

Revista Transdisciplinar de Gerontologia

Universidade Sênior Contemporânea

Ano III – volume III. Número 1, 2009



Revista Transdisciplinar de Gerontologia

Universidade Sênior Contemporânea

Volum III. Número 1

FICHA TÉCNICA

REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE
GERONTOLOGIA
VOLUME III. NÚMERO 1 – ABRIL/
OUUBRO 2009.

Edição

Universidade Sénior Contemporânea
Departamento de Estudos Sociais

Direcção:

Artur Santos
Marta Loureiro
Vítor Fragoso

Conselho editorial/científico:

Angela Escada (Psicóloga Clínica)
Artur Santos (Jornalista/Director da USC);
Irene Arcuri (Psicologia C. / PUC/SP, Brasil)
Isabel Almeida (Enfermeira - Centro de
Saúde da Foz);
Jadir Lessa (Psicólogo Existencialista/SAEP
- Brasil)
Liliana Vasconcelos (Psicóloga Clínica –
IPNP)
Marília Alves (Enfermeira/Docente
Universitária).
Marta Loureiro (Jornalista/Directora da
USC);
Ruth Sampaio (Psicóloga / Docente
Universitária, ESE -Porto);
Valéria Gomes (Psicóloga /Docente
Universitária, ISMAI);
Virginia Grünewald (UFSC / NETI -
Universidade Federal de Santa Catarina/
Núcleo de Estudos da Terceira Idade -
Brasil).
Vítor Fragoso (Psicólogo Clínico [IPNP]
/Docente da USC).

Propriedade: Universidade Sénior
Contemporânea

©Todos os direitos reservados

Universidade Sénior Contemporânea: Rua
Nova do Tronco, 504, 4250 Porto. Telfs.
964068452 - 964756736.
Web: <http://usc.no.sapo.pt>

**E-Mail da Revista Transdisciplinar de
Gerontologia:** rtg.usc@gmail.com

Índice

Editorial	3
Instruções para autores	4
 Apresentação	
O Significado do Estágio de Fisioterapia numa Instituição de Longa Permanência para Idosos <i>Nuno Bispo, Ruth Lopes.</i>	8
 Terceira Idade, Educação e Qualidade de Vida <i>Sara Silva, Carla Serrão.</i>	28
 Efeitos da Deficiência de Zinco na Função Imune do Idoso <i>Guilherme Malafaia.</i>	34
 Turismo Sénior:(Re) Contextualização das clientelas turísticas seniores <i>José da Costa Calçada.</i>	49
 Promoção da Autonomia nas Instituições de Idosos <i>Cristina Lavareda Baixinho.</i>	67
 O Serviço Social no Atendimento à Pessoa Idosa Portadora de Doença Hematológica <i>Janaina Rocha Rodrigues.</i>	80
 Ações de enfermagem nas atividades multidisciplinares para o tratamento da depressão em idosos <i>Janaina de Paula, Elisângela Silva, Maria Silva</i>	105
 Artigos de Opinião	
Enfermagem no Cuidar do Idoso <i>Mónica Cardoso, Raquel Nogueira</i>	114

Nota de Apresentação

Prezados leitores, é com enorme satisfação que vos apresentamos o **terceiro volume** da ***Revista Transdisciplinar de Gerontologia*** (RTG), que pela crescente quantidade de colaborações está dividido em dois números. A presente edição representa o **primeiro número**.

Editorial

Vivemos na era da técnica e da especialização, cada vez sabemos mais de um determinado assunto, focalizamos o nosso saber, tornando-nos especialistas nas mais diversas áreas. Esta orientação é característica do nosso tempo, no entanto este saber específico por vezes carece de sustentação, necessita de uma teoria abrangente, globalizante, que abarque e unifique o saber.

Actualmente presenciamos um momento histórico, ocasião que se apresenta como uma oportunidade, como uma possibilidade para uma redefinição social, técnica e económica. Os modelos vigentes revelaram-se rígidos, pobres de conteúdo, urge transcender as fronteiras da técnica para que esta se torne mais abrangente, mais humanizada.

Na abordagem do ser humano que envelhece procura-se que a praxis emerja de um saber universal, plural, fértil e humanizante. É neste contexto que surge o terceiro número da **Revista Transdisciplinar de Gerontologia** (RTG) da Universidade Sénior Contemporânea. Este número espelha uma diversidade de perspectivas gerontológicas que permitirão compreender de uma forma plural o fenómeno do envelhecimento humano.

O encontro proporcionado pelo diálogo inter e transdisciplinar das colaborações presentes neste número permitirá uma ampliação do conhecimento, pois possibilitará o desenvolvimento de uma visão transdisciplinar do envelhecimento.

Para finalizar gostaríamos de lembrar os três primeiros artigos presentes na carta da transdisciplinaridade, que em nosso entender sintetizam as linhas orientadoras da abordagem transdisciplinar. A observância dos princípios transdisciplinares possibilitará unificar sem anular, a especificidade de cada disciplina ou área de especialização, assim como proporcionará uma transformação das práticas e saberes no cuidado ao ser humano que envelhece.

Artigo 1. Qualquer tentativa de reduzir o ser humano a uma definição e de o dispersar em estruturas formais, sejam elas quais forem, é incompatível com a visão transdisciplinar.

Artigo 2. O reconhecimento da existência de diferentes níveis de realidade, regidos por diferentes lógicas, é inerente à atitude transdisciplinar. Qualquer tentativa de reduzir a realidade a um único nível regido por uma única lógica não se situa no campo da Transdisciplinaridade.

Artigo 3. A Transdisciplinaridade é complementar da aproximação disciplinar; ela faz emergir da confrontação das disciplinas novos dados que as articulam entre si e que nos dão uma nova visão da natureza e da realidade.

A Direcção

Artur Santos (Docente e Director da USC)

Marta Loureiro (Docente e Directora da USC)

Vitor Fragoso (Psicólogo e Docente da USC)

Instruções para Autores

I-INFORMAÇÕES GERAIS

Diretrizes

A Revista Transdisciplinar de Gerontologia da USC propõe-se publicar artigos que se refiram ao desenvolvimento humano, especificamente ao Envelhecimento/Terceira-idade, estes devem centrar-se na pesquisa, nas práticas profissionais e devem espelhar uma reflexão crítica da produção transdisciplinar do conhecimento sobre o envelhecimento humano.

II- ORIENTAÇÕES EDITORIAIS

Os artigos serão submetidos a exame pela Comissão Editorial, que poderá fazer uso de consultores "ad hoc", a seu critério, omitida a identidade dos autores. Estes serão notificados da aceitação ou não dos artigos. Caso sejam necessárias pequenas modificações no texto será solicitado pela Comissão Editorial aos respectivos autores a sua alteração.

O editor reserva-se o direito de efectuar alterações ecebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

III- APRESENTAÇÃO DOS TRABALHOS

Os artigos devem ser enviados à Revista Transdisciplinar de Gerontologia por e-mail: rtg.usc@gmail.com. Deve ser enviado resumo, em Português ou Espanhol contendo até 100 palavras, além de três ou quatro palavras-chave com respectivas "key words". Deve conter o título do trabalho, nome completo do autor, biografia (profissional) e seu respectivo endereço (e-mail). O texto proposto deverá ser enviado em formato Word letra Arial narrow, tamanho 12. O autor pode enviar material de ilustração como sugestão, este deve ser entregue em arquivos separados do texto, no programa em que foram criados (Excel, Corel Draw, Photo Shop etc.);

As contribuições dos autores poderão ser redigidas em duas línguas, **português e/ou espanhol**.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

IV- TIPOS DE TEXTO

1.Estudos teóricos/ensaios - análises de temas e questões fundamentadas teoricamente;

2. Relatos de pesquisa - investigações baseadas em dados empíricos, recorrendo a metodologia quantitativa e/ou qualitativa. Neste caso, é necessário conter introdução, metodologia, resultados e discussão;

3. Relatos de experiência - relatos de experiência profissional de interesse para as diferentes práticas transdisciplinares;

4. Comunicações - relatos breves de pesquisas ou trabalhos apresentados em reuniões científicas/eventos culturais;

5. Ressonâncias - comentários complementares e réplicas a textos publicados em números anteriores da revista.

6. Artigos de opinião – reflexões sobre temas relacionados com a gerontologia (de interesse geral) e suas políticas de actuação.

7. Trabalhos Monográficos análises de temas e questões fundamentadas teoricamente em forma de artigo com base em trabalhos universitários (monografias de curso, entre outros).

8. Reflexões: temas gerais relacionados com o existir humano.

V - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

As referências no texto a outras devem ser indicadas dos seguintes modos: Robinson (1978); (Guilly & Piolat, 1986); (Bronckart, Papandropoulou & Kicher, 1976) ou (Bronckart et al., 1976).

No final do artigo devem ser listadas alfabeticamente as referências bibliográficas (apenas as obras referidas no texto), obedecendo aos seguintes modelos:

Capítulo de um livro - Bronckart, J.-P., Papandropoulou, J., & Kilcher, H (1976). Les Conduites Sémiotiques. In M. Richelle, & R. Droz (Eds.), Introduction à la Psychologie (pp. 286-302). Bruxelles: Dessart.

Artigo de revista científica - Gilly, M., & Piolat, M. (1986). Psicologia da Educação, Estudo da Mudança na Interacção Educativa. *Análise Psicológica*, 11 (1), 13-24.

Livros - Carneiro, T. (1983). Família: Diagnóstico e terapia. Rio de Janeiro: Zahar.

Tese de dissertação - McCloy, R. A. (1990). A New Model of Job Performance: An Integration of Measurement, Prediction, and Theory. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis.

Relatório Técnico - Birney, A. J., & Hall, M. M. (1981). Early identification of children with written language disabilities (relatório Nº 81 - 1502). Washington, DC: National Educational Association.

Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado - Haidt, J., Dias, M. G., & Koller, S. (1991). Disgust, disrespect and culture: Moral judgement of victimless violation in the USA and Brazil. Trabalho apresentado no Annual Meeting of the Society for Cross-Cultural Research, Isla Verde, Puerto Rico.

Estudos Teóricos / Ensaaios

O Significado do Estágio de Fisioterapia numa Instituição de Longa Permanência para Idosos

Nuno de Noronha da Costa Bispo¹

Ruth Gelehrter da Costa Lopes²

RESUMO

O Asilo São Vicente de Paulo, de Londrina, surgiu para diminuir os efeitos dos problemas sociais, próprios de uma cidade grande, que então se encontrava no auge do seu desenvolvimento devido à riqueza da cultura do café. Com o tempo, a instituição vem acompanhando as exigências da sociedade na forma de atender os idosos, e nela passou a existir um estágio supervisionado de Fisioterapia, baseado na teoria do “Movimento *Continuum*”. Verificar o significado do estágio de Fisioterapia numa instituição de longa permanência para idosos, foi o objetivo geral desta pesquisa do tipo qualitativo. Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se uma entrevista não-estruturada, aplicada a 21 idosos e, para a análise, o método hermenêutico-dialético. Os resultados desse atendimento mostraram um sentido plurívoco, pelo conjunto de significados que lhe foram atribuídos. Nas considerações finais foi enfatizada a importância de pesquisar os significados das ações desta natureza, com a finalidade de idealizar uma “comunidade do futuro”.

Palavras-Chave: Significado. Idosos. Fisioterapia. Gerontologia. Instituição de longa permanência.

¹ **Nuno de Noronha da Costa Bispo:** Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e professor do curso de Fisioterapia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Correspondência: Avenida Madre Leônia Milito, 615 ap. 802, Parque Guanabara – Londrina/Paraná CEP.: 86.050-270
Telefone: (043) 3356-6260 / (043) 88131739

Este artigo foi o tema da dissertação apresentado no Programa de Mestrado de Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP).

² **Ruth Gelehrter da Costa Lopes:** Professora doutora e Vice-Coordenadora do Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) e orientadora desta pesquisa.

INTRODUÇÃO

A cultura do café durante algumas décadas foi a grande riqueza do Município de Londrina, que impulsionava o desenvolvimento da região (Pozzobon, 2006). À medida que a cidade crescia, também começaram a aparecer os primeiros sinais de problemas sociais tais como: o desemprego, a pobreza, o êxodo rural, a mendicância e as doenças (Alves, 2002). Foi surgindo um fenômeno jamais visto em Londrina - idosos perambulando pelas ruas pedindo esmola (Lopes, 2006; Lo Conte, 2007) e não só, mas ainda crianças e famílias inteiras (Lo Conte, 2007), visto que, as plantações de café caracterizam-se pela cultura familiar.

Diante dessa questão, houve a necessidade do aparecimento de instituições para acolher e diminuir o sofrimento das pessoas e, até mesmo, de famílias inteiras, resultante dos efeitos desse cenário social. Assim, surgiu o Asilo São Vicente de Paulo, que no início abrigava famílias e posteriormente somente idosos, onde atualmente residem 102 idosos (Lopes, Rita, 2006). Por isso, o Asilo vem-se destacando no Município no atendimento ao idoso, sempre tentando acompanhar as mudanças sociais, alterando a forma de atuação e, também, modificando e ampliando a sua estrutura física.

