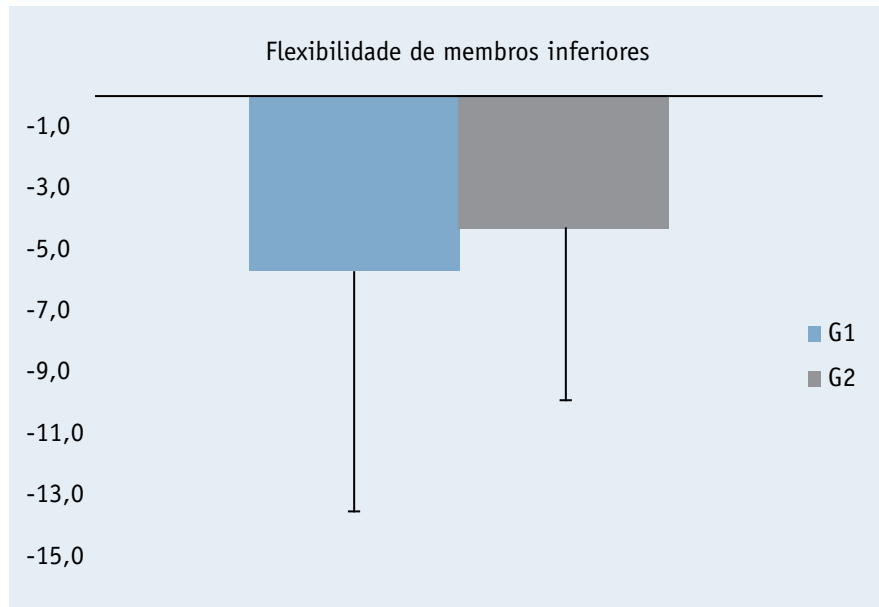
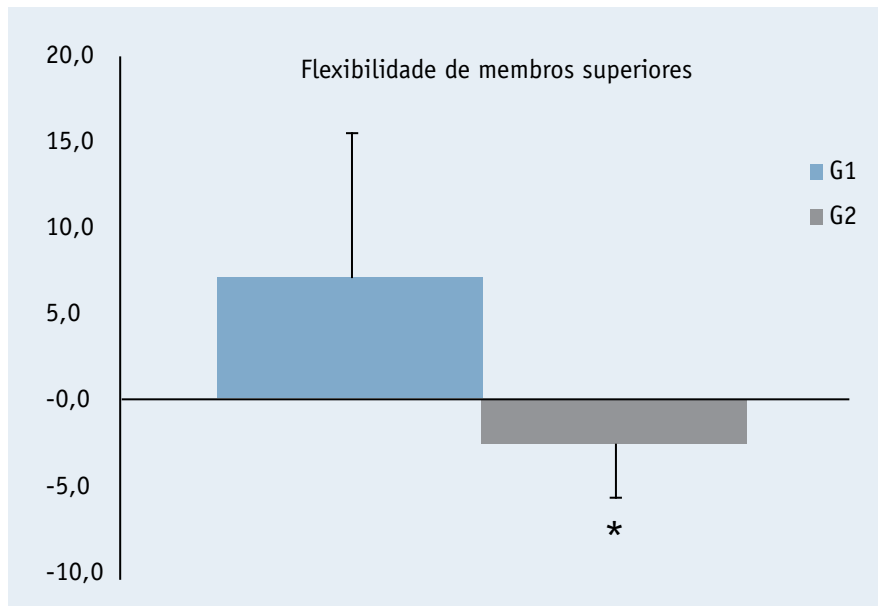


Gráfico 4 – Teste de coçar as costas



DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou verificar os níveis de força e flexibilidade em membros superiores e inferiores entre idosos praticantes de musculação e praticantes de hidroginástica.

No primeiro teste aplicado, o de “sentar e levantar” procuramos verificar basicamente a força e resistência dos membros inferiores. Como vimos no Gráfico 1, não houve diferença significativa entre os grupos, no qual nossos resultados são semelhantes aos de Frontera et al. (2003), os quais verificaram que em ambas as atividades, musculação e hidroginástica, os membros inferiores normalmente são mais utilizados, além de serem mais recrutados em atividades diárias. Já para Matsudo et al. (2000), idosos praticantes de hidroginástica apresentaram a força de extensores de joelho significativamente maior, em testes similares, argumentando que a hidroginástica proporciona uma utilização maior da musculatura em membros inferiores decorrente da movimentação na água, ocasionando um aumento da resistência muscular.

De acordo com Kura (2008), a força de membros inferiores é uma variável extremamente importante para a independência e mobilidade do idoso, já que nas atividades mais simples, como caminhar, levantar-se de uma cadeira ou, mesmo, permanecer em pé por um determinado tempo, os membros inferiores são mais utilizados. Em função disso, uma comparação entre grupos ativos sugere que haverá uma certa igualdade nos níveis de força. Matsudo et al. (2000) descrevem que, durante o envelhecimento, a maior perda de força ocorre nos membros inferiores, quando comparados aos superiores, justificando esse fato pela menor utilização da musculatura com o passar dos anos, já que os idosos diminuem o nível de atividade física, permanecendo durante a maior parte do tempo sentados ou deitados. No entanto, quando indivíduos idosos praticam algum tipo de exercício físico sistemático, ou mesmo se mantêm em níveis adequados de atividade física diária, esta perda pode ser bem reduzida.

No segundo teste o de “flexão de cúbito”, avaliamos a força e resistência dos membros superiores. Como mostra o Gráfico 2, nossos resultados apresentaram uma certa vantagem para o grupo praticante de musculação. Nossos resultados foram compatíveis com as observações de McCartney et al. (1993), que, apesar de observarem uma diminuição da força do segmento superior corpóreo com a idade, notaram que essa alteração pode ser modificada com a prática de exercícios físicos. Matsudo et al. (2000) descrevem que, em estudo realizado com idosos, foi observada uma melhora significativa da força muscular após

treinamento de força em membros superiores. Em outro estudo, Onder et al. (2005) apud Geraldtes et al. (2008) demonstraram que o desempenho funcional apresentou melhores resultados quando os idosos praticavam tarefas que envolviam maior esforço muscular, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo. Lung et al. (1996) apud Geraldtes et al. (2008), por sua vez, lembram que os membros superiores, ao contrário dos inferiores, têm seu uso continuado durante todas as etapas da vida. Neste sentido, a avaliação da força e da função muscular assume importância no processo de envelhecimento, uma vez que são fundamentais para a autonomia do idoso, em razão da grande quantidade de atividades cotidianas, nas quais se necessita de certos níveis de força para executá-las (DANTAS, 2006). Logo, a manutenção de bons níveis de força é necessária para o desempenho satisfatório nas tarefas diárias, sejam essas atividades profissionais ou cotidianas, e para a manutenção de uma boa qualidade de vida (BORGES et al., 2008).

No Gráfico 3, com o teste de “sentar e alcançar”, que mede a flexibilidade dos membros inferiores do corpo (flexão de quadril e da coluna vertebral), em nosso estudo os avaliados não apresentaram diferença nos resultados. Isso indica que é provável que a flexibilidade, quando trabalhada de forma adequada nos exercícios aquáticos e de academias, justifique este achado. Tendo em vista esta ausência de diferenças, pode-se concluir que a prática regular e bem orientada de atividades foi capaz de aprimorar a flexibilidade dos idosos, valência física tão importante por garantir a amplitude dos movimentos. Entretanto, Matsudo et al. (2000), em estudo realizado, constataram melhora nos níveis de flexibilidade, em testes semelhantes realizados com idosos, após um treinamento de força.

No quarto teste aplicado, o de “coçar as costas”, que procura avaliar a movimentação geral do ombro, em nossos resultados, conforme demonstra o Gráfico 4, foi observada uma flexibilidade melhor no G2 em relação ao G1. Em síntese, este estudo demonstrou que um programa de exercícios físicos direcionados, realizados na água, como a hidroginástica, pode ser uma estratégia eficaz para manter a autonomia funcional. Okuma (2002) apud Rebelatto et al. (2006) aponta, em seus estudos com resultados similares, que, para um idoso realizar suas tarefas cotidianas, ele necessita de pouca aptidão cardiovascular, e muito de um conjunto de capacidades como força muscular, resistência muscular localizada e flexibilidade. Hubley-Kozey et al. (1995) apud Alves et al. (2004), em estudos realizados, observaram melhoras significativas na amplitude dos movimentos do ombro em indivíduos idosos que participaram de um programa de

exercícios regulares de hidroginástica, e por não haver impacto pode auxiliar de forma eficaz no ganho de flexibilidade. Já para Dantas e Soares (2001), indivíduos que praticam musculação, por trabalharem mais a força e hipertrofia, podem ocasionar uma redução dos movimentos articulares.

Dentro deste contexto, a avaliação da força e flexibilidade assume importância no processo de envelhecimento, uma vez que são fundamentais para a autonomia do idoso, em razão da grande quantidade de atividades cotidianas, nas quais se necessita de certos níveis de força para executá-las. Logo, a manutenção de flexibilidade e de bons níveis de força é necessária para o desempenho satisfatório nas tarefas diárias, sejam essas atividades profissionais ou cotidianas, e para a manutenção de uma boa qualidade de vida (BORGES et al., 2008). Vários estudos, assim como o presente estudo, apontam para os benefícios dos programas de exercícios físicos para idosos.

CONCLUSÃO

A prática de atividade física com o objetivo de melhora no desempenho e na independência de idosos deve ser acompanhada de uma avaliação criteriosa. Dessa forma, podemos concluir que tanto a musculação quanto a hidroginástica promovem melhoras na aptidão física de indivíduos idosos. Entretanto, este ganho é dependente da atividade realizada e do que especificamente é trabalhado no treino. Entretanto, sugere-se que outros estudos sejam realizados com esta mesma finalidade, com uma amostra maior, no intuito de proporcionar maior conhecimento sobre diferentes tipos de treinamento na força e flexibilidade de idosos a fim de prevenir a fragilidade e promover a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BORGES, N. L. J. et al. Teste de resistência de força de membros superiores para idosos: comparação entre halteres com pesos diferentes. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, v. 3, n. 10, p. 261-265, 2008.
- DANTAS, E. H. M.; SOARES, J. S. Flexibilidade aplicada ao personal training. *Fitness e Performance*, Rio de Janeiro, 2001.

- _____ *Flexibilidade, Alongamento e Flexionamento*, 4ed. Rio de Janeiro: Shape, 1999; p 47-53.
- DIAS, R. M. R.; CYRINO, E. S.; SALVADOR, E. P.; CALDEIRA, L. F. S.; NAKAMURA, F. Y.; PINA, F. L. C.; OLIVEIRA, A. R. Impacto de oito semanas de treinamento com pesos sobre a força muscular de homens e mulheres. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 11, n. 4, p. 224-228, 2004.
- DIAS, R. M. R.; GURJÃO, A. L. D.; MARCUCCI, M. F. N. Benefícios do treinamento com pesos para aptidão física de idosos. *Acta Fisiátrica*, v. 13, n. 2, p. 90-95, 2006.
- FLECK, S. J.; KRAEMER, W. J. *Fundamentos do treinamento de força muscular*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2066.
- FRONTERA, W.; MEREDITH, C.N.; O'REILLY, K. P.; KNUTTGEN, H. G.; EVANS, W. J. Strength conditioning in older man: skeletal muscle hypertrophy and improved function. *Journal of Applied Physiology*, 64, p. 1.038-1.044, 1988.
- FRONTERA, W. R.; HUGHES, V. A.; KRIVICKAS, L. S.; KIM, S. K.; FOLDVARI, M.; ROUBENOFF, R. Strength training in older women: early and late changes in whole muscle and single cells. *Muscle Nerve*, 28, p. 601-608, 2003.
- GAYA, A. et al. *Ciências do movimento humano: introdução à metodologia da pesquisa*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GERALDES, A. A. R. et al. A força de preensão manual é boa preditora do desempenho funcional de idosos frágeis: um estudo correlacional múltiplo. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 14, n. 1, p. 12-16, 2008.
- HOERGER, W. K.; HOPKINS, D. R. A comparison of sit and the modified sit and reach in the measurement of flexibility in woman. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, v. 63, n. 2, p. 191-195, 1992.
- HUBLEY-KOZEY, C. L.; WALL, J. C.; HOGAN, D. B. Effects of a general exercise program on passive hip, knee, and ankle range of motion of older women. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 10, p. 33-44, 1995.
- JACKSON, A. S.; POLLOCK, M. L. Generalized equations for predicting body density of men. *British Journal Nutrition*, 40, p. 497-504, 1978.
- JACKSON, A. S.; POLLOCK, M. L.; WARD, A. Generalized equations for prediction body density of women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, v. 12, n. 3, p. 175-182, 1980.
- KURA, G. G. *Efeitos de um programa de treinamento que combina hidroginástica e treinamento resistido sobre as respostas hemodinâmicas e metabólicas em idosos*. 2008. Dissertação – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- MCCARTNEY, N.; MCKELVIE, R. S.; MARTIN, J.; SALE, D. G.; MACDOUGALL, J. D. Weight-training-induced attenuation of the circulatory response of older males to weight lifting. *Journal of Applied Physiology*, 74, p. 1.051-1.060, 1993.
- MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS, T. L. B. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Brasília, v. 8, n. 4, p. 21-32, 2000.

- MORROW JUNIOR, J. R. et al. *Medida e avaliação do desempenho humano*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- PASSARELLI M.C.G. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *O Mundo da Saúde*, v.21, n.4, p 208-212, 1997.
- RAMOS R.L. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p. 793-798, 2003.
- REBELATTO, J. R.; CALVO, J. I.; OREJUELA, J. R.; PORTILLO, J. C. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 10, n. 1, p. 127-132, 2006.
- RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal Aging and Physical Activity*, 7, p. 129-161, 1999.
- SIRI, W. E. Body composition from fluid space and density: analysis of method. In: BROZEK, J.; HENSCHEL, A. *Techniques for measuring body composition*. Washington: National Academy of Sciences, 1961.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Geneva: World Health Organization, 1998.



Amigo idoso socorrista: apenas um título ou um instrumento que pode salvar vidas?

EDNEI FERNANDO DOS SANTOS¹
ÉRICA BEATRIZ LEMES PIMENTEL VERDERI²

RESUMO

Primeiros socorros correspondem às etapas que podem ser iniciadas fora do ambiente hospitalar. São definidos como a primeira abordagem à vítima e abrangem procedimentos iniciais para estabelecer os sinais vitais, cuja característica principal é não realizar manobras invasivas (MURPHY & ISAACS, 1993). O oferecimento de informações teóricas e práticas à população é de extrema importância, não somente para incrementar o nível de conhecimento sobre os primeiros atendimentos, mas, sobretudo, para contribuir na diminuição das sequelas traumáticas das vítimas de acidentes após o trauma (KITCHENER & JORM, 2002). Neste sentido, este estudo teve como objetivo coletar informações quanto ao nível de conhecimento de 46 idosos, que participam do Centro de Convivência do Idoso (CCI) de Sorocaba, sobre suporte básico de vida, sendo a amostra da pesquisa composta por idosos ativos de ambos os sexos com idades entre 60 e 75 anos, bem como promover um despertar para a necessidade de se oferecer cursos sobre suporte básico de vida para pessoas acima de 60 anos, considerando o crescimento do envelhecimento populacional. O nível de conhecimento foi determinado por questionário fechado de nove questões sobre primeiros atendimentos de suporte básico de vida, abordando as principais ocorrências de trauma e emergências clínicas, e os tipos de procedimento que devem ser realizados no atendimento das diversas ocorrências traumáticas e clínicas. Por meio de levantamento teórico buscaram-se referências que evidenciassem a importância do

¹ Faculdades Metropolitanas Unidas, Departamento de Pós-Graduação em Educação Física UnifMU.

e-mail: ednei.fe@ig.com.br

² Faculdades Metropolitanas Unidas, Departamento de Pós-Graduação em Educação Física UnifMU.

e-mail: ericaverderi@programapostural.com.br

pronto-socorrismo e que, quando aplicado de maneira correta e precisa, resultam no salvamento da vítima assistida. Pôde-se observar ao final desta pesquisa que, mesmo os idosos considerando de suma importância os primeiros atendimentos, desconhecem alguns procedimentos emergenciais importantes que devem ser aplicados a um indivíduo idoso ou não, em perigo de vida ou em situações traumáticas.

Palavras-chave: primeiros socorros; vítima; traumas.

ABSTRAT

First Aid represents measures that can be taken outside the hospital environment. It is defined as the first emergency care to the victim, comprising initial procedures to maintain the vital signs and characterized by non-invasive actions (MURPHY; ISAACS, 1993). Providing people with theoretical and practical information is extremely important not only to increase the level of knowledge on the subject, but above all to help reduce potential post-traumatic consequences in trauma victims (KITCHENER and JORM, 2002). To this end, this study aimed to collect information to assess the level of first-aid knowledge among a sample of 46 elderly people who attended the Center for Elderly Activities (CCI – Centro de Convivência do Idoso) in Sorocaba, São Paulo. This sample was composed of active elderly people of both genders, aged between 60 and 75. This study also aimed to raise consciousness about the need for providing First Aid education to people aged above 60 as the elderly population expands. The level of knowledge was evaluated through the application of a closed questionnaire with nine questions on First Aid, including issues related to major traumas, clinical emergencies and the corresponding procedures to be followed in these situations. Based on theoretical research, this study sought evidences to show the importance of the proper application of First Aid measures in order to save lives. We concluded that, even though the elderly people attribute great importance to First Aid measures, they ignore some important emergency procedures that are to be applied to victims (elderly or not) upon the occurrence of life-threatening or traumatic events.

Key words: first aid, victim, traumas.

INTRODUÇÃO

O crescimento populacional desordenado dos grandes centros urbanos resulta no aumento da necessidade de cidadãos aptos na prestação de primeiros socorros, considerando ainda o tempo como fator preponderante no salvamento efetivo de vidas. Em razão de que a grande maioria da população não detém conhecimento técnico na área de atendimento de pronto-socorrimento, costumeiramente nada é realizado entre o momento do ocorrido até a chegada das equipes de socorro (SOUZA & IGLESIAS, 2002). Tempo este que pode significar a diferença entre a vida e a morte do ser humano.

O Brasil se apresenta com aumento no envelhecimento populacional. Novos dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) nos apontam como um país mais envelhecido, tendo mais pessoas acima de 65 anos do que abaixo de 4 anos, com expectativa de vida de 73,1 anos.

Atualmente, o crescimento populacional de idosos tem sido associado com a adoção de comportamentos saudáveis, sobretudo aqueles relacionados a um estilo de vida fisicamente ativo que incrementa o número de relações interpessoais, de atividades diárias espontâneas, assim como de novas experiências em ambientes e situações completamente desconhecidos (SOUZA & IGLESIAS, 2002). Existe, portanto, maior risco de exposição a distintos ambientes e situações que podem aumentar as potenciais ocorrências de diferentes traumas, como, por exemplo, atropelamentos, quedas, queimaduras. As consequências desses traumas podem ser bastante graves em decorrência de os indivíduos idosos não possuírem capacidade tampouco reserva funcional necessárias ao processo recuperativo que, por sua vez, eleva consideravelmente a taxa de mortalidade nesse grupo etário (MANTOVANI, 2006).

Neste sentido, o rápido reconhecimento e a identificação de lesões e riscos à saúde das vítimas, além da forma correta de atendimento e acionamento adequado do socorro, previnem a deterioração dos órgãos vitais dos acidentados. Existem evidências sobre a redução da mortalidade em vítimas de acidentes que receberam, adequada e imediatamente, os procedimentos de primeiros socorros por voluntários e obtiveram a preservação dos sinais vitais (PERGOLA & ARAÚJO, 2009). As situações de emergência requerem medidas eficazes que necessitam do mínimo de tempo possível para serem adotadas e iniciadas (UMMENHOFER et al., 2001).