A mudança no tipo de clientela deve-se, também, ao crescimento acelerado da população idosa no Brasil, causando o fenômeno de transição demográfica e epidemiológica (Martin; Cordoni Júnior; Bastos, 2005). Ainda de acordo com os autores, em Londrina este acontecimento também decorreu nas mesmas dimensões, visto que, a população idosa em 30 anos passou de 4,05% para 9,34%, pelo total de habitantes do município. Comparando-se a proporção de idosos que em 1991 era 7,3% e que, em 2005 passou para 10,3% (Brasil, 2007), nota-se com efeito, um aumento expressivo. Nesses mesmos anos, o índice de envelhecimento foi de 23,3% e passou para 42,7% respectivamente (Brasil, 2007). Observando-se estes números, nota-se que uma cidade jovem como Londrina já apresenta uma população envelhecida, ou seja: mais de 10% já inclui-se na faixa etária acima de 60 anos.

Desde o final da década de 90, o Curso de Fisioterapia da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) através do estágio curricular, realiza o atendimento diário aos idosos da instituição, de forma individualizada e em grupo.

A atuação da Fisioterapia segue o princípio da “Teoria do Movimento *Continuum*” que foi elaborada por Cott *et al.* (1995), sendo o movimento o elemento essencial ao ser humano, pois “permite

mudar de posição, ir de um lugar para outro, explorar seu ambiente físico e social, procurar suas necessidades básicas, o alojamento, as companhias, o conhecimento e fazer suas escolhas” (Cott *et al.*, 1995). Segundo Shumway-Cook e Woollacott (2003, p.2), o movimento depende da interação entre o indivíduo, a tarefa e o ambiente: “O indivíduo produz um movimento para obedecer às demandas da tarefa que está sendo executada dentro de um ambiente específico”.

O movimento ocorre sobre um *continuum* desde o plano micro, representado pelos fatores biológicos e fisiológicos do corpo humano, até ao macro, pelos elementos ambientais e sociais (Cott *et al.*, 1995). O autor acrescenta ainda, a existência de uma cadeia contínua de componentes individuais denominados de níveis: molecular, sub-molecular, celular, tecidual, de órgãos e aparelhos, segmentos do corpo, o corpo como um todo, a pessoa no ambiente e o indivíduo na sociedade. Cada nível é interdependente, ou seja, influenciado por outros, sejam eles anteriores e/ou posteriores. A interferência de um nível sobre o outro, tanto pode ser no sentido micro para o macro, ou vice-versa, influenciados pelos aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais (Cott *et al.*, 1995).

De acordo com o modelo de Vandervoort (1998, p.76) e o de Schwartz, modificado por Mangione (2002, p.421), indicam um conjunto de alterações ocasionadas pelo processo de envelhecimento, resultando no declínio funcional. Este processo é caracterizado pela seqüência de eventos que ocorre numa velocidade determinada pelas circunstâncias atravessadas por cada pessoa, durante o seu ciclo de vida e também devido às diferenças individuais. De um ponto de vista semelhante, Lopes (2005, p.85) confirma, utilizando a seguinte frase: “Quando falamos do velho ou do envelhecimento devemos pensar em uma variedade de indivíduos cada qual com sua própria trajetória e, portanto, com características singulares: um ser único em constante processo de transformação”.

Portanto, cada pessoa tem uma Capacidade de Movimento Atual e uma Capacidade de Movimento Preferido, sendo que a primeira refere-se às habilidades apresentadas pelo indivíduo no momento e a outra, são os movimentos escolhidos para atingir os objetivos e/ou necessidades na vida cotidiana (Cott, 1998). Em condições normais, as duas capacidades apresentam-se idênticas, mas na presença de doença, ocorre a modificação da Capacidade de Movimento Atual do idoso, impedindo a realização dos movimentos desejados. Deste modo, acrescenta o autor, a atuação da Fisioterapia torna-se necessária, no sentido de alcançar a Capacidade de Movimento Preferido.

Assim, os diversos procedimentos da Fisioterapia que utilizam o toque, os movimentos, a atenção dispensada pelos alunos, o relacionamento com eles, a maneira de serem atendidos, os lugares escolhidos para o atendimento - tudo isso deve ter um significado para os idosos.

METODOLOGIA

TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho constituiu-se numa pesquisa qualitativa e um estudo descritivo. Pensando neste sentido, Bogdan (1982 apud Triviños, 1987, p.128) relata o seguinte:

A pesquisa qualitativa com apoio teórico na fenomenologia é essencialmente descritiva. E como as descrições estão impregnadas dos significados que o ambiente lhes outorga, e como aquelas, são produto de uma visão subjetiva, rejeita toda a expressão quantitativa, numérica, toda a medida. Desta maneira, a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto.

O foco principal deste tipo de pesquisa “está no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social por meio de entrevistas em profundidade e análises qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenômeno” (Richardson, 1999, p.102).

UNIVERSO E SELEÇÃO

Esta pesquisa realizou-se no Asilo São Vicente de Paulo em Londrina onde se desenvolve o estágio curricular de Fisioterapia pela Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

Foram selecionadas pessoas com 65 anos ou mais, lúcidas (cognição preservada), que residem na instituição e são usuários dos serviços fornecidos pela Fisioterapia. Para não identificar os participantes do estudo, o nome dos mesmos foi substituído e codificado pela letra “E” (de entrevistado) e, por um número, pela ordem da entrevista. Deste modo, os participantes serão identificados, como explica o exemplo a seguir: E1, E2, E3, até E21. As pessoas citadas na fala dos entrevistados foram trocados por pseudônimos.

COLETA DE DADOS

A maneira do pesquisador colher informações intencionalmente num trabalho de campo, é através da entrevista (Minayo, 1999, p.107), utilizando-se neste caso, a do tipo aberta ou não-estruturada, segundo a classificação de Honningmann (1954 apud Minayo, 2000, p.108), onde o indivíduo expõe livremente sobre o assunto referido. Parga Nina (1983 apud Minayo, 1999, p.121-122) caracteriza este modo de entrevistar como uma “conversa com finalidade” onde o roteiro serve de orientação, e não de cerceamento da fala dos entrevistados.

Ricoeur (2000, p. 27, 28), refere-se ao diálogo como um modo de comunicar e expressar a experiência e possibilitar uma troca intersubjetiva. Isto permite ao ser humano superar a “solidão”, não aquela causada pelo isolamento, mas o fato de poder transferir a significação da experiência, que é única de cada indivíduo.

Para Tuan (1983, p.10), “experienciar é aprender; significa atuar sobre o dado e criar a partir dele. O dado não pode ser conhecido em sua essência. O que pode ser conhecido é uma realidade que é um constructo da experiência, uma criação do sentimento e pensamento”. O autor completa o seu raciocínio destacando que a ‘Experiência implica a capacidade de aprender a partir da própria vivência’.

Para esclarecer alguns aspectos importantes da pesquisa, utilizou-se as seis categorias da classificação de Lofland (1971 apud Triviños, 1987, p.127), enumerados abaixo:

1. Os atos: São as ações ou procedimentos aprendidos durante o curso, realizados pelos estagiários no atendimento aos idosos.
2. As atividades: Estes procedimentos estão baseados na “Teoria do Movimento Continuum”, elaborada por Cott *et al.* (1995).
3. Os significados: São as produções verbais dos idosos que experienciam a presença dos estagiários de Fisioterapia. Uns recebem o atendimento, outros simplesmente observam esse atendimento.
4. A participação: É o envolvimento dos idosos que participam do estudo.
5. As relações: São as conexões entre aluno-idoso, ou seja, as ligações intergeracionais.
6. As situações: Segundo o autor são o “foco do estudo” que neste caso é o significado do atendimento realizado pelos estagiários.

A obtenção de dados subjetivos, definidos como as opiniões dos sujeitos, por Cruz Neto (2003, p. 58), foram registrados em gravação por um aparelho mp4 e, posteriormente transferida para um arquivo no computador. As entrevistas foram realizadas no ambiente onde são realizadas as atividades, para facilitar a lembrança dos fatos.

Entretanto, o passo seguinte foi a transcrição, com a descrição exata da fala dos indivíduos como ela foi transmitida e até retratar ruídos e gestos, como sugere Myers (2004, p.275). Quando o diálogo é passado para a forma escrita, são inseridos “as marcas lingüísticas da enunciação oral” e, também, os fatos não lingüísticos, como expressões fisionômicas e gestuais simbolizadas por citações (Ricoeur, 2000, p.29).

ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa, utilizou-se a Hermenêutico-dialética, proposta por Minayo (1992 apud Gomes, 2003, p.77), que não necessita de técnicas de tratamento de dados e sim da sua autocompreensão (Habermas, 1980 apud Minayo, 1999, p.219). Mora (1984 apud Minayo, 1999, p.219), define hermenêutica como “a explicação ou interpretação de um pensamento”, numa forma literal ou simbólica.

Na pesquisa adotaram-se os seguintes passos preconizados por Minayo (1999) na execução dos dados, ou seja, no instante hermenêutico (Figura 1):

A) Ordenação dos dados: Esta fase compreendeu o mapeamento de todos os dados obtidos pela entrevista, que incluiu a transcrição das gravações, a releitura dos textos e a organização dos relatos numa determinada ordem;

B) Classificação dos dados: Esta fase pode ser dividida em duas etapas: A primeira consistiu numa ‘leitura horizontal’, constituída por leitura minuciosa e redobrada das transcrições, para compreender as idéias centrais que transmitem os pontos-chave do tema do trabalho. Na segunda etapa, foi feita uma ‘leitura transversal’ de cada texto transcrito e realizado o “recorte de cada entrevista” em uma ‘unidade de registro’ e, em seguida, referenciada por assunto. Depois disto, operou-se uma seleção dos temas mais relevantes que evidenciaram as hipóteses do trabalho;

C) Análise final: Nesta fase, respondeu-se às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Pode-se destacar a resposta do tema central do trabalho, sobre o “Significado do Estágio de Fisioterapia numa Instituição de Longa Permanência para Idosos”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O movimento é vida

No corpo humano, as estruturas, desde as microscópicas até às macroscópicas, umas influenciando outras, apresentam-se sempre em movimento, ou seja, num estado de “Movimento Continuum” (Cott *et al.*, 1995). Na aceção de Monteiro (2001a, p.87), “viver é ter movimento, enquanto morrer é a rigidez total”; neste sentido, pode afirmar-se, portanto, que, viver é estar em movimento. Seguindo este raciocínio, o movimento gera movimento, visto a imobilidade propiciar uma ação letárgica das estruturas orgânicas e, entre elas, levando à interrupção desta ação ou ao fim da vida.

É necessário. Não é que eu goste, é uma obrigação, necessidade, meu corpo exige e se beneficia. É essencial, é uma coisa muito boa. Para o organismo, recuperar muitas coisas que, como te posso dizer? Necessárias. O movimento necessário. Para viver bem, para estar bem, para o sangue circular, é necessário o movimento, eu sempre me movi, fui uma grande nadadora, uma grande amazona. Nunca melhorei, sempre estou bem, sempre me cuidei, sempre caminhei (E5).

Pra todo o mundo é bom, porque todos precisam movimentar o corpo. O movimento é bom pra tudo (E10).

Sensação de liberdade

Os entrevistados mencionam as sensações de “desenrolar”, “desamarrar” e “desprender” para se libertarem do seu “casulo”, na perspectiva de viverem uma nova fase na sua existência. “Querer viver é sempre e indissociavelmente querer fruir e se regozijar, querer desenvolver seu ser, sua potência, sua liberdade, sua virtude – é querer viver bem” (Comte-Sponville, 2007, p.79).

É importante porque a gente ganha saúde. Porque do jeito que eu entrei aqui, eu entrei aqui enrolado. Eu sentava em cima dos pés, sentava encima das pernas, os pés ficavam para trás, infelizmente. Aí quando eu comecei, já foi desenrolando tudo, foi soltando. Aí quando começou esses exercícios, levar o pé para cima, eu já comecei a sentir que os nervos iam desamarrando e os músculos foram chegando ao lugar. Então eu não balançava a perna, nenhuma das duas, agora até essa aqui, ó (...)¹, eu balanço ela. Quando eu cheguei aqui nada podia fazer, porque me carregavam pra lá, pra cá, pra lá e pra cá, pro banheiro, pra cama, me tiravam da cama me colocavam na cadeira, levavam pro banho, tomava banho sentado na cadeira, não tinha condição de fazer coisa nenhuma. Eu era cheio de dor, dava

¹ Para explicar que melhorou o movimento do membro inferior, o entrevistado começou a balançá-lo.

câimbras, me amarrava tudo, eu não tinha condição de ficar sentado assim¹. Da cadeira de rodas passei para este cavalete² (E15).

Fico aliviado. Às vezes o corpo está pesado, amarrado, então eu sinto assim..., como é que chama? Aliviado (E16).

A recuperação é visível

A possibilidade para os idosos de voltarem a fazer as coisas que faziam, ou de melhorarem a condição de vida na instituição, deve-se não só ao “bem-estar”, mas à “plena recuperação” (Gadamer, 2006, p.134). “A saúde depende de muitos fatores e, no final, encontra-se não somente a saúde, mas a reintrodução do paciente na sua antiga posição na vida cotidiana”. Quando o Fisioterapeuta compreende que um corpo faz parte do ser humano como um todo, o termo “saúde” tem um sentido bem mais amplo, o do “equilíbrio” (Gadamer, 2006, p.50). Nestas circunstâncias, o autor acrescenta que a doença é a perturbação do equilíbrio e, com a intervenção do Fisioterapeuta, ocorrerá a construção de uma nova situação de equilíbrio (Gadamer, 2006, p.46).