MATERIAL E MÉTODO

Amostra

A coleta deste estudo foi aleatória, visando a informações quanto ao nível de conhecimento em 46 idosos do Centro de Convivência do Idoso (CCI) de Sorocaba, a respeito dos conhecimentos sobre **Suporte Básico de Vida**. A amostra da pesquisa foi composta por idosos ativos de ambos os sexos, com idades entre 60 e 75 anos, regularmente matriculados e todos alfabetizados.

Instrumento

O instrumento utilizado para coletar os dados foi um questionário com série ordenada, composto de nove perguntas fechadas. Segundo Yin (2001, p. 107):

A coleta de dados por meio de entrevista ou questionários promove o relacionamento entre os envolvidos na pesquisa, de maneira orientada a resolver o problema da pesquisa (...) o questionário pode conter perguntas abertas, e as respostas podem ser obtidas de maneira livre.

Consideraram-se também o método de pesquisa descritiva, sabendo que "(...) as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis" (GIL, 1996, p. 46), e a abordagem estatística quantitativa, uma vez que quantifica e analisa os dados coletados desse grupo de estudo: "(...) O método quantitativo é muito utilizado no desenvolvimento das pesquisas descritivas, nas quais se procura descobrir e classificar a relação entre variáveis" (OLIVEIRA, 1999, p. 115).

Procedimento

O questionário foi aplicado no dia 20 de fevereiro de 2012 com entrega prévia do "Termo de Consentimento Livre", e a análise dos dados foi efetivamente realizada no dia 23 de fevereiro de 2012.

Foram adotadas situações de acidentes que envolvem distintas ocorrências com relação aos procedimentos para sangramento, queimaduras, fraturas, engasgamento, infarto, desmaio e crise convulsiva, de acordo com as diretrizes do AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS (1997). Os instrumentos serão similares, mas o questionário direcionado aos indivíduos idosos foi constituído com linguagem sem termos técnicos para possibilitar mais clareza. Esse questionário foi aplicado ao mesmo tempo a todos do grupo, com o mesmo aplicador, não havendo interferência direta ao aplicado, no que se refere à interpretação do questionário.

Descrição das questões utilizadas neste estudo:

- 1. Estabeleça uma nota de 0 a 10 sobre a importância do conhecimento de primeiros socorros para sua vida pessoal (0 insignificante; 10 significa muito importante).**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 2 Indique se já presenciou um acidente em seu ambiente profissional ou pessoal, onde houve a necessidade do emprego de técnicas de primeiros socorros. Presenciou?**

(1) Sim (2) Não (3) Não sei responder

- 3. Durante uma aula de dança para terceira idade uma senhora de 73 anos vem a sofrer uma queda, resultando em um corte profundo no braço; como se deve tratar essa hemorragia?**

(1) Comprimir o ferimento, elevar a região afetada e fazer compressão em ponto arterial;

(2) Fazer torniquete, lavar em abundância o ferimento e cobrir com gaze ou pano limpo;

(3) Lavar o ferimento e aplicar rapidamente substâncias caseiras para bloquear o sangramento;

(4) Não sei responder.

- 4. Assinale a alternativa correta: após uma longa caminhada, seu amigo idoso, parceiro de atividade, apresenta epistaxe, como preceder:**

(1) Inclinar a cabeça para trás para o sangramento parar;

(2) Inclinar a cabeça para a frente e pinçar as narinas por aproximadamente 5 minutos;

(3) Lavar as narinas com água em abundância;

(4) Não sei responder.

5. Durante a confraternização do grupo de terceira idade um senhor de 50 anos de idade se voluntaria para ser o churrasqueiro; ao acender a churrasqueira com álcool e fósforo este provoca uma explosão, vindo a ser atingido pelas chamas e tendo várias partes do corpo queimadas. Como devemos executar os procedimentos de primeiros socorros nesta situação?

- (1) Rapidamente passar café ou clara de ovo no local afetado;
- (2) Aplicar compressas frias umedecidas em água na temperatura ambiente;
- (3) Aplicar pomadas e fornecer água gelada para a vítima beber;
- (4) Não sei responder.

6. Um idoso de aproximadamente 80 anos de idade sofre uma queda da própria altura no interior do banheiro do centro comunitário, vindo a cair sobre seu braço, e a consequência dessa queda é uma fratura em que o osso do membro superior está exposto; cite os procedimentos corretos para o atendimento desse tipo de trauma?

- (1) Lavar o local com água limpa e colocar o osso para dentro rapidamente para evitar infecção;
- (2) Cobrir o ferimento com gaze ou pano limpo e imobilizar o membro fraturado;
- (3) Colocar o osso para dentro do ferimento e fazer torniquete para estancar o sangramento;
- (4) Não sei responder.

7. Ao avaliar um idoso que apresenta Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), quais serão os sinais e sintomas evidentes:

- (1) Perda do controle urinário ou intestinal, confusão mental, cefaleia e convulsão;
- (2) Dificuldade para falar, alterações visuais, pupilas desiguais e paralisia muscular;
- (3) Dor precordial, pele fria, pálida e úmida, sudorese e ansiedade;
- (4) Não sei responder.

8. Quais são os procedimentos de primeiros socorros a esse idoso vítima de infarto. Cite três procedimentos adotados para o socorro desse idoso:

(1) Mantenha a vítima em repouso, afrouxe as vestes, tranquilize-a e avalie sinais vitais;

(2) Mantenha a vítima em repouso, ofereça líquidos, tranquilize-a e avalie sinais vitais;

(3) Mantenha a vítima ativa para o sangue circular com facilidade, ofereça líquidos e avalie sinais vitais;

(4) Não sei responder.

9. Durante o auxílio a um senhor de 61 anos que apresenta Acidente Vascular Cerebral tendo, como principais sinais e sintomas, dificuldade para falar, tontura, náuseas, suor em excesso, paralisia muscular e sede intensa, quais procedimentos de suporte básico de vida devem ser adotados?

(1) Fazer o senhor andar vagarosamente para o sangue voltar a circular;

(2) Não deixar a língua do senhor enrolar e oferecer líquido para este beber;

(3) Afrouxar as vestes da vítima, manter em repouso e transportar para o hospital;

(4) Não sei responder.

Análise estatística descritiva quantitativa

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Gráfico 1 descreve os dados obtidos na questão 1 relacionando as variáveis encontradas numa escala de 0 a 10. Considerando que 0 não é importante ter o conhecimento e 10 é fundamental ter o conhecimento sobre suporte básico de vida.

Gráfico 1 - Importância do Conhecimento de Primeiros Socorros

Notas	10	8	2
Quantidade	29	4	9

O pronto reconhecimento e a estabilização precoce de traumas reduzem a perda sanguínea, aumentando a sobrevivência das vítimas (MANTOVANI, 2006). O socorrista deve reconhecer a presença dessas lesões, definir a anatomia da lesão e proteger a vítima de futuras complicações (FRAME et al., 2007). O atendimento executado de forma correta e logo após o ocorrido possibilitará bom resultado na recuperação do trauma, no retorno às atividades da vida diária e na qualidade de vida do idoso (AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS, 1997).

Pergola e Araújo (2009) destacam que a falta de conhecimento representa um dos fatores que mais interferem no atendimento de pronto-socorrimento. Isso impede ou atrasa o socorro e o tratamento adequado, aumentando a vulnerabilidade da vítima idosa às consequências do trauma, como, por exemplo, à parada cardiorrespiratória.

O Gráfico 2 descreve os dados obtidos na questão 2, evidenciando que 33 idosos dos 46 entrevistados presenciaram acidente em seus locais de convívio com necessidade dos primeiros socorros.

Gráfico 2 - Presenciou Acidente

	SIM	NÃO
Quantidade	33	13

O mecanismo de trauma mais frequente entre os indivíduos idosos é a queda, seguida por acidentes automobilísticos, atropelamentos, acidentes por armas de fogo, queimaduras e maus-tratos (MANTOVANI, 2006). As quedas ocorrem predominantemente em ambiente domiciliar e estão relacionadas a atividades comuns da vida diária (MANTOVANI, 2006; SOUZA & IGLESIAS, 2002).

Essas ocorrências podem acontecer a qualquer momento em diversos locais, cabendo frequentemente à pessoa mais próxima daquela que experimenta o trauma, podendo ser o(a) companheiro(a), cuidador, irmãos, entre outros, a responsabilidade pelos primeiros atendimentos (KITCHENER & JORM, 2002).

O Gráfico 3 apresenta os resultados da questão 3, demonstrando que 24 dos 46 idosos desconhecem as intervenções corretas mediante uma hemorragia por corte profundo.

Gráfico 3 - Hemorragia por Corte Profundo

	Certo	Errado
Quantidade	22	24

Segundo Mantovani (2006), a principal causa de ferimentos e de hemorragias é proveniente de traumas. No caso de idosos, o risco de mortalidade é iminente, principalmente quando associada aos traumas. Estes podem ainda contribuir para que se desenvolvam complicações sistêmicas prejudiciais às funções vitais e dificultando seu retorno às atividades da vida diária.

Quando ocorre a perda de sangue em virtude de hemorragia, há desequilíbrio entre o volume de líquidos e o sistema cardíaco, levando ao choque hipovolêmico, que é a causa mais comum no acidente, quando a vítima tem grandes sangramentos e fica por muito tempo sem o atendimento primário (FRAME et al., 2011).

Este gráfico nos mostra os resultados da questão 4, demonstrando que 43 idosos não possuem conhecimento para uma intervenção mediante uma hemorragia por epistaxe.

Gráfico 4 - Hemorragia por Epistaxe

	Certo	Errado
Quantidade	3	43

Segundo Secchi et al. (2009), epistaxe é o sangramento da mucosa nasal, geralmente associada a hipertensão arterial sistêmica, traumas e coagulopatias. Entre as etiologias podemos encontrar agentes químicos e fatores climáticos. Perda das propriedades contráteis das artérias e da camada elástica em idosos explica um sangramento mais severo do que na população de jovens.