A “recuperação” pode ser traduzida na frase “prazer de viver”, como explica Comte-Sponville (2007) na seguinte citação: “Cada um de nós se esforça para fruir o máximo possível, para sofrer o mínimo possível. Mas esse esforço, que é a própria vida, já é um prazer” (Comte-Sponville, 2007, p.78). Isso pode-se notar na apreciação dos próprios entrevistados:

Tem alguns que estão movimentando mais. Aquela mulher espanhola melhorou (...), é ela anda sozinha, antes andava de bengala. A Isadora, também estava de cadeira de rodas, agora está aí andando. O Huguinho está forte, sempre foi gordo, ele está ficando melhor ainda, mais brincalhão, alegre, ele era meio encolhidinho, dormia muito, agora está mais envolvido (E6).

Já tem a prova de um par deles, né? O caso da Isadora mesmo, estava ali e foi feito, né? O Túlio que estava passando mal e agora está melhorando. O Túlio estava travado, agora está engatinhando³. A Isadora estava na cadeira de rodas, agora está andando. Agora, a idade que eles estão, não é coisa para voltar 100%, isso aí é uma continuação de vida, né? Dá uma sustentação (E12).

Os pulmão, já tá bem melhor do que estava, (...). Então tenho continuado direto, sem parar. O que eu sinto, é que quando eu acabo de fazer, parece que melhora o ar, e a respiração do ar é bom. Quando elas fazem aquela (...)⁴ e bate¹, né? Aí dá um ar melhor (E13).

¹ O entrevistado estava sentado com os membros inferiores para baixo. Neste momento o entrevistado mostra que já consegue deixa-los nessa posição, coisa que antes não fazia.

² Cavalete refere-se ao andador.

³ Com a palavra “engatinhando”, o entrevistado quis dizer que a pessoa a quem se referia estava começando a andar outra vez. Esta frase foi motivo de descontração durante a entrevista; tanto o entrevistado como o entrevistador riram muito.

⁴ O entrevistado tenta demonstrar o movimento das mãos das técnicas de vibração e da respiração localizada, realizado pelos estagiários.

O toque que rompe a solidão

O toque massageia suavemente os sentimentos de angústia do idoso, confortando e aliviando o sofrimento. Nas falas dos entrevistados entende-se o toque como um sinal de afeto, transmitido de várias maneiras: pelo contato físico, pelo olhar, pelo diálogo - onde se fala e se escuta.

O “envolvimento emocional do tato” é um meio de se aproximar do “isolado ancião e comunicar-lhe amor, confiança, afeto e calor humano”; uma vez que se apresenta desamparado e vulnerável devido às suas deficiências (Montagu, 1988, p.372).

A fala é a forma do indivíduo transmitir a significação de suas experiências e sentimentos (Ricouer, 2000) e a escuta, um modo de compartilhar (Barthes, 1982 apud Ponzio, 2007, p.275), “[...] é estar aberto existencialmente da presença, enquanto ser-com os outros”, “[...] o ouvir possui o modo de ser de uma escuta compreensiva” (Heidegger, 2006, p.226).

Afora a fala e a escuta, o silêncio é outro elemento que constitui o diálogo. É a forma de compreender “aquele que não perde a palavra” (Heidegger, 2006, p.228) e transformar o que se ouve, numa escuta lógica e não passiva (Foucault, 2006, p.410).

Na área da saúde o diálogo não pertence apenas ao início do tratamento, quando o fisioterapeuta realiza a anamnese, e sim faz parte do próprio tratamento, direcionando à cura (Gadamer, 2006, p.133). Para ter este efeito, o de participar da cura, tanto a fala como a escuta, são de forma útil, ou seja, a fala com destreza ou “arte” e, a escuta, com experiência, competência, prática, atenção, entre outras (Foucault, 2006, p.408).

Referindo-se ao olhar, Claude Gandelman (1991 apud Ponzio, 2007, p.267), coloca que, ‘o olho é uma criatura tátil, um agente de contato humano. Em virtude do seu simples toque o olho dá vida’.

“Juntos”, é a palavra que Comte-Sponville (2007), indica que ninguém pode viver só. Cada pessoa depende de outras vidas humanas; afinal vive-se em comunidade. E é o que alguns idosos sentem no asilo: estão rodeados de pessoas, mas sentem-se sós, e essa sensação é rompida com a atuação dos estagiários, segundo os relatos dos entrevistados:

Me sentia bem, caminhava, conversava. Vivo muito na solidão, fico sem falar com ninguém, (...). Conversava da casa, do namorado dela, também falava do cachorrinho dela. Uma vez

¹ Bater para o entrevistado, é a técnica da tapotagem.

colocou uma luz aqui atrás, onde me doía. Acho bom, porque eu acho que a gente se distrai, tira as coisas da cabeça, a tristeza, porque a gente vive na solidão. Eu também sofro de solidão, dá vontade de chorar muitas vezes (E9).

Caminhada eu gosto de fazer, mas não tenho companhia. A gente vive muito sozinha (...), e ter uma pessoa para ajudar a gente, a gente gosta. A gente precisa muito de terapia, porque agente vive muito sozinha e a gente gosta de estar com o pessoal (E3).

É ruim quando termina, fico parada sentada, sozinha lá no meu canto. Tenho amigas, mas elas conversam pouco, os alunos de fisioterapia conversam mais (E1).

Os estímulos da natureza

Como já foi descrito anteriormente, os cadeirantes passam o dia num refeitório, e só muito raramente saem desse ambiente. Quando os estagiários vêm buscá-los para o atendimento, muitas vezes antes de começar a terapia, dá-se um passeio nos jardins e são atendidos aí mesmo. Essa mudança de ambiente proporciona o contato com a natureza estimulando os cinco sentidos: táteis, visuais, auditivos, gustativos e olfativos. Conseqüentemente, o movimento ocorrerá.

Os jardins proporcionam uma grande quantidade de estímulos, percebidos pelo idoso, de uma forma integrada, trazendo satisfação, bem estar e a redescoberta da vida. Todas as sensações percebidas podem ser desfrutadas “poliformicamente” pelos sentidos do corpo humano, como menciona Tuan (1980, p.111).

De acordo com tal pensamento, Damásio (1995, p.233) descreve as alterações fisiológicas do organismo humano, com a visão da paisagem predileta, uma vez que, a percepção desta imagem não é recebida como uma imagem fotográfica, mas como um conjunto de sinais que vão alterar o organismo. Uma grande quantidade de estruturas é ativada em seqüência e/ou ao mesmo tempo, possibilitando respostas adequadas ao que foi sentido.

Segundo Tuan (1980, p.159) o desenho do jardim tem uma função muito maior que fornecer uma visão privilegiada, mas a de envolver e rodear as pessoas para descobrir constantemente cenas diferentes. Os fenômenos naturais podem ser interpretados de forma diferente de indivíduo para indivíduo, tudo depende das experiências e da cultura de cada um. “O meio ambiente pode não ser a causa direta da topofilia, mas fornece o estímulo sensorial que, ao agir como imagem percebida, dá forma às nossas alegrias e ideais” (Tuan, 1980, p.129). Eventos simples da natureza, nos jardins, podem despertar a atenção desses idosos que se apresentam numa nova condição da sua vida. Quando a Fisioterapia é realizada nos jardins ou nos pátios, o movimento é feito com mais prazer:

Acho que faz bem, é bom para nós que estamos precisando. Porque faz movimento, agente olha para a natureza (...) é a gente olha para as árvores. Ir com a fisioterapeuta lá fora é melhor, porque acho mais estímulo, a pessoa que é fisioterapeuta, explica pra gente e vai afirmando cada vez mais, melhorando, melhorando (E14).

É, por causa do nervo e da cabeça também o miolo da pessoa, o sentido do juízo, vai andando assim, fica olhando tudo, ele trancado lá dentro ele não vê nada, ele saindo assim acho que ajuda um pouquinho porque a visão, o céu (...). Só, é difícil, a turma que está aí são eles que você tá vendo todo o dia aqui, o resto tá lá dentro, lá dentro não sai, porque são tudo aqueles sentados e daquele jeito. É importante para esticar o nervo, os nervos ficam assim e para eles não fiquem assim amarrados. E ficam agitando o corpo. Isso pra eles é muito bom, esse negócio da terapia. Enquanto eles estiverem lá com uma bola, um pau, fazendo qualquer coisa ali o nervo está agitando o sangue, eles ficam contentes, tenho certeza que eles ficam bons (E20).

(...) a fisioterapia incentiva o idoso, (...) são bons os exercícios, não só trabalha o físico, mas pra mente também, pra toda a fase geriátrica é bom a fisioterapia (E8).

Sempre é tempo de movimentar

Na opinião dos entrevistados, qualquer indivíduo deve-se movimentar, mas para o idoso é muito importante realizar exercícios, para evitar os efeitos deletérios da imobilidade e, também, no intuito de viver com qualidade de vida. “[...] nossa parte como ser humano, de fazer com que o futuro esteja sempre mantido novamente aberto e de abrir novas possibilidades” (Gadamer, 2006, p.88). O movimento modifica a forma dos idosos observarem o tempo. Estimula as pessoas a aproveitar melhor o tempo, porque segundo Virgílio “o tempo foge, o irreparável tempo” (Foucault, 2006, p.420).

É importante porque prolonga mais a vida, para todos nós, né? Tanto faz na velhice como na juventude, parar não pode, né? Se ficar parado, aí vai parando, pára as pernas, pára os músculos, o físico. Tudo pára, né? Vai enferrujando, né? Ó, pra eles é bom porque ajuda a desenvolver o físico deles, prolonga mais um pouco a vida, e é por aí (E12).

Equilíbrio das funções orgânicas

A inatividade é prejudicial ao corpo humano, levando à diminuição da capacidade funcional de um ou vários sistemas, o que por sua vez diminui o condicionamento físico e, conseqüentemente, conduz a uma incapacidade adicional (Halar; Bell, 1994). Segundo os autores, a incapacidade pode ser temporária ou permanente; tudo depende de o estado de inatividade ser ou não substituída por atividade. Daí a importância da utilização do movimento, pela Fisioterapia, como pode-se notar nas palavras do entrevistado:

Eu acho que para mim tem dado certo, o corpo fica mais firme, melhorou para comer, para dormir. Ficar com o corpo parado demora a fazer obra. Tenho vontade de ir ao banheiro. (...) firma o corpo, dá mais saúde; saúde para o corpo. É para movimentar melhor o corpo (E10).

Esperança para voltar

Segundo Guitton e Antier (2003, p. 88), *sperare*, do latim, “a esperança é uma disposição do espírito que o leva a crer na realização daquilo que ele deseja”. Perder a esperança pode estar presente em muitas mentes idosas, uma vez que, a vida, trouxe para o indivíduo desenganos e pessimismo. O autor acrescenta que a esperança se aprende cultivando-a.

Eu penso em ficar bom, que o movimento vai me fazer andar. Porque eu estou doente, e no meu caso, eu preciso de fisioterapia pra andar, pra passear, ir à cidade, trabalhar (...), a gente vê os outros trabalhar, também trabalhava, dá vontade de trabalhar, infelizmente não é possível (E14).

A humanização

A humanização é demonstrada durante o tratamento através de pequenas atitudes. “As nossas atitudes como Fisioterapeuta determinam o nosso relacionamento com os pacientes, a escolha do tratamento e, em última análise, a nossa prática diária ao trabalharmos com pessoas da terceira idade” (Shilton, 1998). O autor acredita que “a formação da atitude do profissional de saúde está sob a influência do seu ambiente acadêmico ou de sua formação profissional” (Shilton, 1998).

As técnicas de Fisioterapia são necessárias para se obter um resultado satisfatório; todavia, as atitudes que evidenciam solidariedade para com as pessoas idosas que se sentem fragilizadas e vulneráveis, também são importantes durante o processo terapêutico (Monteiro, 2001a).

(...) gostei da terapia de vocês, fui bem atendido pelas meninas (...) depois que fazem a terapia, tomam água, colocam óleo, então quer dizer, aquilo é produção para eles (E19).

(...) estou muito contente, porque as meninas são muito atenciosas, é um trabalho organizado e que a gente vê os resultados (...), todos trabalham com muita disposição, e não fazem discriminação de nenhum idoso (E8).

Fazem muito bem, fazem fisioterapia às pessoas que necessitam fazer caminhada, às vezes não têm condições de fazer sozinho o exercício (E5).

Vejo ajudando os outros (E3).

A segurança

O receio de cair está quase sempre presente nos idosos que já passaram por essa experiência. De acordo com Vellas (1997 apud Chandler, 2002, p.265) “[...] uma única queda resulta no

medo de cair, o que leva, desde à perda da confiança na capacidade de a pessoa realizar as tarefas rotineiras, até à restrição nas atividades, ao isolamento social e à dependência aumentada dos outros”. Para evitar a imobilidade, um dos objetivos da Fisioterapia é restabelecer a confiança do idoso, quanto à sua capacidade de se movimentar da maneira mais segura e eficaz possível em seu ambiente (Simpson, 1998). Neste caso, o papel dos estagiários durante o atendimento, consiste em oferecer segurança:

Se precisa de ajuda tem uma companhia pra ajudar. Eu caí aí uma vez, não consegui levantar, se quiser sair aqui pra fora, se eu cair tem que ter alguém para levantar, pra caminhar eu tenho perna boa (E17).