Já na questão 5, com relação às queimaduras, notamos que 34 idosos responderam corretamente os procedimentos dos primeiros socorros e 12 desconheciam os procedimentos corretos.

Gráfico 5 - Queimaduras

	Certo	Errado
Quantidade	34	12

Queimaduras extensas são, de modo geral, associadas à alta letalidade, pois podem comprometer vias aéreas e ainda contar com o agravante de infecções “(...), a lesão por si não é caracteristicamente associada ao risco imediato de vida, mas os fatores já mencionados e que, quando tratados no local do acidente, podem diminuir a mortalidade das vítimas” (FRAME et al., 2011).

Vernon, 2001, descreve que:

As mortes por queimaduras são a quarta causa de morte acidental entre idosos, principalmente naqueles acima de 75 anos de idade. Cerca de 90% delas ocorrem no domicílio, sendo as chamas de fogo responsáveis pela maior parte das queimaduras e os líquidos ferventes, por 20% (apud LANGE, 2005, p. 71).

O Gráfico 6 apresenta os resultados da questão 6, com relação aos procedimentos corretos para o atendimento de uma fratura após um idoso sofrer uma queda da própria altura.

Gráfico 6 - Fraturas

	Certo	Errado
Quantidade	30	16

A queda é a lesão mais frequente, seguida pelo acidente automobilístico, atropelamento, ferimento por arma de fogo e arma branca, entre outras (SOUZA & IGLESIAS, 2002). As quedas provocam importantes repercussões na vida dos indivíduos idosos, tanto diretamente como indiretamente, pois, quando não ocasionam lesões, geram uma cascata de eventos que, entre outros males, diminuem a capacidade funcional para realizar as atividades da vida diária e incrementam a susceptibilidade a doenças (KELLY, 2003). Cerca de 68,3% das lesões são fraturas, sobretudo de fêmur e quadril (GAWRYSZEWSKI et al., 2004).

A queda da própria altura é considerada um problema de saúde pública pela sua elevada frequência e, sobretudo, pelos efeitos diretos e indiretos sobre a saúde do indivíduo. Geralmente provoca lesões graves que incrementam o risco imediato ou prospectivo à vida dos indivíduos idosos, pois pode deteriorar o quadro de doenças estabelecidas e contribuir à mortalidade tardia (PARREIRA et al., 2010). Cerca de 30% a 50% dos indivíduos idosos experimentam pelo menos um episódio de queda a cada ano (PERRACINI & RAMOS, 2002).

As fraturas traumáticas, produzidas por grandes impactos como as quedas e os atropelamentos, representam uma grande porcentagem de fraturas em indivíduos idosos e altas taxas de morbidade. O atendimento de primeiros socorros no local do acidente é de fundamental importância para evitar o agravamento das lesões e possibilita um tratamento adequado e uma recuperação mais tranquila (GONZALEZ et al., 2009).

O gráfico 7 demonstra os dados obtidos com relação ao conhecimento sobre os sinais e sintomas evidentes de infarto agudo do miocárdio.

Gráfico 7 - Sinais e Sintomas Evidentes de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)

	Certo	Errado
Quantidade	23	23

Nakayama et al. (1994) relata que é possível encontrar um indivíduo idoso com hipertensão arterial sistêmica e acometido por infarto agudo do miocárdio ou mesmo acidente vascular encefálico. Independente da situação, ocorre maior limitação na reabilitação das doenças cardiovasculares, nesse período de vida, e por estes motivos os atendimentos iniciais a essas emergências se tornam fatores essenciais entre a vida e a morte.

O Gráfico 8 apresenta os resultados da questão 8, com relação aos procedimentos corretos para vítima de infarto.

Gráfico 8 - Procedimentos para Vítima de Infarto

	Certo	Errado
Quantidade	31	15

Leitão et al. (2008) considera que o infarto é comum em ambiente doméstico, áreas públicas e privadas. Sendo assim, destaca a importância de medidas preventivas e assistenciais por parte de profissionais das áreas da saúde e da comunidade leiga no pronto atendimento. Salienta ainda que “o trauma e as doenças cardiovasculares (DCVs) integram as principais causas de morte em todos os continentes, sendo que, na América do Sul, o Brasil vem apresentando uma casuística preocupante no decorrer destas duas últimas décadas”.

O gráfico 9 demonstra os dados obtidos na questão 9, com relação ao conhecimento dos idosos sobre os sinais e sintomas de acidente vascular cerebral.

Gráfico 9 - Sinais e Sintomas de Acidente Vascular Cerebral

	Certo	Errado
Quantidade	30	16

Em 2005, a OMS relatou que o AVC matou 5,7 milhões em todo o mundo, sendo que 85% dessas mortes ocorrem em indivíduos com idade inferior a 70 anos (LEITE, 2009).

Em seu estudo, Leite (2009) relata que, após uma campanha sobre conscientização a respeito do AVC, o reconhecimento de sintomas e alertas aumentou, bem como, pelos serviços de emergência frente a suspeita de ocorrência do AVC. Sendo assim, espera-se que a procura imediata pelo atendimento especializado viabilize atitudes terapêuticas precoces e, com isso, possibilite minimizar ou evitar que sequelas ocorram. Completa ainda que, os esforços direcionados ao AVC devem estar voltados mais especificamente para os idosos e "(...) saber detectar e relacionar os sintomas com a possibilidade de ocorrência do AVC previne consideravelmente o risco, evitando o óbito e a incapacitação."

CONCLUSÃO

Atualmente o estilo de vida mais saudável dos idosos propõe a estes novos desafios e a exposição a ambientes diferenciados, e a busca pelas atividades em grupos de terceira idade. O convívio domiciliar, de lazer e recreativo proporciona maior contato e interação com o meio e com outros idosos, onde estes podem estar sujeitos a situações inesperadas de traumas, como uma queda, um desmaio ou mesmo um atropelamento em vias públicas. Sendo assim, o amigo idoso passa a ser a pessoa mais próxima e conseqüentemente tem a responsabilidade pelos primeiros socorros e pelo acionamento dos serviços de emergência.

Uma das mais importantes responsabilidades dos socorristas é acionar de forma rápida os serviços de emergência (192 SAMU ou 193 RESGATE) e em seguida iniciar os procedimentos de primeiros socorros, garantindo assim a preservação dos sinais vitais e evitando o agravamento das lesões até a chegada das equipes de apoio (GUIDELINES American Heart Association, 2010).

Apesar do aumento na prevalência e incidência de traumas no indivíduo idoso, poucos estudos buscam identificar fatores de risco capazes de prever o aparecimento de complicações e a mortalidade nesse grupo etário. Tem sido atribuído que a mortalidade decorrente do trauma é mais elevada em decorrência de doenças preexistentes e do aparecimento de complicações após o trauma (PARREIRA et al., 2010).

Considerando que os primeiros socorros visam ajudar e minimizar os danos ocorridos, este presente estudo propôs um atendimento qualitativo, quando não se pode atuar por meio da tentativa de erros e acertos e, sim, mediante um atendimento igualitário a todos e com qualidade. Pôde-se observar com a coleta de dados que, em todos os casos abordados nas questões, houve números significativos de erros, o que pode implicar um atendimento inadequado às condições das vítimas.

Sendo assim, o amigo idoso, no papel de um socorrista (pessoa treinada), pode, numa situação de trauma e emergência, diminuir o sofrimento da vítima, tranquilizar essa vítima, diminuir as complicações do trauma, minimizar e/ou evitar sequelas, bem como acionar a assistência de emergência para que, com esses procedimentos, possa salvar muitas vidas, não só para seu amigo idoso, mas a vida de qualquer idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Advance trauma life support – ATLS*. 6. ed. Chicago: ACS, 1997.
- FRAME, S.; RICHARD, R.; JOSEPH, D. *Pre hospital trauma life support – PHTLS*. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.
- FRAME, S.; RICHARD, R.; JOSEPH, D. *Pre hospital trauma life support – PHTLS*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H. R. M.; KOIZUMI, M. S. *Morte e internações por causas externas entre os idosos no brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual*. São Paulo: Associação Médica Brasileira, v. 50, n.1, p. 97-103, 2004.

- GONZALEZ, L. V.; SANTIN, E.; ARSEGO, V. F.; SILVA, R. D. G.; JÚNIOR, Z. M. J.; VASCONCELLOS, T. F. L. Diagnóstico e manejo das lesões ortopédicas em pacientes politraumatizados. *Revista Portal*, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, v. 29, n. 2, p.153-160, 2009.
- GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1996.
- GUIDELINES. Highlight the American Heart Association Guidelines for cardio pulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. *International Consensus on Science, Circulation*, Dallas/Texas, v.122, November 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de Indicadores Sociais*. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.
- KELLY, K. D. Medication use and falls in community-dwelling older persons. *Age and ageing*, v. 32, p. 503-509, 2003.
- KITCHENER, B. A.; JORM, A. F. *Mental health first aid manual*. Orygen research University of Melbourne. 5. ed., 2002.
- LANGE, C. *Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto-SP*. 2005. 221f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-23062005-113139/pt-br.ph>>. Acesso em: 2 mar. 2012.
- LEITÃO, F. B. P.; SOUSA, M. C.; BIROLINI, D.; VIEIRA, J. E. *Prevenção e atendimento inicial do trauma e doenças cardiovasculares: um programa de ensino*. Rev. Bras. Educ. Med., v. 32, n. 4, Rio de Janeiro, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000400002&script=sci_arttext>. Acesso em: 3 mar. 2012.
- LEITE, S. M. A. *Disseminação de informações em ações específicas para o acidente vascular cerebral*. 2009. 83f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2334/1/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Leite_Sheyla_Maria_Ara%C3%BAjo.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2012.
- MANTOVANI, M. *Suporte básico de vida no trauma*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- MURPHY, J.; ISAACS, B. The post-fall syndrome: a study of 36 patients. *Gerontology*, p. 265-270, 1993.
- NAKAYAMA, H.; JORGENSEN, H. S.; RAASCHOU, H. O.; OLSEN, T. S. The influence of age on stroke outcome. *The Copenhagen study. Stroke*, v. 25, n. 4, p. 808-816, 1994.
- OLIVEIRA, S. L. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- PARREIRA, J. G.; ANDRÉ, M. F. V.; GABRIEL, S. C.; WALTER, Z. K.; DANIELA, C.; JAQUELINE, A.; GIANNINI, P.; SILVIA, C. S.; JOSÉ, C. A. Lesões graves em vítimas de queda da própria altura. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, p. 660-664, 2010.
- PERGOLA, A. M.; ARAÚJO, I. E. M. Laypeople and basic life support. *Revista Escola de Enfermagem USP*, Campinas, p. 334-341, 2009.
- PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, p. 709-716, 2002.