Há aqueles que acham que estão sozinhos, para eles andar um pouquinho, podem sofrer de alguma zonzurinha talvez então eu acho que eles gostam de ter uma pessoa junto com eles. Eu creio que é isso daí. Porque a situação deles, o tipo de doença. Eu acho que eles gostam, de estar com uma pessoa junto com eles, no pensamento deles: sozinho posso cair, com uma pessoa já não (E20).

(...) esforçam um pouquinho, andam, saem um pouquinho porque sentem seguros, estão acompanhados (E7).

Momentos de alegria e satisfação

O movimento realizado num programa de exercícios é especialmente importante para a saúde e para melhoria da capacidade funcional, ou simplesmente pode proporcionar prazer (Thomas, 1998). “A única verdadeira alegria é a alegria verdadeira, quero dizer: a que sentimos, quando somos capazes, diante de uma verdade” (Comte-Sponville, 2006, p.112).

É bom porque anima o povo. Quando vocês vêm aí, um vai jogar à bola, outro vai fazer movimento dos braços, à cabeça, a tudo (E6).

Vejo no rosto das pessoas, no jeito das pessoas, que estão gostando (...), ficam mais alegres (E9).

(...) me levavam no gramado, eu caminhei na linha aqui, chutava a bola, ela jogava a bola, eu pegava com a mão, mil e uma maravilhas (E15).

A presença

Os idosos todos os dias se sentem envolvidos com a presença dos estagiários, tanto diretamente num atendimento como, indiretamente, pelo simples fato de o aluno estar na instituição e, de vez em quando, aparecer e interagir com um sorriso, com um cumprimento, ou até mesmo, com

uma pequena atenção. Este envolvimento só ocorrerá se o idoso for notado, como um indivíduo presente. “A presença significa algo que, com seu comparecimento, preenche um espaço” (Gadamer, 2006, p.81) proporcionando bem-estar ao indivíduo.

(...) a amizade com todos, com vocês aí, qualquer coisa vocês estão passando, a gente fica alegre. Graças a Deus vocês estando aí, a gente está animoso, agente fica mais alegre. Quando vocês saem, a gente fica triste. (E21).

Melhora o relacionamento

De acordo com Thomas (1998, p.159), “[...] a prática de exercícios contribui para aumentar a auto-estima do indivíduo da terceira idade, sua segurança, sua rede de relações sociais e sua sensação de bem-estar”. Além desses efeitos, o autor acrescenta outros efeitos do exercício, tais como: a melhora do humor e o aumento do vigor. Oportunizar nas sessões de Fisioterapia encontros sociais e atividades divertidas, são fatores que também influenciam na disposição do idoso.

O pessoal não se sente só, caminha, vão caminhando, têm com quem dialogar, se deixar só entre eles, o senhor sabe o que acontece, um empurra dali, outro empurra de lá, isso acontece, são pior que crianças, mas caminhando com os alunos, eles sentem bem, muito bem. As brigas diminuíram, agente não vê ninguém discutir com ninguém, principalmente durante a semana. No sábado e no domingo acontece uma coisa ou outra (E7).

Ensinar o movimento

Segundo Fry (1992 *apud* Bainbridge, 1998, p.102) a “adoção de estratégias educacionais apropriadas e de intervenções terapêuticas que estejam de acordo com o potencial do indivíduo para o aprendizado”, é de suma importância para o idoso.

Através da interação social realizada pelos indivíduos, muitas transformações ocorrem e o significado de cada ação efetivada possibilitará a cada um construir novos laços de relação, novas formas de compartilhar o aprendizado com outros indivíduos (MONTEIRO, 2001b, p.35).

Os idosos aprendem através das orientações, dando prosseguimento ao tratamento em outros horários, durante o dia e não somente no horário da Fisioterapia, na presença dos alunos. Aprender a fazer o movimento, é algo importante para alcançar os objetivos do idoso. As orientações são importantes:

É importante porque a gente aprende, tira as dores que a gente tem no corpo, nas pernas. Por isso que eu acho que é bom. A gente melhora muito, a fisioterapia é boa. Antes tinha muita câimbra nas pernas, melhorei, melhorei bastante (E9).

Então eu gosto, eu uso com amor, eu faço aqui na cama aquilo que eu aprendi. Os exercícios, eu faço, às duas pernas, com as mãos, viro a cara para trás, viro pra lá, pra cima, pra baixo, por quê? Porque eu sei que trabalhar, sei que é uma coisa importante para o corpo humano (E15).

Bom eles fazem o que a gente precisa, ensina a gente a fazer movimentos, né? (E14).

O movimento visando os objetivos do idoso

A Fisioterapia visa atender os objetivos do idoso, percebendo-os como “um ser único em constante processo de transformação” (Lopes, 2005, p.85). O movimento é executado com um propósito, ou seja, há intencionalidade de realizar uma ação (Miralles, 2006). Esta ação é efetuada conforme a capacidade motora preferida de cada indivíduo, definida pelos desejos de cada idoso (Cott *et al.*, 1995).

[...] o Fisioterapeuta que trabalha com pessoas da terceira idade enfrenta o desafio gratificante de poder ser criativo e inovador e encontrar satisfação pessoal na contribuição que traz para melhorar a qualidade de vida de seus clientes idosos, ajudando a alcançar os seus objetivos (COTT, 1998, p.195).

*À parte da terapia, atendem de acordo com o que a pessoa sente, à parte da terapia, o exercício é outro, aí vai tocando de acordo com o cliente. Às vezes um cliente necessita de um exercício, eu necessito de outro, então quer dizer que o importante que cada um tenha saúde, porque eu tenho visto bastantes que saem da fisioterapia com saúde, a gente ama e enfrenta com amor. Então é muito importante que agente (...), como se diz? Corresponde usar a terapia porque é uma coisa muito importante (...) eles curam de acordo, então; a gente sente bem, sentindo bem, agente gosta, tem amor e prazer na vida (E15).
Eu vejo o trabalho aí. Caminhando, massageando as articulações (faz movimento articular dos braços); é o trabalho do fisioterapeuta, né? Acho muito bom isso aí viu porque está cuidando de uma pessoa que necessita de um tratamento desses (E12).*

Enfim... um significado plurívoco

Numa instituição asilar onde os recursos são mais escassos e onde regularmente o estado de saúde oscila bastante, o aluno tem que estar preparado para modificar o seu plano de atendimento com criatividade. Por isso uma frase de Comte-Sponville (2006, p.113) ilustra bem essa situação: “Faço o que posso com o que tenho”.

“[...] não por uma virtude terapêutica qualquer que eles teriam, mas porque a terapêutica não é tudo e é preciso aprender a viver [...]” (Comte-Sponville, 2006, p.115). Por todas estas ações realizadas, os alunos também têm a meta de trazer o idoso institucionalizado para a vida e mostrar que

ainda há coisas importantes a fazer. E - porque não? Elaborar um projeto de vida, como já foi mencionado anteriormente.

Imemorável, como me brinda. Isso me brinda, esse movimento, essa criatividade, é bom para todos, com os alunos, isso é uma vantagem, é favorável, para viver, para quem vive aqui desta forma, não tenho dor na fisioterapia, estou jovem¹ (E5).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições de longa permanência para idosos, sem fins lucrativos, raramente têm condições de admitir uma equipe profissional completa e em número suficiente para oferecer uma atenção mais adequada aos internos. Por isso, a inserção de estágios curriculares e voluntários, de projetos de extensão e de pesquisa, é essencial para a melhoria no atendimento aos idosos internados. Nesse trabalho conjunto entre a universidade e as instituições asilares, verifica-se uma troca que beneficia ambos os lados.

Neste estudo, ouvir o idoso foi essencial para se ter conhecimento dos resultados das ações de um dos lados, a universidade e, mais especificamente, do curso de Fisioterapia. A possibilidade de ter respostas como as que foram apresentadas nos resultados, foi devida à metodologia escolhida. A pesquisa do tipo qualitativa permitiu aos entrevistados, discorrer sobre o assunto numa forma mais aberta e franca e, algumas vezes, inevitavelmente, fugiu-se do roteiro, transformando-se numa conversa ora mais descontraída, ora mais ponderada; em algumas vezes, a emoção também invadiu esse momento, proporcionando o aparecimento de alguns detalhes nas respostas, tornando os resultados do estudo mais interessantes.

Freqüentemente, os alunos comentam sobre o desânimo dos idosos para realizar o atendimento planejado, pois, nem sempre eles estão com a mesma aptidão todos os dias. Entretanto, os alunos já foram surpreendidos muitas vezes com as mudanças ocorridas nesses entrevistados. Simplesmente, com algumas palavras, um olhar, o escutar, o toque e o movimento, podem provocar efeitos benéficos no estado de saúde das pessoas. O Fisioterapeuta pode lançar mão destes recursos, sejam eles isolados, ou associados, para conseguir resultados satisfatórios. Às vezes nem se imagina, que um simples ato assuma significados espantosos, como pudemos conferir na pesquisa.

¹ Apesar da entrevistada ter quase 100 anos, sempre estava com boa disposição e sorridente. Ao final desta frase a entrevistada e o entrevistador ficaram gracejando, bem-humorados.

Quando se olha para alguns idosos institucionalizados, tem-se a impressão que “gritam em silêncio”; são gritos interiores de sofrimento que não se ouvem, mas transbordam na sua aparência e fisionomia. Essa angústia passada pelos idosos, é a barreira da solidão, que diariamente vem sendo rompida pela Fisioterapia.

Outros relatos interessantes demonstram, também, o sofrimento causado pelas deficiências, abordadas de várias formas: estar amarrado, preso e enrolado. Assim, o indivíduo quando se desprende das incapacidades físicas, transforma-se noutra pessoa, com o fim de realizar os seus desejos, ora impedidos, dando outro sentido à sua vida. O relato da Irmã Tereza Brasi, mostra bem que alguns idosos voltaram a viver: “[...] idosos depressivos, que não andavam mais, já caminham com o andador e podem ser flagrados cantando e até pintando” (Unopar, 2003, p.29).

O Fisioterapeuta baseado na Teoria do “Movimento *Continuum*” (Cott 1995) pode determinar a Capacidade de Movimento Preferido, que consiste nos desejos e objetivos dos idosos. Dentro destes princípios, no estágio supervisionado, os alunos têm a liberdade de criar e de oportunizar a descoberta de um sistema de relacionamento.

Segundo Biddle (1972) as atitudes de uma pessoa podem influenciar nas respostas ou mudanças de outra. Se o aluno acredita na potencialidade do idoso, com certeza será mais encorajado, a realizar as atividades para além da Capacidade de Movimento Atual.

Quando termina o estágio, a certeza de que este relacionamento aluno-idoso teve bons frutos, é demonstrada por ambos nas palavras de Setti (2002): “Os alunos saem chorando do asilo porque se apegaram aos velhinhos, mas deixam um sorriso no rosto de cada um deles, o que representa uma grata vitória”.

As últimas palavras de um entrevistado e desta pesquisa soam como um troféu, demonstrando a importância dos profissionais observarem o significado das suas ações numa instituição, idealizando uma “Comunidade do Futuro”, preconizada por Drucker (2001):

Agradeço a você, pelo o conhecimento, curiosidade, querer entender e conhecer a vida de cada um que atende; isso é uma vantagem para todos nós (E5).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J. M. (2002). História da assistência social aos pobres em Londrina: 1940–1980. Tese de Doutorado em História Social, Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, Brasil.
- Bainbridge, A. L. (1998). Cognição e aprendizagem. In Pickles, B., Comptom, A., Cott, C., Simpson, J., & Vandervoort, A. Fisioterapia na terceira idade. (pp. 95-116). São Paulo: Editora Santos.
- Biddle, W. W. (1972). Desenvolvimento da comunidade. Rio de Janeiro: Agir.
- Brasil. (2006) Indicadores e dados básicos. Ministério da Saúde. Brasil: <http://www.datasus.gov.br/idb>.
- Chandler, J. M. (2002). Equilíbrio e quedas no idoso: questões sobre a avaliação e o tratamento. In Guccione, A. A. Fisioterapia geriátrica. (pp. 265-277). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Comte-Sponville, A. (2007) A vida humana. São Paulo: Martins Fontes.
- Comte-Sponville, A. (2006). O amor a solidão. São Paulo: Martins Fontes.
- Cott, C. A. (1998). Definição das metas. In Pickles, B., Comptom, A., Cott, C., Simpson, J., & Vandervoort, A. Fisioterapia na terceira idade. (pp. 189-196). São Paulo: Editora Santos.
- Cott, C. A., Finch, E., Gasner, D., Yoshida, K., Thomas, S. G., & Verrier, M. C. (1995). The movement continuum theory of physical therapy. *Physiotherapy*, 47 (2), 87-95.
- Covey, S. R. (2001). A comunidade ideal. In Drucker, P. S. A comunidade do futuro. (pp. 57-66). São Paulo: Futura.
- Cruz Neto, O. (2003). O trabalho de campo como descoberta e criação. In MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (pp. 51-66). Petrópolis: Vozes.
- Damásio, A. R. (1995). O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano. Mem Martins: Europa-América.
- Drucker, P. S. (2001). A comunidade do futuro. São Paulo: Futura.
- Foucault, M. (2006). A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- Gadamer, H-G. (2006). O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes.
- Gomes, R. (2003). Análise de dados em pesquisa qualitativa. In MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. (pp. 67-80). Petrópolis: Vozes.
- Guillon, J., & Antier, J-J. (2003). O livro da sabedoria e das virtudes redescobertas. Rio de Janeiro: FGV.
- Halar, E. M., & Bell, K. R. (1994). Relação da reabilitação com a inatividade. In Kottke, F. J., & Lehmann, J. F. Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen. (pp. 1105-1124). São Paulo: Manole
- Heidegger, M. (2006). Ser e tempo. Petrópolis: Vozes.
- Lo Conte, E. Depoimento [7 mar.; 26 abr. 2007]. Entrevistador: Nuno de Noronha Costa Bispo. Londrina: Asilo São Vicente de Paulo, 2007.