- SECCHI, M. M. D.; INDOLFO, R.; CASTRO, M. M. R. B. Epistaxe: fatores predisponentes e tratamento. *Arq. Int. Otorrinolaringol.*, São Paulo, v. 13, n. 4, 2009. Disponível em: <http://www.arquivosdeorl.org.br/conteudo/acervo_port.asp?id=646>. Acesso em: 3 mar. 2012.
- SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. *Revista Associação Médica Brasileira*, Rio de Janeiro, p. 79-86, 2002.
- UMMENHOFER, W. AMSLER, F.; SUTTER, P. M.; MARTINA, B.; MARTIN, J.; SCHEIDEGGER, D. *Team performance in the emergency room: assesment of inter-disciplinary attitudes*. *Resuscitation*, v. 49, n. 1, p. 39-46, 2001.
- YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e método*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Entrevista: **Cheda Name Saad**

Chedda Name Saad, dono de uma energia e alegria contagiantes nos recebeu para esta entrevista e compartilhou conosco muitas histórias. Sobre sua família, sua vida em São Paulo e, principalmente, suas ações em prol da comunidade. Aos 84 anos é incansável em sua proposta, na verdade filosofia de vida, de doar seu amor ao próximo. Em 1999 ligou-se a um grupo que propunha a organização de pessoas que estavam fora do mercado de trabalho, que até hoje orienta e acompanha a instalação de cooperativas de trabalho. Atualmente, dispõe-se a ensinar e auxiliar outras cooperativas na sua organização e administração. Cheda, cujo nome significa “dádiva de Deus” nos ensina que há muitas formas de voluntariado e que não necessariamente exigem grandes ações. Por vezes, agir de forma simples e compartilhar o que se sabe, é o que basta.

REVISTA Fale um pouco sobre sua infância, suas relações com seus pais. Sua família é grande?

CHEDA Não, minha família é relativamente pequena. Meus pais vieram do Líbano, casaram-se e tomaram o navio para o Brasil fugidos do Império Otomano que, naquela época, havia tomado toda aquela área da Palestina, do Líbano. É por isso, vocês já devem ter ouvido falar, que aqui no Brasil todos que vinham daquela região eram chamados de turcos, inclusive porque quem emitia os passaportes era a Turquia.



Então, todo mundo era turco, embora saísse do Líbano. E, na verdade, os libaneses não gostavam de ser chamados assim, justamente porque deixaram a região por causa dos turcos.

REVISTA Em que ano foi isso?

CHEDA Isso por volta de 1909. Meus pais se casaram e vieram para o Brasil. Minha irmã mais velha nasceu dez meses depois que eles chegaram. Ela foi concebida praticamente na viagem. Nós já tínhamos um tio, irmão de meu pai, que estava aqui no Brasil, e convidou meus pais para virem.

REVISTA Seus pais instalaram-se em que região?

CHEDA Para uma localidade chamada Aramina, próximo a Igarapava, entre Ribeirão Preto e Uberaba, exatamente na divisa entre São Paulo e Minas. Meu tio já tinha vindo, também fugindo da guerra, tinha formado um negócio. Meu pai ficou sócio dele, montaram uma loja que depois foram melhorando.

REVISTA Seu pai dedicou-se à loja da família.

CHEDA Sim, meu pai tinha a loja, mas não ficava lá, ele fazia papel de mascate. Punha as roupas em cima do cavalo e percorria os sítios vizinhos. Esse era seu trabalho.

REVISTA Então, ele ficava muito longe de casa.

CHEDA Ficava. Meu pai faleceu muito cedo, eu tinha quatro anos e isso transtornou minha mãe, porque ela estava fora da sua terra natal, longe de qualquer parente. Meu tio foi uma companhia espetacular para ela, mas mesmo assim ela ficou desnorçada.

REVISTA Nessa ocasião eram apenas você, sua irmã e sua mãe?

CHEDA Não, minha irmã nasceu em 1910 e eu nasci em 1928, são dezoito anos de diferença. Mas, entre minha irmã e eu são treze filhos. Faleceram cinco, daí veio mais um, morreram mais cinco e depois eu vinguei. Nessa altura, quando meu pai morreu eu tinha quatro anos e meu irmão médio estava internado num colégio, porque por lá onde



“POR FORÇA DO MEU NASCIMENTO, MINHA MÃE DIZIA QUE EU ERA UM CHEDA PARA ELA, UMA DÁDIVA DE DEUS. ISSO, CHEDA SIGNIFICA DÁDIVA DE DEUS. CONTO ISSO POR SER SIGNIFICATIVO.”

morávamos não havia colégio. Para estudar tinha que sair de lá. Quando meu pai morreu minha mãe tirou meu irmão do colégio. Ela ficou com medo, queria que ele ficasse na direção da loja.

REVISTA Quer dizer que era para sua família ser bem maior.

CHEDA Isso mesmo e, aproveitando, eu gostaria de contar algo muito importante. Quando minha mãe ficou grávida de mim, ela já tinha perdido dez filhos. Isso gerou muito sofrimento. Como ela já estava com mais de trinta anos de idade, ficou receosa e convenceu meu pai a vir para São Paulo para tirar o filho e já fazer a operação para não engravidar mais. Quando minha irmã nasceu não havia recurso algum mas, quando eu nasci era diferente. Bem, felizmente, o médico não concordou e a convenceu que o motivo das perdas das crianças era por ela ser prima do meu pai. O falecimento das crianças havia ocorrido por falta de tratamento por conta desse parentesco com meu pai. O médico a convenceu e eu nasci. Por força do meu nascimento, minha mãe dizia que eu era um Cheda para ela, uma dádiva de Deus. Isso, Cheda significa dádiva de Deus. Conto isso por ser significativo.

REVISTA E como foi sua infância e sua vida escolar?

CHEDA Passei minha infância em Aramina. A gente vivia ali na rua com a molecada. Jogava bola, ia caçar passarinho com estilingue e nós tínhamos a uns seis quilômetros de distância o rio Grande. A gente ia pescar, tomar banho no rio, então, o rio Grande era uma distração para nós. Era realmente aquela vida rural, bem rural. Quando meu pai morreu minha mãe tirou meu irmão do colégio e, depois de um tempo, ela percebeu o mal que tinha feito. Quando cheguei a minha vez de ir para a escola, tinha uma escola rural onde estávamos e uma na cidade vizinha, distante uns oito quilômetros, tinha um ginásio particular. Fiz os três anos da escola rural e minha mãe não queria saber, tinha que estudar! Fui ao ginásio.

REVISTA Era em outra cidade.

CHEDA Sim, ia a cavalo, a pé, de bicicleta, de qualquer jeito, mas tinha que ir. Foram quatro anos de muito sacrifício, porque eram oito quilômetros, tinha que levantar bem cedo. Com chuva ou com sol tinha que ir à escola. Minha irmã não tinha estudado, porque nem escola rural tinha quando ela nasceu. Meu irmão estudou no colégio interno de Ribeirão Preto, e então, eu fiz minha vida em Aramina. Quando terminei o ginásio, disse para minha mãe que queria ser alfaiate. Ela disse “__ não, você vai para São Paulo, vai estudar em São Paulo”.

REVISTA Qual era sua idade?

CHEDA Eu tinha 14 anos e meio e vim para São Paulo. Sozinho, fiquei numa pensão no Brás, na Rua Vasco da Gama. Na época, o único curso noturno que havia era o de Contabilidade. Eu me inscrevi nesse para poder trabalhar. Como tinha terminado o ginásio pude me matricular na escola de contabilidade, era uma escola perto da pensão.

REVISTA E como foi esse período de adaptação, sentia-se sozinho?

CHEDA Não, na verdade não. Fiquei amigo das pessoas da pensão, só no meu quarto moravam cinco pessoas. Gente mais velha, gente da minha idade, os colegas do curso de contabilidade. Os primeiros seis meses foram de adaptação, e, depois de seis meses consegui um trabalho no banco. Sabe para fazer o quê? Entregar carta na rua. Imagina, saí de Aramina para entregar cartas nas ruas de São Paulo. Eu disse “__vou aprender” e consegui, fiz meu trabalho. Eu era bem dedicado. Comecei a entregar cartas e não ficava fazendo rodinha na rua. Eles começaram a perceber, eu terminava o trabalho, não ficava enrolando e datilografava meus envelopes. Eu aprendi lá em Aramina a datilografar. Consegui uma máquina emprestada, um método e aprendi sozinho. Isso me ajudou muito porque me possibilitou passar para o trabalho interno do banco. Eu melhorei de condição, passei para o serviço interno que necessitava de mais habilidade.

REVISTA Qual o banco e o que o senhor fazia?

CHEDA Banco Holandês Unido. Hoje existe com outro nome, fizeram sociedade e mudaram o nome, ficava na Rua da Quitanda. Como eu datilografava rapidamente, eu fazia os comunicados para o caixa, para



“VOCÊS NÃO IMAGINAM COMO ERA FICAR NA PENSÃO NO DOMINGO. DE VEZ EM QUANDO, A GENTE PASSAVA DURANTE A SEMANA NA CASA DE ALGUM CONHECIDO OU PARENTE PARA VER SE CONVIDAVAM PARA O ALMOÇO DE DOMINGO “__OLHA, ESTOU AQUI.” ERA ASSIM MESMO. NESSA ÉPOCA, ERA TEMPO DE GUERRA, TUDO MUITO DIFÍCIL, TUDO RACIONADO. E MESMO DEPOIS DA GUERRA, PORQUE O TRIGO VINHA TODO DA EUROPA.”

poder fazer o pagamento daquele cheque, ou fazer o depósito. Cada depósito tinha que ser comunicado por um funcionário e já saía para entregar. Pelo fato de datilografar bem, eu passei logo para o controle de caixa, datilografava envelope para os outros, e depois fui para controle de caixa, até chegar a chefe do controle de caixas, com vinte anos.

REVISTA Ainda estava sozinho em São Paulo?

CHEDA Não, depois de um tempo começaram a vir parentes nossos, um primo meu veio morar em São Paulo, outras pessoas que minha família conhecia. Eu ficava doido para ser convidado para almoçar no domingo. Vocês não imaginam como era ficar na pensão no domingo. De vez em quando, a gente passava durante a semana na casa de algum conhecido ou parente para ver se convidavam para o almoço de domingo “__olha, estou aqui.” era assim mesmo. ((risos)). Nessa época, era tempo de guerra, tudo muito difícil, tudo racionado. E mesmo depois da guerra, porque o trigo vinha todo da Europa.

REVISTA Foram anos difíceis.

CHEDA Exatamente. Quando terminei o curso de Contabilidade foi aberto o curso noturno de Química Industrial. Na ocasião, as indústrias começaram a se instalar aqui em São Paulo e criou-se a necessidade de ter químicos industriais. Daí surgiu o curso de Química Industrial. Eu não tive dúvida...

REVISTA O senhor fez contabilidade e depois química industrial?

CHEDA Isso mesmo. Auxiliava num escritório de contabilidade, mas não era do meu gosto, então, me inscrevi no curso de Química Industrial que era da minha índole e foram quatro anos difíceis, também. Eu entrava no banco ao meio dia, saía às seis e quinze e terminava a aula de Química às onze e quarenta e cinco. Era puxado e tinha que ir lá da Paulista, onde era a escola de química até a Mooca, onde eu morava. Chegava em casa à uma hora. E tinha aula de sábado também. No último ano de Química, fiz um estágio de três meses numa indústria em Ribeirão Preto, na fábrica de óleo e sabões da Moimho Santista. Quando terminei o estágio, as empresas procuravam muito os químicos

industriais. A Matarazzo e a Antártica me chamaram ao mesmo tempo e fiquei na encruzilhada. Optei pela Antártica, E, foi assim, passei a trabalhar na Antártica, primeiro em São Paulo, visitando algumas fábricas, substituindo alguns colegas. Quando foi criada a fábrica de Campinas já tinha a de Belo Horizonte. Pedi para ficar em Campinas, porque minha mãe morava em Ribeirão Preto, e, assim, eu estaria mais perto dela.

REVISTA O senhor se estabeleceu em Campinas e não deixou mais a cidade. Fale um pouco de sua vida familiar.

CHEDA Bem, quando vim para Campinas ainda estive dois anos sem casar. Depois de um tempo de ter chegado a São Paulo, comecei a namorar minha esposa. Passamos nove anos namorando. Para falar desse namoro, posso dizer o seguinte, nós casamos dia oito de dezembro, e o primeiro filho nasceu no dia 16 de setembro do ano seguinte. Isso quer dizer que ela casou virgem. Veja o que é a questão da época, naquela época, era assim, o namoro era com todo respeito. Eu acho muito significativo para mostrar a época como era. Depois de dois anos de Campinas, eu consegui a estabilidade que precisava e a gente casou. Tivemos três filhos, dois homens e uma mulher. O terceiro veio de contrabando, porque nós tentamos evitar, mas ele veio com a graça de Deus. Meu gosto era ter quatro filhos e da minha esposa era ter dois. Então vieram três. ((risos)). Moramos inicialmente com minha mãe, ela veio para Campinas, mas depois nós mudamos, porque nasceu o filho, e passamos a morar na nossa casa e minha mãe em outra casa. Trabalhei na Antártica 22 anos como empregado e mais 34 como distribuidor. Fiquei 15 anos como gerente geral e quando surgiram as distribuidoras da Antártica eu me candidatei, e com mais três colegas nos tornamos distribuidores e trabalhei mais 34 anos como distribuidor.

REVISTA Como teve início suas ações junto à comunidade?

CHEDA Na verdade, na minha casa pela forma do meu nascimento, pelo espírito dos familiares que eu tive, somos agradecidos a Deus pela minha vida. O espírito em casa sempre foi de amor ao próximo e de gratidão a Deus. Essa ligação foi primeiro com a igreja católica,

porque nós éramos católicos. Minha mãe era maronita, mas aqui frequentávamos a igreja católica. Eu acabei tendo a ligação de amor ao próximo através da igreja. Atrás da igreja do Botafogo (na cidade de Campinas/SP) tem um prédio que é da assistência social da igreja. Eu era presidente da assistência social que construiu esse prédio. Claro que eu não construí sozinho, foi a equipe toda, mas eu fui o presidente da assistência social o tempo todo da construção. Meu trabalho para comunidade surgiu daí

REVISTA E o seu envolvimento com o Rotary também em ações junto à comunidade?

CHEDA Eu passei a ser rotariano desde 1958. Fui sócio fundador do Rotary Clube de Campinas Norte. O trabalho do Rotary foi uma continuidade daquele espírito que eu tinha sempre e que me levou a entender que amar ao próximo era servir, não é só amar, você tinha que servir. E o espírito do Rotary é servir, então, caiu para mim de mão cheia, porque eu entendi que podia amar ao próximo, servindo. Para você ter ideia, não fomos nós que fundamos, mas a Unicamp saiu do nosso clube do Rotary. Campinas estava lutando para obter uma faculdade de Medicina e nós tínhamos um rotariano muito ativo que vislumbrou a possibilidade de uma universidade em Campinas, o Carvalho Pinto entrou na dança. Ele visitava o Carvalho Pinto com frequência, até convencê-lo que tinha que botar uma universidade aqui.

REVISTA O senhor lembra do nome dessa pessoa?

CHEDA Eduardo de Barros Pimentel. Fui o presidente do serviço de assistência da comunidade dele. Nós trabalhamos em conjunto para ter a Unicamp em Campinas. Nasceu em nosso grupo. Só para vocês terem ideia, ele foi do conselho consultivo da Unicamp durante os primeiros quatro anos. A Unicamp surgiu com essa luta. Ele foi convencendo que só faculdade de medicina era pouco, Campinas comportava uma universidade e acabou surgindo a Unicamp.

REVISTA É importante esse olhar para a comunidade.

CHEDA Sim, certamente havia muitas ações. Distribuíamos material para as escolas que não tinham nada, muitos livros, muita assistência, e eu, felizmente, sempre participei disso. Ontem, por exemplo, ocorreu, o encerramento da viagem ao zoológico.



REVISTA Foi em 64 que o senhor criou o projeto que levava as crianças das escolas públicas ao Zoológico de São Paulo?

CHEDA Na verdade foi em 62 que criamos o projeto. O Eduardo de Barros Pimentel era o presidente, e eu presidente do serviço comunitário. Nas férias de junho, eu e minha esposa levamos nossos filhos no zoológico, passamos o dia todo lá. Na viagem para cá, eu disse para minha mulher “ __Que coisa gostosa, nossos três filhos, quanto aprendizado vendo os animais, quanta gente em Campinas não vai nem ao bosque. Não tem possibilidade nem de ir ao bosque. Eu não sei, vou levar essa ideia para nosso clube”. E levei a ideia. Naquela época, as empresas tinham ônibus próprios para transportar seus funcionários e, como não se trabalhava aos sábados, eu sugeri solicitar às empresas para cederem os ônibus para levar as crianças ao zoológico de São Paulo. A primeira viagem ocorreu já em 62 com 14 ônibus. Levamos 14 ônibus, mais ou menos 400 crianças. Fizemos o lanche em nossas casas, foi meio no improvisado. Surgiu dessa forma, e foi tão grandioso o valor dessa visita que não parou. Temos levado todo ano crianças ao zoológico.

REVISTA E o senhor nos contou que ontem foi o encerramento anual do projeto?

CHEDA Sim e eu fiz a palestra contando aos meninos como surgiu o projeto. Os rotarianos encerram a viagem estimulando as crianças que participaram da visita a escreverem uma redação e um aluno de cada classe é premiado. Os meninos vão acompanhados da família ao Rotary para receber os prêmios. Consideramos importante trazer a família para essa ação educativa, para essa comemoração. Trata-se de uma iniciativa, pequena, mas que carrega um grande significado.

REVISTA As crianças participantes são de escolas públicas?

CHEDA Quase sempre. Nós procuramos lá longe, nos lugares mais distantes, para aqueles que não teriam possibilidade de ir, apesar de hoje ser mais fácil. O projeto tem uma função educativa. Em cada ônibus vai um rotariano explicando “ __ esse é o rio tal, aqui é Jundiá, aqui é o Tietê” levamos informações às crianças. A viagem é educativa, independente do passeio propriamente dito. Ontem eu contei essa história. Como eu fui convidado para fazer a palestra, elogiei as crianças, agradei aos pais, aos professores e falamos da

viagem. Eu disse que foi um rotariano do nosso clube que teve essa ideia. Conteí a ideia sem dizer que foi minha. No final, o presidente contou que era eu. Foi muito bonito, vieram me abraçar.

REVISTA Sabemos de sua ação junto à comunidade no apoio a cooperativas de trabalho aqui na cidade. Como teve início?