- Lopes, A. (2006). História da fundação do Asilo São Vicente de Paulo de Londrina. Londrina: SSVP.
- Lopes, R. C. (2006). Atividades de 2006 do Asilo São Vicente de Paulo: vida, dignidade e esperança. (relatório Nº 3 – 15) Londrina: SSVP.
- Lopes, R. G. C. (2005). Século XXI: os velhos ainda precisam ser “indignos”? In Côrte, B., Mercadante, E. F., & Arcuri, I. G (Eds.). Velhice envelhecimento complex(idade). (pp. 83-92). São Paulo: Vetor.
- Mangione, K. K. (2002). O idoso frágil e institucionalizado. In Guccione, A. A. Fisioterapia geriátrica. (pp. 421-430). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Martin, G. B., Cordoni Junior, L., & Bastos, Y. G. L. (2005). Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 14 (3), 85-90.
- Unopar. (2003) Maturidade precoce. UNOPAR em Revista, 4 (1), 28-29.
- Minayo, M. C. S. (2000). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hubitec/Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (1999). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hubitec/Abrasco.
- Miralles, P. M. (2006). Significado de lãs actividades de la vida diária. In Miralles, P. M., & Ayuso, D. M. R. Actividades de la vida diária. (pp. 35-52). Barcelona: Masson.
- Montagu, A. (1998). Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus.
- Monteiro, P. P. (2001a). Corpo: imagem e transformação. Kairós, 4 (1), 83-93.
- Monteiro, P. P. (2001b). Envelhecer: histórias, encontros e transformações. Belo Horizonte: Autêntica.
- Myers, G. (2004). Análise da conversação e da fala. In Bauer, M. W. e Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. (pp.271-292). Petrópolis: Vozes.
- Ponzio, A., Calefato, P., & Petrilli, S. (2007). Fundamentos de filosofia da linguagem. Petrópolis: Vozes.
- Pozzobon, I. (2006). A epopéia do café no Paraná. Londrina: Ed. Grafmark.
- Richardson, R. J. (1999). Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas.
- Ricoeur, P. (2000). Teoria da interpretação. Lisboa: Edições 70.
- Setti, A. (2002). A solidariedade faz a escola. Folha de Londrina, Londrina, 26 dez, especial, p. 5.
- Shilton, M. (2000). Atitudes diante da velhice e das pessoas idosas. In Pickles, B., Comptom, A., Cott, C., Simpson, J., & Vandervoort, A. Fisioterapia na terceira idade. (pp. 21-42). São Paulo: Editora Santos.
- Shumway-Cook, A., & Woollacott, M. H. (2003). Controle motor: teoria e aplicações práticas. Barueri: Manole.
- Simpson, J. M. (1998). Instabilidade postural e tendência às quedas. In Pickles, B., Comptom, A., Cott, C., Simpson, J., & Vandervoort, A. Fisioterapia na terceira idade. (pp. 197-214). São Paulo: Editora Santos.
- Thomas, S. G. Programa de exercícios e atividades. In: Pickles, B., Comptom, A., Cott, C., Simpson, J., & Vandervoort, A. Fisioterapia na terceira idade. (pp. 148-170). São Paulo: Editora Santos.

Triviños, A. N. S. (1987). Pesquisa qualitativa. In Triviños, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. (pp. 116-175). São Paulo: Atlas.

Tuan, Y-F. (1983). Espaço e lugar. São Paulo: Difel.

Tuan, Y-F. (1980). Topofilia: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: Difel.

Vandervoort, A. A. (1998). Alterações biológicas e fisiológicas. In Pickles, B., Comptom, A., Cott, C., Simpson, J., & Vandervoort, A. (67-88). Fisioterapia na terceira idade. São Paulo: Editora Santos.

Terceira Idade, Educação e Qualidade de Vida

Sara Silva¹

Carla Serrão²

RESUMO

Durante muito tempo, relacionar Educação e idosos não fazia sentido. A Educação era centralizada nos jovens, uma vez que era esta população que se encontrava em desenvolvimento e portanto, apresentava as características ideais para a aprendizagem. Assim, a ideia de que “uma vez adulto, é demasiado tarde para aprender” (Danis & Solar, 1998, p. 11) pareceu vingar durante muitos anos na sociedade contemporânea.

De facto, as representações sociais associadas à velhice remetem para crenças que relacionam esta fase do ciclo vital a uma etapa pouco activa e de decadência onde não há espaço para o desenvolvimento. Contudo, vários estudos têm ajudado a contradizer estes estereótipos defendendo que “o idoso que envelhece de uma forma óptima é o que permanece activo” (Fonseca, 2005, p. 123).

Desta forma, a Educação pode fazer parte da vida do idoso permitindo-o manter-se activo e compensando os papéis sociais que com a idade foram ficando para trás, influenciando positivamente na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: velhice, educação, qualidade de vida

¹ **Sara Silva** :Estudante de Educação Social, Escola Superior de Educação do Porto

² **Carla Serrão** : Docente na Escola Superior de Educação do Porto

O DESENVOLVIMENTO NA VELHICE

Uma das teorias pioneiras na consideração do desenvolvimento como característica integrante de toda a vida foi a de Eric Erikson – “teoria psicossocial do desenvolvimento” – que considera que o desenvolvimento de cada indivíduo é influenciado pela forma como este lida com as experiências sociais ao longo do seu ciclo vital.

O autor encara a velhice como um período em que o indivíduo reflecte sobre a sua vida analisando as suas experiências (positivas e negativas). Assim, a forma como a pessoa aceita essas experiências irá influenciar o alcance do “sentido de integridade do Eu” (Fonseca, 2005).

É certo que o potencial biológico tem tendência a diminuir com a idade, deste modo é importante que o indivíduo crie estratégias face a essa diminuição. Assim, os indivíduos necessitam de investir em recursos para que possam regular as perdas assegurando assim que “a eficácia adaptativa permaneça elevada” (Fonseca, 2005, p. 99).

Baltes e Smith propõem o “Modelo de Selecção-Optimização-Compensação” (Modelo de SOC) como uma via para a compensação das perdas originadas pelo envelhecimento. Este modelo é composto por três processos fundamentais: 1) *Selecção*, em que os indivíduos tendo em conta as perdas inerentes à velhice seleccionam objectivos e resultados prioritários de modo a alcançarem a satisfação e a sensação de controlo pessoal; 2) *Optimização*, é o processo pelo qual os indivíduos mobilizam os recursos (internos e externos) de forma a atingirem os seus objectivos com satisfação, afastando assim os objectivos indesejáveis; e, 3) *Compensação*, que envolve a capacidade que o indivíduo tem em adquirir novos meios e recursos para que consiga alcançar os objectivos traçados ou, caso os objectivos não consigam ser atingidos, devido à perda de recursos e à mudança de contextos, fazer um reajustamento dos mesmos (Fonseca, 2005).

O Modelo de SOC remete para a ideia, inerente ao paradigma contextualista, de que o indivíduo tem um papel activo e fundamental no seu desenvolvimento, mobilizando acção sobre o contexto, assim como o contexto mobiliza sobre o indivíduo.

Assim, os estereótipos ligados à velhice, que a têm como uma idade pouco activa e produtiva, devido às sucessivas perdas incontornáveis em vários domínios, parecem perder o seu fundamento, quando se liga esta componente activa no processo de envelhecimento.

Posto de lado o declínio associado à velhice como algo irreversível, é necessário implementar soluções adaptativas a esta idade para que os indivíduos possam potencializar as suas capacidades diminuindo assim as consequências das perdas associadas ao processo de envelhecimento.

A EDUCAÇÃO NA TERCEIRA IDADE

O rápido envelhecimento demográfico nos países mais desenvolvidos tem feito com que os idosos ocupem uma grande percentagem da população. Em Portugal, o índice de envelhecimento é de 102 idosos para cada 100 jovens (INE, 2002).

Esta nova realidade levou a uma reformulação das políticas sociais de forma a garantir a esta população uma vida digna e com condições adequadas. De facto, nas últimas décadas, foram emergindo vários tipos de apoios tanto de “serviços de atenção primária (ajuda domiciliária, etc.) como de atenção especializada (apartamentos tutelados, centros de dia, residências, etc.) ” (Osorio, 2003, p. 279) como factores importantes para a qualidade de vida das pessoas idosas. Apesar disso, há outras necessidades e interesses por parte desta população que devem ser apoiados.

O facto de “encontrarmos um número progressivamente crescente de idosos, com capacidades intelectuais e físicas intactas, com maior formação e interesse em permanecer activos” (Cabral-Pinto, Fonseca, Gonçalves, Guedes, & Martín, 2006, p. 140) permite-nos criar estratégias de intervenção para que se combata a imagem do idoso como uma pessoa inactiva e frágil, colocada à margem da sociedade.

A Educação pode contribuir, de facto, como uma acção de integração e desenvolvimento interpessoal, permitindo à pessoa idosa desenvolver novos papéis e fazer novas aprendizagens.

Contudo, o contexto educativo é muitas vezes esquecido, porque a “expressão «educação» nos conduz ao seu espaço mais «clássico» e «determinante» das primeiras etapas da vida e à sua projecção numa instituição específica, chamada «escola»” (Osorio, 2003, p. 279).

Segundo Baltes e Baltes (1990, cit. Fonseca, 2005), “quer o recurso à cultura (em sentido lato, incorporando conhecimentos, suportes tecnológicos, etc.) quer o recurso a um conhecimento pragmático, podem ajudar a compensar o declínio de determinadas competências”.

Neste sentido, a autonomia presente nos idosos e o facto de terem a capacidade adaptativa para promover o seu desenvolvimento (conforme sugere o Modelo de SOC), permite apostar cada vez mais na sua Educação como uma forma de auto-realização, de aumento dos conhecimentos (ultrapassando

os baixos níveis de ensino característicos desta população), de desenvolvimento de modos de vida são e de integração na sociedade.

No entanto, é necessário “situar as intervenções educativas em contextos pessoais ou socioculturais concretos ou, ainda, adaptar os conteúdos e as modalidades dessas intervenções aos objectivos, interesses ou tomadas de decisão típicos desses tipos particulares de aprendizes masculinos e femininos” (Williams & Willie, 1990, cit. Danis & Solar, 1998, p. 13). Ou seja, não podemos pensar na Educação com idosos como um processo simplista em que há apenas, num local e num determinado período de tempo, uma transmissão de conhecimentos de educador para educando. É necessário ter em conta as características de cada indivíduo e as suas experiências pessoais para que se possa ajustar a intervenção de forma adequada.

Assim, não podemos ver a Educação como “uma acção de A para B (educador para educando), através de um processo meramente instrumental, mas de A com B e C (educador, educando e contexto de vida), num processo dialógico, no sentido de inventar/descobrir alternativas dignas da condição humana” (Barbosa, 2004, p. 197).

EDUCAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de vida é vista como “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Whoqol Group, 1994, cit. Fleck, 1998).

A ideia inerente aos idosos como a população que não contribui para o crescimento económico do país, cria estereótipos e crenças que rotulam os indivíduos como “inúteis” e inactivos e que faz com que os próprios interiorizem essas representações, originando sentimentos negativos. Estas imagens criadas sobre a velhice contribuem para uma exclusão que não permite atribuir-lhes papéis sociais.

Estudos empíricos têm contribuído para a compreensão desta etapa do ciclo vital, assim como para a compreensão de factores de risco e de protecção associados a esta etapa. Assim, conclui-se que o isolamento é um factor de risco para a saúde; que os apoios sociais de natureza emocional ou instrumental podem ter efeitos positivos na saúde; e que não existe um apoio universal eficaz para todos os indivíduos, porque o factor essencial é a apropriação do apoio por parte do indivíduo (Antonucci et al., 1989; Avorn et al., 1982, cit. Fontaine, 2000, p. 154).

Conclui-se também que a manutenção da actividade é um factor fundamental tanto para que a pessoa idosa mantenha uma percepção positiva sobre si, como também para que continue a construir objectivos pessoais.

De facto, “a capacidade de permanecer activo é uma das condições fundamentais para viver com êxito o envelhecimento” (Ferreira, 2006/2007, p. 33).

Assim, a Educação pode ser um dos domínios de interesse para o indivíduo acarretando consigo sensações positivas como a conquista de objectivos traçados, o sentimento de utilidade e a formação de expectativas e preocupações, que tornam a vida mais ocupada e com sentido, fomentando assim a qualidade de vida de cada indivíduo.