CHEDA Quando moramos em Cambuí (bairro da cidade de Campinas) passei a frequentar a igreja Nossa Senhora das Dores, com Monsenhor Busch. Em 99, o tema da Campanha da Fraternidade foi “Sem trabalho, por quê?” e Monsenhor Busch entendeu que poderíamos fazer alguma coisa em benefício das pessoas que estavam sem trabalho e criou um grupo de geração de trabalho. Eu comecei a atuar junto com esse grupo de geração de trabalho, por que isso? Minha esposa havia falecido e eu senti que poderia dar um pouco mais de mim. O tempo que eu dedicava a ela, eu poderia dedicar a alguém. Bem, esse grupo não deu certo, sabe por quê? Nós começamos a conseguir trabalho para as pessoas, mas percebemos que nós estávamos apenas substituindo alguém que havia deixado a vaga, então, isso não era geração de empregos. Não criávamos novas vagas, novos postos de trabalho. Paramos para pensar como fazer para gerar trabalho. Diante do desemprego e de suas consequências sociais, nos preocupávamos como empregar sem prejudicar os que já ocupavam postos de trabalho. Foi quando pensamos em criar a coleta de material reciclável. O trabalho com recicláveis respondia a essa demanda. A coleta, triagem e comercialização dos materiais era um nicho subexplorado com grande potencial para geração de renda. Começamos a coleta de material reciclável em Campinas, a partir dessa ideia. A primeira coleta foi em agosto de 99 e começou com a campanha da fraternidade. Depois disso fomos a Belo Horizonte, ao Rio de Janeiro conhecer o que existia. A primeira coleta seletiva aconteceu em um sábado, na igreja. Tínhamos a ideia de receber meio caminhão, e recebemos quatro. Foi incrível. Em outubro, criamos a primeira cooperativa. Nessa oportunidade, em 2000 fundamos uma ONG chamada “EDH: Ecologia e Dignidade Humana” que conduzia as cooperativas. Criamos essa primeira cooperativa, logo em seguida, a igreja Nossa Senhora Aparecida - que já vinha estudando o assunto - viu que dava certo e nos unimos. Levamos à prefeitura a proposta - nós e a igreja Nossa Senhora Aparecida, na época era o Toninho o prefeito de Campinas



“É UMA COOPERATIVA QUE PRESTA SERVIÇOS DE FINALIZAÇÃO GRÁFICA, COMO MANUSEIO DE MALA DIRETA PARA AGÊNCIAS DE CORREIO, SERVIÇO DE ENVELOPAMENTO, ENCARTE. SÃO PESSOAS QUE TÊM VÁRIOS TIPOS DE DEFICIÊNCIA, INCLUSIVE, MENTAL.”

-, de criar uma cooperativa em cada unidade da prefeitura, em cada região e ele aceitou a ideia. Ele criou por decreto, uma cooperativa em cada Administração Regional, eram 14 no total, foi ótimo. Nós cuidávamos de seis e Caritas de oito cooperativas. Em 2002, foi constituído o CRCA (Centro de Referência em Cooperativismo e Associativismo) – do qual sou sócio até hoje – com apoio da Caritas Arquidiocesana de Campinas que tem parceria com a Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da PUC-Campinas. Juntos CRCA e EDH desenvolvem projetos e traçam parcerias entre diferentes setores da sociedade, estimulando as cooperativas rumo à gestão autossustentável.

REVISTA As primeiras cooperativas criadas ainda existem?

CHEDA Quase todas, algumas não tiveram continuidade. Se não me engano temos onze cooperativas, ainda. Até meados do ano passado eu as acompanhava. Em cada dia da semana eu visitava uma cooperativa. Então eu fui assaltado. Roubaram meu primeiro carro, depois roubaram o segundo carro, ambos na porta da cooperativa. Meus filhos ficaram preocupados com minha segurança. Certamente não eram participantes das cooperativas, mas por ser um tipo de trabalho que precisa de grandes espaços abertos estão sempre situadas em locais distantes e, muitas vezes, perigosos. Então, as ações que iniciei em 1999 com o pessoal de reciclagem, com as cooperativas fui obrigado a deixar. Esse trabalho nesses anos foi voluntário. Esse trabalho eu sempre fiz voluntariamente.

REVISTA O senhor encerrou suas ações?

CHEDA Não, nesse meio de tempo, nós passamos a assistir uma cooperativa de pessoas deficientes. É uma cooperativa que presta serviços de finalização gráfica, como manuseio de mala direta para agências de correio, serviço de envelopamento, encarte. São pessoas que têm vários tipos de deficiência, inclusive, mental. O nome é “Cooperativa da diversidade humana” e localiza-se na Vila Teixeira. O trabalho é muito importante para autonomia dessas pessoas, para sua autoestima. Você não imagina o valor que tem para essa pessoa levantar pela manhã e dizer “__eu vou para a cooperativa”. É um valor extraordinário.

REVISTA De que forma o senhor participa?

CHEDA Nossa participação é colaborar e ajudar para que percebam que a cooperativa é deles. Nós apoiamos, mas eles administram. Fazemos o registro, fazemos o balancete, auxiliamos, mas eles têm o seu diretor que está lá o dia inteiro. Ele é cadeirante, tem boa memória, ele cuida muito bem de vários assuntos. Então, realizo esse trabalho há seis anos. Agora, estamos atravessando um momento difícil, porque muitas pessoas estão sendo chamadas pelo mercado de trabalho em função da nova legislação. Por volta de onze pessoas foram para empresas e olhe que já tivemos dezoito, estamos com sete agora. De qualquer maneira, ficamos felizes porque ajudamos na preparação das pessoas para o mercado trabalho.

REVISTA O senhor ainda está ligado à ONG EDH: Ecologia e Dignidade Humana?

CHEDA A EDH fundiu-se com a CRCA (Centro de Referência em Cooperativismo e Associativismo). Eles queriam que eu continuasse no CRCA, mas eu prefiro ficar no suporte, no conselho fiscal. Para vocês entenderem o espírito que tenho dentro de mim, a primeira coisa que fiz, foi procurar um curso de voluntariado para eu fazer. ((risos)). Eu sabia que o que eu ia ouvir lá. Já sabia, mas eu não queria chegar em algum lugar para um trabalho voluntário e me perguntarem “__Mas o senhor já fez alguma coisa?”. Então, eu já tenho o diploma em voluntariado. ((risos)).

REVISTA Toda sua vida o senhor praticou a filosofia de voluntariado, o que esse diploma significa?

CHEDA Veja bem, por exemplo, o trabalho que faço no hospital. Eu fui ao Boldrini (hospital filantrópico da cidade de Campinas que cuida de crianças, adolescentes e adultos jovens portadores de doenças sanguíneas ou de câncer) e me ofereci para prestar trabalho voluntário e estou ajudando na nota fiscal paulista.

REVISTA E precisa do curso de voluntário?

CHEDA Eles têm o curso deles mesmo, que chamam de capacitação. Fiz o curso de três sábados de oito horas cada sábado. O propósito é dar informações sobre o hospital etc. Conheci o próprio Boldrini que foi rotariano do nosso clube, foi médico de meus filhos.



REVISTA Quer dizer que o senhor continua, apesar de ter deixado as cooperativas, trabalhando muito.

CHEDA Bem, minha semana é dividida assim: segunda-feira vou ao Boldrini, quarta-feira vou ao grupo Primavera. É um grupo que tem por objetivo estimular a autoestima da mulher. Há um espaço para que as crianças permaneçam fora do período escolar, ficam lá só com mulheres durante o dia. Lá também ajudamos com a nota fiscal paulista. Eu estou lá porque eles sabem que tenho conhecimento de organização, de administração. O grupo faz artesanato e estamos esperando uma oportunidade para mexer com essas coisas. Enquanto isso, separo e digito nota fiscal paulista. Para mim não tem problema faço com prazer e alegria. Então, voltando. Na segunda tem Boldrini, Primavera na quarta e na sexta-feira vou ao Pró Menor, lá em Barão Geraldo, que é uma entidade particular, que cuida das crianças no mesmo estilo do grupo Primavera, só que é misto, até os dezoito anos. Lá estamos organizando a biblioteca e tentando obter doadores de nota fiscal. Nesses dias, deixei meu carro na oficina, perto do Pão de Açúcar, para pegar daí duas horas. Entrei na loja e percebi que não havia coletor de nota fiscal. Procurei o gerente e disse “___ Olha, assim, assim, eu trabalho no Pró Menor...” e ele respondeu “___ No Pró Menor? Nós doamos alimentos para eles” então eu disse “___ Que ótimo mas, olha, nós estamos precisando de nota fiscal etc etc” e ele colocou à minha disposição as notas e, agora, vou coletando. Passo lá e pego todas as notas. No meu carro tem uma caixa com notas fiscais, que vou juntando. Então, para mim é assim, esse espírito de servir, prestar o melhor trabalho que for possível independente do que seja. Sabe certa vez fui a uma entidade, mostrei meu diploma e me ofereci para auxiliar. A pessoa que me atendeu disse “___ Puxa, estamos precisando de gente, nós vamos falar com o presidente” até hoje não recebi resposta. Mas, não é por isso que vou deixar de fazer.

REVISTA As atividades comunitárias, o voluntariado, fazem parte da sua vida de forma natural.

CHEDA Fazem. Atualmente fala-se em trabalho voluntário, mas antigamente não se ouvia falar disso, então, por isso quando precisou fazer o curso, eu fiz. É válido, porque eles transmitem informações gerais, e eu já tinha esse espírito de voluntário, quando visitava as cooperativas e cada uma com direção diferente uma da outra, cada uma com um

espírito, mas tinha coisas mínimas que cada uma precisava fazer. Fomos dando apoio e suporte para que cada uma pudesse se organizar e autossustentar. Primeiro, nada de circular dinheiro internamente. Não tem recebimento em dinheiro, todo recebimento é no banco. Você entregou material, vai ao banco. Todo pagamento deve ser feito com cheque. A administração passa a ter como base de funcionamento o extrato bancário, tudo que sai, tudo que entra, está no balancete. Faz-se a conferência bancária, cada dívida, cada despesa administrativa, tem que fechar. Muitos grupos acabam se desfazendo por falta de organização. Nós damos apoio para organização.

REVISTA O senhor nos mostra que há muitas formas de voluntariado, não são necessárias grandes ações, mas pode dar algum tempo e agir por vezes de forma simples e doar seu tempo para quem está precisando.

CHEDA Olha, eu vou à cooperativa de pessoas deficientes. Às vezes me ligam e dizem “__Estamos com um problema aqui que não conseguimos resolver”. Então eu vou um dia fora do horário, ou fica na terça ou quinta para ir lá, porque não quero resolver o problema sozinho, quero que eles entendam o que fazer. Há coisas que não conseguem fazer de início, demora um pouco para aprender, mas vai indo, indo, acabam aprendendo. Então, é isso que faz sentido.

REVISTA E quando o senhor cuida de si, o que o senhor faz? Lê, usa computador, o que o senhor faz com seu tempo?

CHEDA Na realidade, a minha diversão é televisão. Eu gosto muito de esporte. Não vejo novela, já vi. Minha esposa via novela e eu comecei a ver um pouco, mas eu gosto muito de esporte pela televisão. Eu recebo e-mails, respondo, tenho uma rede de e-mails, recebo muitas informações, artigos. Eu gosto de ler, quando percebo algo que possa ser útil, eu boto na rede.

REVISTA E a família?

CHEDA Quando minha esposa faleceu, eu e meus filhos passamos no nosso apartamento para conversarmos e minha filha perguntou “__Papai, eu não vi a aliança da mamãe. Eu gostaria de ficar com ela” eu

disse “__Claro minha filha está aqui.” Meu outro filho disse “__Papai e aquela medalhinha que a mamãe usava? Eu gostaria de guardar de lembrança” fui buscar a medalha e disse “__Está aqui meu filho” quando meu outro filho disse “__Tá bom, tá bom eu fico com o velho!” ((risos)). Ele morava em um prédio de apartamentos e sem eu saber ele já havia alugado outro, em outro andar, para que eu ficasse perto dele. Há uns três anos ele mudou para uma casa e eu moro com ele e sua família, em um espaço totalmente independente.

REVISTA Que idade o senhor tem?

CHEDA Já completei 84 anos. Quando a gente vai ficando velho, a gente fala, oitenta e quatro anos e onze meses. ((risos)), então, agora em dezembro eu completo 84 anos e meio.

REVISTA Como o senhor percebe seu envelhecimento? Que desafios o senhor considera que tem aos 84 anos? Como se relaciona com pessoas mais jovens?

CHEDA Na realidade, eu não me considero com 84 anos, eu me considero jovem. Falo com meu neto como se fosse da idade dele e, evidente, quando eles começam a falar de computador, eu estou fora. Eu não faço questão de entender, mas não faço questão de não entender, faço parte da conversa e vivo como se fosse ontem e sou feliz. Eu estou vivendo. Dirijo, analiso minha direção, vai ver onde estacionei meu carro agora, se eu não tivesse habilidade, eu não estaria estacionando lá. Mas tem coisa que eu não faço. Se for para São Paulo, eu não vou de carro, porque sei que para mim é um pouco difícil, a própria direção fica difícil, mas aqui na cidade eu ando cerca de cem quilômetros por dia, sem receio nenhum. Obedeço a todos os sinais, obedeco ao colega que está dirigindo ao meu lado, o outro motorista, não quero privilégio nenhum. Outro dia, entrei numa fila, tinha um rapaz na minha frente e outro sendo atendido no balcão. Era uma fila única, quando chegou a vez do rapaz, ele falou “__Passa o senhor na frente”, eu falei “__Não, o senhor chegou antes”, e ele falou “__É, mas o senhor veio muito antes”. ((risos)). Eu acabei passando na frente dele. Então, eu não questiono isso, mas não faço questão de passar na frente por causa de idade. Não quero privilégio nenhum, eu quero viver a minha vida, nada mais do que isso. Vivo feliz, moro com meu

filho, tenho um filho que mora no Rio, com ele tenho pouco contato pessoal, só por telefone. Tenho a minha filha que mora aqui e no domingo eu escolhi para almoçar com ela, combinamos isso. Fazemos uma vida normal, eu cuido de mim pessoalmente, se tem que levar o carro na oficina eu que levo. Hoje meus filhos são meus pais,.... agora sou filho dos meus filhos ((risos)) e isso funciona muito bem há 14 anos. Tudo que eu preciso meus filhos me dão assistência, mas eu procuro fazer tudo sozinho. Enquanto eu puder ser eu, eu vou ser eu. Estou fazendo assim, eu faço a minha vida como se eu tivesse vinte anos. Dirijo, tudo que posso dirigir, vou às cooperativas, faço tudo que preciso. Nas cooperativas, como tenho alguma experiência, posso ser útil para eles. Eu não perdi ainda o senso de capacidade, desculpe-me, estou falando de mim para dar sua resposta e não para me vangloriar, absolutamente. É índole que tenho, e eu faço, aproveite ou não, fiz minha obrigação.

REVISTA Gostaríamos de agradecer em nome do SESC a sua gentileza, sua alegria em nos receber.

CHEDA Na realidade, eu que fico agradecido com essa deferência. Espero que a minha colaboração - o que apresentamos e falamos - possa ser útil para alguém. Minha vida tem sido digna, graças a Deus, fico feliz quando posso doar alguma coisa para o outro.



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

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

NORMAS GERAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Conselho Regional do Sesc

2010-2014

Presidente: Abram Abe Szajman

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

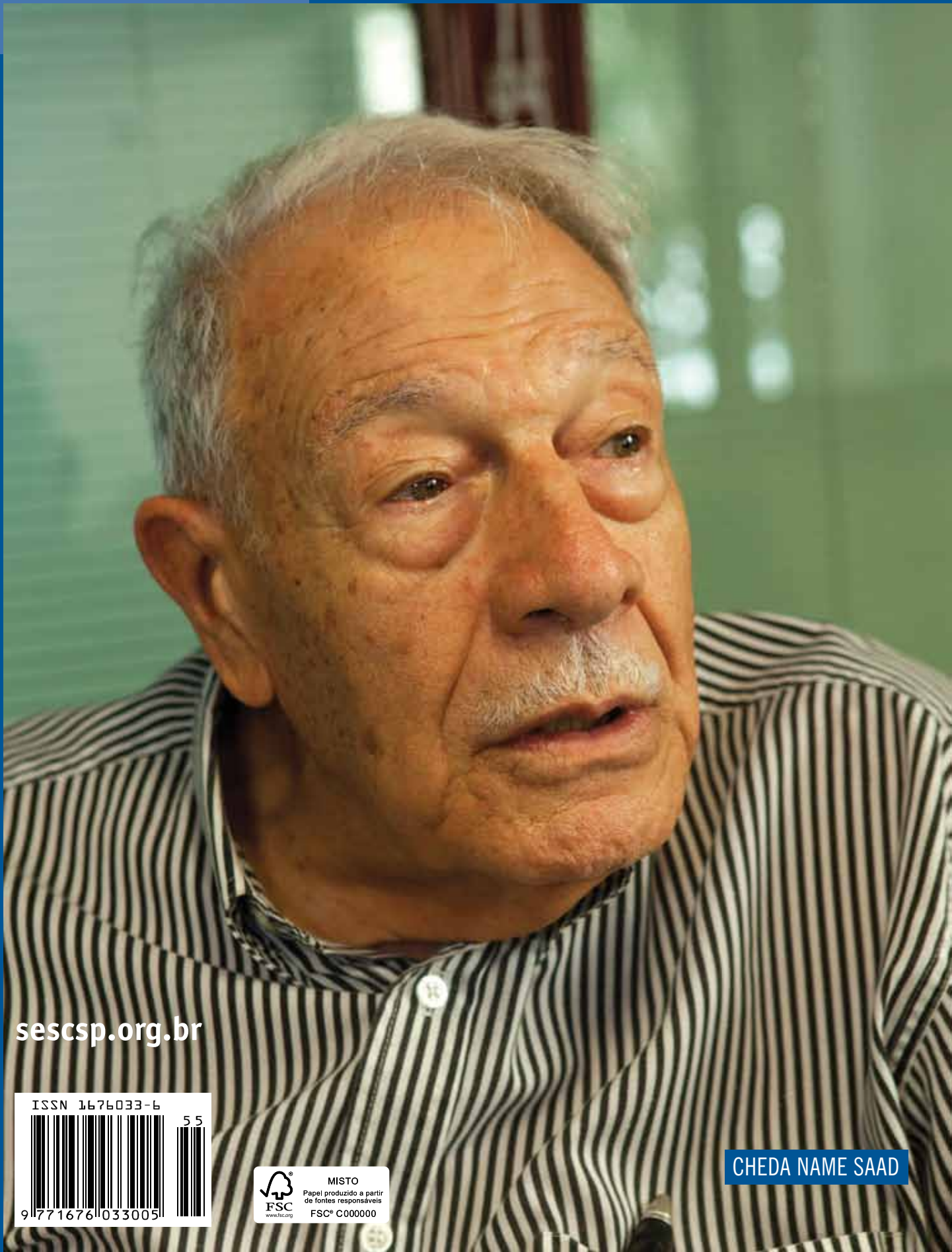
Membros Suplentes: Aparecido do Carmo Mendes, Arnaldo José Pieralini, Atilio Machado Peppe, Célio Simões Cerri, Dan Guinsburg, Flávio Martini de Souza Campos, José de Sousa Lima, Mariza Medeiros Scaranci, Natal Léo, Oswaldo Bandini, Paulo Roberto Gullo, Pedro Abrahão Além Neto, Rafik Hussein Saab, Raul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

Diretor do Departamento Regional: Danilo Santos de Miranda

Representantes do Conselho Regional junto ao Conselho Nacional

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

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



sescsp.org.br

ISSN 1676033-6

55



9 771676 033005



MISTO
Papel produzido a partir
de fontes responsáveis
FSC® C000000

CHEDA NAME SAAD