Para além de permitir a criação de novas redes sociais e de desenvolvimento de papéis, a Educação pode contribuir também para a aquisição de novos conhecimentos, assim como o desenvolvimento de novas competências.

A capacidade de desenvolver soluções para problemas que surgem diariamente, para elaborar uma opinião, para ter uma posição crítica e criativa, para gerir os seus recursos e para se adaptar ao desenvolvimento influenciam a auto-estima, o auto-controlo e a auto-eficácia da pessoa idosa, assim como o sentido de autonomia que, “pronunciada como um dos valores fundamentais da sociedade ocidental é apresentada como o objectivo último da educação e a característica fundamental de todo o adulto” (Danis & Solar, 1998, p. 122).

CONCLUSÃO

O aumento significativo dos idosos em Portugal leva-nos a reformular e criar estratégias para que não se exclua socialmente estes indivíduos, apenas porque não exercem mais uma profissão ou porque estão velhos.

O facto de não estarem empenhados em nenhuma tarefa ou actividade e estarem “esquecidos” na sociedade faz com que muitos idosos se sintam inúteis.

Para conseguir ultrapassar este sentimento e permanecer com os papéis sociais significativos ao longo de toda a vida é necessário em primeiro lugar “entender que a pessoa sénior pode assumir novos papéis e padrões de conduta, rompendo com os conceitos apriorísticos que se atribuem à velhice” (Osorio, 2003, p. 265). Temos que pôr de lado a imagem do idoso como um indivíduo frágil,

doente e pouco capaz “substituindo-a por outra mais actual, de recursos, capacidade e disponibilidade” (Cabral-Pinto et al., 2006, p. 141)

Cabe aos profissionais por um lado, tentar ultrapassar os estereótipos vigentes, que têm os idosos como incapazes, doentes e inactivos, e, por outro lado, apresentar intervenções com um carácter interactivo, onde a preocupação pelos interesses do indivíduo e pelo seu contexto de vida esteja presente, “revalorizando as culturas locais num quadro de globalização e intervindo individual e colectivamente no sentido de melhorar as condições de existência” (Lima, 1994, p. 20).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barbosa, F. (2004). *A educação dos Adultos: Uma Visão Crítica*. Porto: Estratégias Criativas
- Cabral-Pinto, F., Fonseca, A., M., Guedes, J., Gonçalves, D. & Martín, I. (2006). Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 7 (1), 137-143
- Danis, C. & Solar, C. (1998). *Aprendizagem e Desenvolvimento dos Adultos*. Lisboa: Instituto Piaget
- Ferreira, M., N. (2006/2007). Transição à Reforma, Qualidade de Vida e Envelhecimento. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1, 30-34
- Fleck, M. P. A. (coord.) (1998). Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida. Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Retirado em <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1> a 8 de Maio de 2008
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002). Censos 2001. Retirado em www.ine.pt a 8 de Maio de 2008
- Lima, C. L. (1994). Fórum de Educação de Adultos. In L. Lima (Org). *Educação de Adultos*. Forum I. Braga: Universidade do Minho, Unidade de Educação de Adultos.
- Osorio, A. R. (2003). *Educação Permanente e Educação de Adultos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Efeitos da Deficiência de Zinco na Função Imune do Idoso

Guilherme Malafaia¹

RESUMO

Pesquisas recentes têm demonstrado o envolvimento do elemento zinco em inúmeros processos vitais do organismo evidenciando a sua influência na saúde dos idosos. Tanto a imunossenescência quanto a deficiência de zinco contribuem substancialmente para a redução da habilidade do idoso controlar as doenças infecciosas. Assim, este trabalho tem como objetivo reforçar a importância do zinco na qualidade e expectativa de vida das pessoas e mostrar os estudos mais recentes que apóiam a importância do zinco na função imune do idoso. São abordados os principais fatores envolvidos na alteração das concentrações de zinco durante o envelhecimento, os efeitos destas alterações no *status* imunológico do idoso e os benefícios da suplementação com zinco na homeostasia do sistema imune de indivíduos mais velhos. A compreensão dos fatores envolvidos na relação existente entre a carência de zinco e o fenômeno da imunossenescência muito contribui para a promoção da qualidade de vida dos idosos.

Palavras-chave: deficiência de zinco, envelhecimento, sistema imune, imunossenescência

¹ **Guilherme Malafaia:** Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), é Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências Biológicas do Núcleo de Pesquisa em Ciências Biológicas da UFOP e desenvolve pesquisa no Laboratório de Imunoparasitologia (UFOP) nas áreas de nutrição, imunologia e parasitologia.

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 80 do século XX o envelhecimento passou a ser visto como um fenômeno mundial dada suas características peculiares e à velocidade com que vem atualmente se instalando. Independente da forma como este fenômeno tem sido interpretado pela população é fato que o número de pessoas com idade superior a 60 anos tem aumentado no mundo todo. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 1970 cerca de 5% da população era constituída de indivíduos idosos, percentual que subiu para 8,5% na década de 1990 havendo a expectativa de alcançar em 2010 um percentual próximo dos 9,5%. Entre os anos de 1950 e 1955 a expectativa de vida das pessoas girava em torno dos 34 anos e em 1990 passou para 60 anos, chegando a 66,3 em 1995. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), a população brasileira deverá alcançar entre os anos 2020 e 2025, uma expectativa de vida próxima dos 77 anos.

Justificada por uma melhora significativa nos parâmetros ligados à saúde das populações, a ampliação do tempo de vida tem sido considerada um dos maiores feitos da humanidade. Chegar a velhice já foi um privilégio de poucos, atualmente é um fato comum. Contudo, é importante advertir que o aumento da expectativa de vida só é interessante quando se consegue agregar qualidade aos anos adicionais conquistados (Caldas, 2003). Desta forma, esta conquista do século XX traz sérias implicações para a saúde pública e por ora se transforma em um grande desafio para o século XXI.

Vistos erroneamente como parte inerente do processo normal do envelhecimento os distúrbios nutricionais frequentemente têm sido associados à diminuição da qualidade de vida dos idosos e consequentemente à saúde deste grupo etário. Oriundos de diversos fatores como os vinculados às alterações fisiológicas inerentes à idade e a fatores dietéticos, médicos, psiquiátricos e sociais, os distúrbios nutricionais têm sido verificados em uma considerável parcela da população de idosos. Estudos conduzidos na Europa, Índia, Estados Unidos e no Canadá têm estimado que em torno de 35% das pessoas com idade igual ou superior a 50 anos apresentem deficiência de uma ou mais vitaminas e/ou micronutrientes (Chandra, 2002). Dentre estas deficiências destaca-se a carência do elemento zinco (Zn), considerada um problema de magnitude mundial, haja vista as consequências no organismo do idoso.

Os dados do *Third National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES III) mostraram um gradual declínio do consumo de Zn por adultos com idade igual ou superior a 60 anos (Maret & Sandstead, 2006). Para Fairweather-Tait, Harvey & Ford (2007) o suprimento dietético de Zn para o

corpo pode ser comprometido à medida que se envelhece, uma vez que as entradas do elemento são mais baixas em resposta à menor exigência energética associada à atividade física reduzida nos indivíduos idosos.

Diversas enzimas que participam do metabolismo de proteínas, carboidratos e ácidos nucleicos dependem de Zn. Não é surpreendente que o elemento seja constituinte integral de proteínas ou co-fator enzimático em mais de 300 reações bioquímicas, muitas delas vitais para a manutenção normal do funcionamento do organismo (Mariani et al., 2007). Além disto, está envolvido na estabilização de membranas estruturais e na proteção celular prevenindo a peroxidação lipídica além de desempenhar papel essencial na organização polimérica de macromoléculas como DNA e RNA (Ibs & Rink, 2003). No entanto, uma das consequências mais importantes da deficiência crônica de Zn no organismo humano está associada à imunidade, levando a prejuízos relevantes no sistema imune de pacientes hipozincêmicos. Em casos extremos, como na acrodermatite enteropática, muitos pacientes podem evoluir a óbito devido às infecções bacterianas. O Zn está envolvido em várias funções imunológicas tais como às ligadas na atividade das células T auxiliares (TCD4⁺) e citotóxicas (TCD8⁺), geração de resposta imune a novos antígenos e de memória imunológica pelas células B, atividade das células da imunidade inata e na produção de citocinas (Ibs & Rink, 2003).

Nos idosos as principais resultantes da deficiência de Zn estão correlacionadas com o agravamento dos prejuízos ocasionados pela imunossenescência, caracterizada por uma redução significativa da capacidade do sistema imune prover uma resposta imune adequada aos agentes patogênicos em função do envelhecimento (Pawelec & Larbi, 2008). Segundo Kovaïou, Herndler-Brandstetter & Grubeck-Loebenstein (2007), a imunossenescência é responsável pelo aumento da susceptibilidade dos idosos a infecções, doenças auto-imunes e a neoplasias. Para Pawelec & Larbi (2008) a imunossenescência contribui de maneira significativa para a redução da habilidade do idoso em controlar as doenças infecciosas, tendo como consequência direta o aumento da morbidade e mortalidade na população de indivíduos mais velhos.

De acordo com Solomons (2000), tanto as deficiências nutricionais quanto a idade exercem efeitos prejudiciais cumulativos no sistema imune, podendo levar a alterações substanciais nos processos responsáveis pela defesa do organismo contra agentes infecciosos. Desta forma, este trabalho tem por objetivo reforçar a importância do Zn na qualidade e expectativa de vida das pessoas, além de mostrar os aspectos atuais sobre a essencialidade do Zn na função imune do idoso. Para isso

serão abordados os principais aspectos envolvidos na alteração das concentrações de Zn durante o envelhecimento, os efeitos destas alterações no *status* imunológico do idoso e os benefícios da suplementação de zinco na homeostasia do sistema imune de indivíduos mais velhos.

ALTERAÇÕES NOS NÍVEIS DE ZINCO DURANTE O ENVELHECIMENTO

Sob o risco de sofrerem variadas deficiências nutricionais como resultado de múltiplos fatores, como o declínio natural das funções fisiológicas (o que leva ao decréscimo da absorção dos nutrientes) e maior incidência de doenças crônicas, que em associação com medicamentos podem afetar a utilização dos nutrientes, os idosos constituem um grupo que pode ser adversamente afetado pela deficiência do elemento Zn.

Para o idoso, não existe uma cota dietética que defina uma concentração ideal de Zn a ser ingerida diariamente, porém alguns valores têm sido propostos. O *Nutritional Research Council* (NRC, 2002), por exemplo, recomenda a indivíduos com idade superior a 51 anos um consumo diário de 11mg de Zn para homens e 8mg para mulheres (Maret & Sandstead, 2006). Já a OMS recomenda que valores entre 9,4 e 9,5mg de Zn/dia devam fazer parte da alimentação diária dos homens e entre 6,5 e 7,1mg de Zn/dia das mulheres (OMS, 2005).

Estudos recentes têm indicado que a deficiência de Zn é um distúrbio nutricional muito comum na população idosa. No estudo de Briefel et al. (2000), no qual os autores estudaram 29.103 indivíduos, foi documentada uma correlação positiva entre a redução do consumo de Zn e a idade. Os autores verificaram que menos da metade dos participantes com idade igual ou superior a 71 anos possuíam uma ingestão adequada do elemento. Já entre os 50 pacientes idosos saudáveis investigados por Pepersack et al. (2001), 28% apresentaram concentração plasmática de Zn abaixo de 10,7 μ M enquanto que no estudo de Belbraouet et al. (2007), envolvendo 668 indivíduos idosos hospitalizados com idade superior a 70 anos, a deficiência de Zn esteve prevalente nos idosos enfermos. Neste caso, 35,7% dos pacientes com doenças respiratórias e de 20 a 27% dos pacientes com neoplasias, doenças infecciosas, traumas, doenças hemotopoiética ou urogenitárias apresentaram deficiência de Zn.

Na Europa o Projeto *Zincage* que investiga os fatores envolvidos no *status* nutricional da população de idosos relativo ao zinco tem apresentado resultados importantes com relação à deficiência de Zn neste grupo etário. Recentemente os estudos de Mariani et al. (2007), Marcellini et al. (2006), Uciechowski et al. (2007) e Mariani et al. (2007) verificaram uma prevalência considerável desta

deficiência nos grupos de idosos investigados. No estudo de Marcellini et al. (2006), por exemplo, os autores estudando 853 idosos envolvidos neste projeto, oriundos da Itália, Grécia, França, Polônia e Alemanha constataram que 31% destes idosos apresentaram baixas concentrações de zinco plasmático ($< 11\mu\text{M}$).

Já no Brasil, destaca-se o estudo de César, Wada & Borges (2005) no qual os autores estudando idosos saudáveis atendidos no Centro de Reabilitação da Prefeitura Municipal de Araraquara – Estado de São Paulo, entre 1998 e 1999, verificaram que apesar de uma adequada ingestão de Zn na alimentação, em ambos os sexos a concentração plasmática do elemento esteve abaixo de $10,7\mu\text{M}$, não sendo, portanto, correlacionada com o Zn alimentar. De acordo com os autores os resultados são explicados pela correlação positiva existente entre a biodisponibilidade do Zn dietético e o consumo elevado de leguminosas, concomitante ao consumo reduzido de carnes.

Conforme sugerem Oteiza & Mackenzie (2005), os fatores envolvidos nas causas da deficiência de Zn verificada na população idosa, podem ser em parte condicionados pelos processos inerentes às alterações fisiológicas do envelhecimento, e outros influenciados pelas enfermidades e por fatores socioeconômicos.

Dentre os aspectos fisiológicos destacam-se a mastigação inadequada dos alimentos, má absorção intestinal e principalmente as modificações dos níveis normais de metalotioneína (MT), associada diretamente ao controle endógeno do Zn corpóreo e que pode, portanto, influenciar negativamente o metabolismo do elemento (Peppersack et al., 2001). A MT é um grupo de proteínas que possui alta afinidade com o Zn, tendo um papel central no transporte intracelular do elemento. Essa proteína é formada em função do aumento da concentração de Zn disponível no organismo. Por meio da ação do Zn sobre os fatores de transcrição Zn-dependentes a síntese da tioneína é induzida e a MT é formada (Mocchegiani et al., 1998).

Por outro lado, doenças que ocorrem com frequência na população idosa, como o *diabetes mellitus* do tipo 2 e patologias renais, bem como o uso de medicamentos de natureza diurética, podem ser responsáveis por um balanço negativo da concentração de Zn no organismo do idoso (Maret & Sandstead, 2006). Pacientes com *diabetes* ou com doenças renais apresentam hiperzincúria, o que pode levá-los a um quadro de deficiência de Zn.

Com relação aos aspectos dietéticos, geralmente a ausência de Zn na alimentação tem sido associada à elevada ingestão de alimentos ricos em carboidratos, com pequena contribuição de

proteína animal conforme demonstrado no estudo de César, Wada & Borges (2005). Segundo Sandstrom (1997), em dietas ricas em cereais integrais e leguminosas, as quais contêm teores elevados de fitatos, a absorção de Zn pode ser menor que 15%. Conforme exposto por Person, Botti & Feres (2006), a absorção de Zn pode ser ainda influenciada por alimentos com altos teores de oxalato, cobre (Cu), ferro (Fe) e estanho (Sn).

DEFICIÊNCIA DE ZINCO E O *STATUS* IMUNOLÓGICO DO IDOSO

Embora avanços no estudo do papel do Zn nos processos biológicos humanos datem de 1920, quando foi demonstrado que vapores de óxido de Zn eram tóxicos para trabalhadores industriais, a deficiência de Zn em humanos só foi documentada em 1958 na cidade de Shiraz no Irã (Prasad, Halsted & Nadimi, 1961). Desde então este distúrbio nutricional tem sido verificado em um grande número de pessoas significando um sério problema de saúde pública.

De acordo com Mafra & Cozzolino (2004), a primeira manifestação da deficiência de Zn, clinicamente identificada, foi a acrodermatite enteropática, uma desordem congênita que surge na infância caracterizada por alopecia, diarreia, lesões na pele e imunodeficiência celular. Em uma situação prolongada de deficiência de Zn diversos sinais clínicos podem ser observados dentre eles anorexia, retardo do crescimento, cicatrização lenta, intolerância à glicose, hipogonadismo, fragilidade osmótica dos eritrócitos, hipogeusia, desordens no sistema nervoso, disfunções imunológicas, diarreia, dermatite e alopecia (Prasad, 1996).

Especialmente com relação ao *status* nutricional relativo ao Zn e o seu envolvimento na função imune, diversos estudos têm relatado efeitos prejudiciais na geração de uma resposta imune nos idosos hipozincêmicos, demonstrando a importância crítica do elemento no funcionamento do sistema de defesa do organismo (Ibs & Rink, 2003; Mafra & Cozzolino, 2004; Haase, Mocchegiani & Rink, 2006).

No estudo de Bogden et al. (1987), considerado um dos pioneiros nessa área, os autores observaram uma correlação positiva entre a concentração sérica de Zn e a reação de hipersensibilidade do tipo tardia (DTH), um tipo de reação oriunda da ativação dos macrófagos e da inflamação dependente de células T. Neste estudo foi verificado que até mesmo uma pequena diferença de 1,5µM de Zn é capaz de induzir falhas nas reações de DTH a antígenos comuns, uma condição conhecida como anergia.

Em idosos que apresentaram níveis moderados de Zn celular nos linfócitos e neutrófilos verificou-se uma reduzida produção da interleucina 2 (IL-2) após estimulação com fitohemaglutinina (PHA), ao contrário do que foi observado em jovens e idosos com concentrações normais de Zn celular (Kaplan, Hess & Prasad, 1988). De acordo com Abbas, Lichtman & Pillai (2008), a IL-2 está correlacionada com uma série de funções imunes essenciais à manutenção da saúde dos idosos e dentre elas destacam-se a (i) proliferação de células antígeno-específicas; (ii) proliferação e diferenciação das células *natural killers* (NK); (iii) aumento da produção de outras citocinas como a interleucina 4 (IL-4) e interferon-gama (IFN- γ); (iv) produção de células B e consequentemente de anticorpos e (v) morte apoptótica de células T inibindo as respostas imunes contra antígenos próprios.

No estudo de Kreft et al. (2000) a resposta imune dos idosos à vacinação contra difteria foi diretamente proporcional ao *status* nutricional relativo ao Zn do paciente. O grupo de idosos hipozincêmicos apresentou uma resposta imune à vacinação significativamente reduzida quando comparado ao grupo controle o qual reagiu normalmente à vacina.

Se por um lado a imunossenescência é capaz de elevar naturalmente o índice de mortalidade da população idosa (Pawelec & Larbi, 2008) devido às alterações no organismo que impedem a geração de uma resposta imune eficaz contra os agentes patogênicos, por outro a deficiência de Zn pode agravar os defeitos nos mecanismos efetores das respostas imunes do idoso inerentes ao processo de envelhecimento.

Durante a carência do elemento Zn podem ocorrer atrofia tímica, linfopenia, diminuição das mitoses e da secreção de imunoglobulina (Ibs & Rink, 2003). Danos na barreira mucosa do trato gastrointestinal e pulmonar ocorrem com frequência aumentando assim a susceptibilidade a infecções por fungos, vírus ou bactérias (Delves & Roith, 2000). Além disto, podem ser observadas alterações nos processos fagocitários dos macrófagos e leucócitos, na geração de dano oxidativo bem como uma redução do número de granulócitos (Ibs & Rink, 2003).

Para Malaguarnera *et al.*³² a ausência de Zn no organismo potencializa os processos resultantes da imunossenescência, uma vez que altera as funções de muitas células imunes e fibroblastos, prejudicando o processo de cicatrização e a defesa imunológica. A deficiência moderada de Zn associada aos efeitos da imunossenescência pode ocasionar um desequilíbrio nas funções das células T, diminuição da atividade da timulina plasmática, redução do recrutamento de células T virgens

e decréscimo da atividade lítica das células NK (Uciechowski et al., 2007; Haase, Mocchegiani & Rink, 2006).

Devido ao fato do elemento Zn possuir papel crucial na atividade de muitas enzimas, peptídeos, citocinas e fatores de transcrição envolvidas em vários processos fisiológicos que regem o desenvolvimento imunológico e consequentemente a reatividade deste contra agentes infecciosos, a deficiência deste elemento interfere diretamente a imunorresistência dos idosos. Baseada em investigações recentes obtidas da literatura a *Figura 1* sintetiza os principais mecanismos nos quais o Zn participa da modulação das respostas imunes contra infecções (Mariani et al., 2007a; Mariani et al., 2007b; Vasto et al., 2007; Metz et al., 2007).

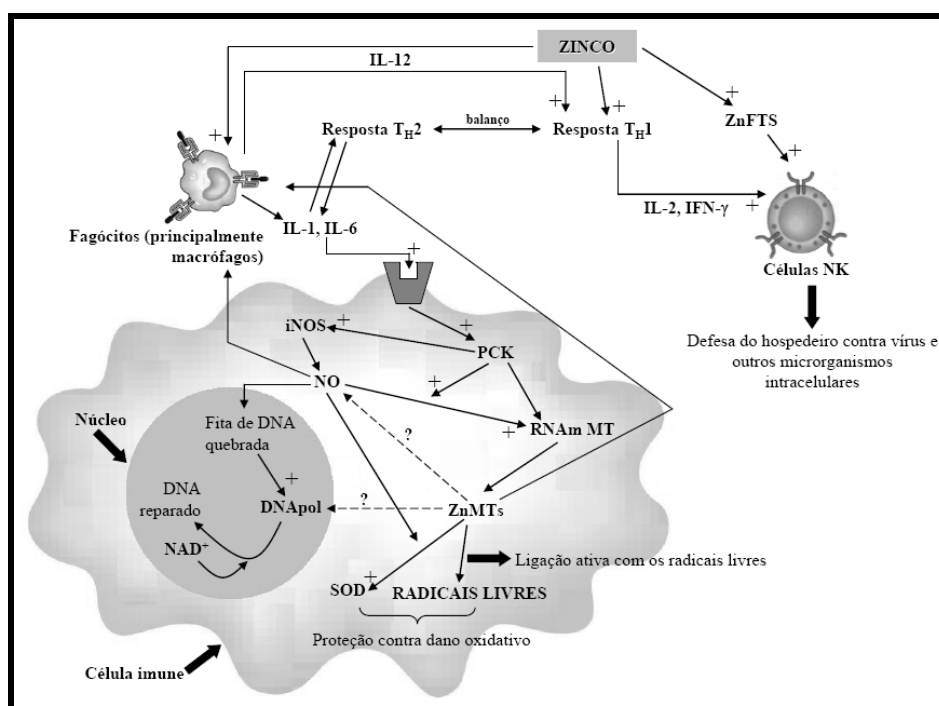


Figura 1. Participação do Zn na modulação do balanço entre a atividade das células T helper (T_H1 e T_H2) e na geração de uma resposta adequada a infecções. Abreviações: citocina interferon-gama ($IFN-\gamma$), óxido nítrico (NO), Proteína C quinase (PCK), enzima superóxido dismutase (SOD); timulina (ZnFTS) e metalotioneína associada ao Zn (ZnMT).

Através desta figura é possível observar o envolvimento direto do Zn na diferenciação normal das células T auxiliares em células T_H1 e T_H2 e nas funções dos fagócitos bem como das células NK, importantes células da imunidade. Além disso, observa-se o envolvimento do elemento na síntese de

várias citocinas, na síntese da MT, reparo do material genético e na prevenção contra danos oxidativos que especificamente estão ligados ao surgimento de várias patologias típicas da idade como as doenças neurodegenerativas e vasculares.

SUPLEMENTAÇÃO DE ZINCO NA SENESCÊNCIA: IMPLICAÇÕES NOS MECANISMOS IMUNOLÓGICOS

Diante da constatação de que a redução da resposta imune em idosos está fortemente associada não apenas aos efeitos deletérios da imunossenescência, mas também à deficiência do elemento Zn, estudos têm demonstrado que a suplementação com o elemento não somente é capaz de restaurar os níveis normais de Zn no organismo como também de melhorar de modo substancial a resposta imune dos idosos hipozincêmicos.

No estudo de Fabris et al. (1984) os autores estudando os efeitos da senescência sobre a atividade da timulina – um hormônio importante para maturação e diferenciação de células T, cuja atividade biológica depende de Zn – constataram que após a suplementação com Zn a atividade desse hormônio foi restaurada a níveis encontrados em indivíduos jovens. Posteriormente este resultado foi corroborado pelo estudo de Prasad et al. (1993), no qual após a administração de uma dieta suplementar contendo 20mg de Zn/dia puderam verificar um aumento significativo na atividade da timulina.

No estudo de Fortes et al. (1998) tanto o número de células TCD4⁺ quanto de células TCD8⁺ foram expressivamente aumentados após a suplementação com 25mg de Zn/dia, em indivíduos idosos residentes em um asilo. Com relação à restauração da resposta DTH de indivíduos anérgicos, estudos têm demonstrado os benefícios do tratamento suplementar com Zn sobre este parâmetro imunológico, evidenciando um aumento significativo das reações de hipersensibilidade nos indivíduos idosos hipozincêmicos que receberam o tratamento (Duchateau et al., 1981; Cossack, 1989). Outros estudos indicam um aumento expressivo na atividade das células NK e da proliferação linfocitária (Bogden et al., 1990), aumento da resposta humoral à vacina anti-*influenza* (Girodon et al., 1999), diminuição de doenças infecciosas (i.e.: respiratórias e urogenitais) (Girodon et al., 1997) e aumento dos níveis de anticorpos produzidos em resposta à vacinação anti-tetânica (Duchateau et al., 1981).

No estudo de Cabreiro et al. (2007), os autores demonstraram que a suplementação com Zn durante 7 semanas (em idosos com idade entre 59 e 85 anos) pode ajudar a manter a homeostasia do

Zn plasmático e a proteger proteínas celulares contra danos oxidativos impedindo que o sistema imune seja afetado pela ação de radicais livres, uma vez que, são reconhecidos os prejuízos do estresse oxidativo na imunidade do idoso. De acordo com Person, Botti & Feres (2006), uma das funções de grande importância do Zn é a sua participação no sistema de defesa antioxidante. O elemento inibe as reações de propagação de radicais livres devido a síntese da MT que se liga ativamente aos radicais, promovendo proteção das membranas celulares contra danos oxidativos.

Nesta mesma linha, Mariani et al. (2007a) verificaram que o tratamento suplementar com Zn em curto prazo, oferecido a 1108 idosos envolvidos no projeto *Zincage*, foi efetivo tanto no sentido de restaurar a concentração plasmática do elemento nos indivíduos hipozincêmicos quanto de aumentar significativamente a atividade da enzima superóxido dismutase presente nos eritrócitos (eSOD) e no plasma sangüíneo (pSOD). Conforme demonstrado no estudo de Person (2003), a SOD é considerada uma das enzimas mais importantes na defesa contra a ação de radicais livres, sobretudo no sistema auditivo.

Mariani et al. (2007b) estudaram o efeito da suplementação com Zn nas concentrações protoplasmáticas da interleucina 6 (IL-6), da quimiocina MCP-1 e da atividade lítica das células NK em uma população de idosos também envolvida no projeto *Zincage*. Neste estudo os autores constataram que após a intervenção terapêutica os níveis de IL-6 e MCP-1 foram restabelecidos e que a atividade lítica das células NK é influenciada pela deficiência de Zn. Conforme demonstrado no estudo de Vasto et al. (2007) e ilustrado na *Figura 1* a indução e expressão da proteína MT é fortemente regulada pela IL-6, citocina que na imunidade inata estimula a síntese de proteínas de fase aguda pelos hepatócitos, contribuindo para os efeitos sistêmicos da inflamação e que na imunidade adaptativa estimula o crescimento de linfócitos B.

Uciechowski et al. (2007) demonstraram que a suplementação com Zn por 7 semanas é capaz de aumentar as subpopulação de células T_H2 e T_H1 que normalmente é diminuída em idosos saudáveis com mais de 90 anos. Já Kahmann et al. (2008), estudando os efeitos da suplementação moderada de Zn sobre a atividade inflamatória e sobre as funções das células T de 19 idosos hipozincêmicos, demonstraram os benefícios deste tratamento. Neste estudo os autores observaram que a suplementação com Zn foi capaz de proporcionar uma resposta imune mais equilibrada resultando em uma diminuição da incidência de doenças infecciosas e autoimunes. Para os autores o tratamento

utilizado pode ser muito útil no sentido de promover o envelhecimento saudável, melhorando a função imune dos idosos hipozincêmicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificado o envolvimento do elemento Zn no provimento da homeostasia do organismo e suas implicações nos mecanismos imunológicos, demonstrados pelos diversos estudos sobre a importância do elemento nas respostas imunes inata e adaptativa, é lícito assumir a influência do Zn na função imune do idoso e conseqüentemente na saúde da população dos indivíduos mais velhos.

Com base nas informações apresentadas neste trabalho, é possível verificar a importância dos estudos e dos conhecimentos acerca da relação entre o Zn e o processo de envelhecimento. No Brasil estima-se que a cada ano que passa, mais de 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, muitos deles apresentando sérios distúrbios nutricionais como a carência de Zn (Lima-Costa & Veras, 2007).

Haja vista a participação do elemento Zn em diversas funções imunes do idoso e os resultados promissores da suplementação com Zn neste grupo etário específico²⁶, há de se considerar a importância da participação deste elemento na prevenção de estados patológicos de variados graus possíveis de serem evitados com uma alimentação saudável. Na medida em que uma maior atenção é dada ao *status* nutricional do idoso relativo ao Zn e o seu envolvimento com a capacidade do sistema imune prover uma resposta eficaz contra agentes patogênicos, a vida de muitos idosos pode melhorar substancialmente.

No entanto, embora diversos estudos sobre a suplementação com Zn na população de idosos tenham apresentado resultados positivos e promissores, é importante advertir que a utilização de quantidades suplementares de Zn, assim como a administração de suplementos a indivíduos idosos que não apresentem deficiências do elemento devem ser mais bem estudadas, dados os possíveis efeitos deletérios dessa terapia sobre as funções do sistema imune na senescência. Segundo Novaes et al. (2005), qualquer intervenção que tenha por objetivo estimular a resposta imune em idosos, deve ser seletiva ao estimular a produção de células virgens e células de memória recentes, sem no entanto ativar as células de memória geradas ao longo da vida, algumas das quais poderiam gerar um processo auto-reativo. Dentre as dificuldades mais importantes ligadas à administração suplementar do Zn na população de idosos destacam-se as relacionadas com o diagnóstico da carência do elemento, à

forma de administração do suplemento, à dose de Zn usada na composição suplementar, à competição entre o Zn, Cu e Fe e à duração do tratamento.

Diante das diversas funções atribuídas ao Zn e da constatação de que sua fisiologia no organismo do idoso começou a ser estudada somente no último século, é possível que este elemento exerça funções ainda desconhecidas e que sua presença no organismo esteja ainda mais correlacionada com a qualidade de vida das populações. Os estudos sobre este elemento são importantes, pois podem ajudar na superação de muitos desafios pertinentes ao envelhecimento populacional, principalmente aqueles relacionados com a manutenção, melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbas, AK., Lichtman, A.H., Pillai, S. (2008). *Imunologia celular e molecular*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Belbraouet, S., Biaudet, H., Tébi, A., Chau, N., Gray-Donald, K., Debry, G. (2007). Serum zinc and copper status in hospitalized vs. healthy elderly subjects. *J Am Coll Nutr*, 26 (6), 650-4.
- Bogden, J.D., et al. (1990). Effects of one year of supplementation with zinc and other micronutrients on cellular immunity in the elderly. *J Am Coll Nutr*, 9, 214-225.
- Bogden, J.D., et al. (1987). Zinc and immunocompetence in the elderly: baseline data on zinc nutriture and immunity in unsupplemented subjects. *Am J Clin Nutr*, 46, 101-109.
- Briefel, R.R., Bialostosky, K., Kennedy-Stephenson, J., McDowell, M.A., Ervin, R.B., Wright, J.D. (2000). Zinc intake of the U.S. population: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *J Nutr*, 130, 1367S-1373S.
- Cabreiro, F., et al. (2007). Zinc supplementation in the elderly subjects: Effect on oxidized protein degradation and repair systems in peripheral blood lymphocytes. *Exp Gerontol*, 25.
- Caldas, C.P. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública*, 19 (3), 733-781.
- César, T.B., Wada, S.R., Borges, R.G. (2005). Zinco plasmático e estado nutricional em idosos. *Rev Nutr*, 18 (3), 357-365.
- Chandra, R.K. (2002). Nutrition and the immune system from birth to old age. *Eur J Clin Nutr*, 56, 73-76.
- Cossack, Z.T. (1989). T-lymphocyte dysfunction in the elderly associated with zinc deficiency and subnormal nucleoside phosphorylase activity: effect of zinc supplementation. *Eur J Cancer Clin Oncol*, 25, 973-976.
- Delves, P.J., Roith, I.M. (2000). The immune system: first of two parts. *N Engl J Med*, 343, 37-49.

- Duchateau, J., Delpesse, G., Vrijens, R., Collet, H. (1981). Beneficial effects of oral zinc supplementation on the immune response of old people. *Am J Med*, 70, 1001-1004.
- Fabris, N., Mocchegiani, E., Amadio, L., Zannotti, M., Licastro, F., Franceschi, C. (1984). Thymic hormone deficiency in normal ageing and Down's syndrome: is there a primary failure of the thymus? *Lancet*, 1, 983-986.
- Fairweather-Tait, S., Harvey, L.J., Ford, D. (2007). Does ageing affect zinc homeostasis and dietary requirements? *Exp Gerontol*, Nov 6.
- Fortes, C., et al. (1998). The effect of zinc and vitamin A Supplementation on immune response in an older population. *J Am Geriatr Soc*, 46, 19-26.
- Girodon, F., et al. (1997). Effect of a two-year supplementation with low doses of antioxidant vitamins and/or minerals in elderly subjects on levels of nutrients and antioxidant defense parameters. *J Am Coll Nutr*, 16, 357-365.
- Girodon, F., et al. (1999). Impact of trace elements and vitamin E supplementation on immunity and infections in institutionalized elderly patients. *Arch Intern Med*, 159, 748-754.
- Haase, H., Mocchegiani, E., Rink, L. (2006) Correlation between zinc status and immune function in the elderly. *Biogerontology*, 7, 421-428.
- Ibs, K.H., Rink, L. (2003). Zinc-altered immune function. *J Nutr*, 133, 1452S-1456S.
- Kahmann, L., et al. (2008). Zinc supplementation in the elderly reduces spontaneous inflammatory cytokine release and restores T cell functions. *Rejuvenation Res*, 11 (1), 227-37.
- Kaplan, J., Hess, J.W., Prasad, A.S. (1988). Impaired interleukin-2 production in the elderly: association with mild zinc deficiency. *J Trace Elem Exp Med*, 1, 3-8.
- Kovaiou, R.D., Herndler-Brandstetter, D., Grubeck-Loebenstien, B. (2007). Age-related changes in immunity: implications for vaccination in the elderly. *Expert Rev Mol Med*, 9, 1-17.
- Kreft, B., Fischer, A., Kruger, S., Sack, K., Kirchner, H., Rink, L. (2000). The impaired immune response to diphtheria vaccination in elderly chronic hemodialysis patients is related to zinc deficiency. *Biogerontology*, 1, 61-66.
- Lima-Costa, M.F., Veras, R. (2007). Saúde Pública e envelhecimento. *Cad Saúde Pública*, 19 (3), 700-701.
- Mafra, D., Cozzolino, S.M.F. (2004). Importância do zinco na nutrição humana. *Rev Nutr*, 17 (1), 79-87.
- Malaguarnera, L., et al. (2001). Immunosenescence: a review. *Arch Gerontol Geriatr*, 32, 1-14.
- Marcellini, F., et al. (2006). Zinc status, psychological and nutritional assessment in old people recruited in five European countries: Zincage study. *Biogerontology*, 7, 339-345.
- Maret, W., Sandstead, H.H. (2006). Zinc requirements and the risks and benefits of zinc supplementation. *J Trace Elem Med Biol*, 20, 3-18.

- Mariani, E., et al. (2007a). Effects of zinc supplementation on antioxidant enzyme activities in healthy old subjects. *Exp Gerontol*, Nov 1.
- Mariani, E., et al. (2007b). Effect of zinc supplementation on plasma IL-6 and MCP-1 production and NK cell function in healthy elderly: Interactive influence of +647 MT1a and -174 IL-6 polymorphic alleles. *Exp Gerontol*, Dez 14.
- Metz, C.H., Schroder, A.K., Overbeck, S., Kahmann, L., Plumakers, B., Rink, L. (2007). T-helper type 1 cytokine release is enhanced by in vitro zinc supplementation due to increased natural killer cells. *Nutrition*, 23, 157-163.
- Mocchegiani, E., et al. (1998). Zinc, T-cell pathways, aging: role of metallothioneins. *Mech. Ageing Dev*, 106, 183-204.
- Novaes, M.R.C., Ito, M.K., Arruda, S.F., Rodrigues, P. (2005). Suplementação de micronutrientes na senescência: implicações nos mecanismos imunológicos. *Rev Nutr*, 18 (3), 367-376.
- Nutritional Research Council (NRC) (2002). Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. Washington (DC): National Academy Press (USA).
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005). Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Oteiza, P.I., Mackenzie, G.G. (2005). Zinc, oxidant-triggered cell signaling, and human health. *Mol Aspects Med*, 26, 245-255.
- Pawelec, G., Larbi, A. (2008). Immunity and ageing in man: Annual review 2006/2007. *Exp Gerontol*, 43, 34-38.
- Pepersack, T., et al. (2001). Prevalence of zinc deficiency and its clinical relevance among hospitalized elderly. *Arch Gerontol Geriatr*, 33, 243-253.
- Person, O.C., Botti, A.S., Feres, M.C.L.C. (2006). Clinical repercussions of zinc deficiency in human beings. *Arq Med ABC*, 31 (1), 46-52.
- Person, O.C. (2003). Avaliação dos potenciais evocados auditivos de tronco cerebral em portadores de tinnitus, antes e após tratamento com administração sistêmica de compostos com zinco. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Prasad, A.S., Fitzgerald, J.T., Hess, J.W., Kaplan, J., Pelen, F., Dardenne, M. (1993). Zinc deficiency in elderly patients. *Nutrition*, 9, 218-224.
- Prasad, A.S., Halsted, J.A., Nadimi, M. (1961). Syndrome of iron deficiency anemia, hepatosplenomegaly, hypogonadism, dwarfism and geophagia. *Am J Med*, 31, 532-546.
- Prasad, A.S. (1996). Zinc deficiency in women, infants and children. *J Am Coll Nutr*, 15 (2), 113-20.
- Sandström, B. (1997). Bioavailability of zinc. *Eur J Clin Nutr*, 51 (1), S17-9.

Solomons, N.W. (2000). Demographic and nutritional trends among the elderly in developed and developing regions. *Eur J Clin Nutr*, 54 (3), S2-S14.

Uciechowski, P., et al. (2007). TH1 and TH2 cell polarization increases with aging and is modulated by zinc supplementation. *Exp Gerontol*, Nov 28.

Vasto, S., et al. (2007). Zinc and inflammatory/immune response in aging. *Ann N Y Acad Sci*, 1100, 111-122.

Turismo Sênior: (Re) Contextualização das clientelas turísticas seniores

José da Costa Calçada¹

RESUMO

Os actores sociais seniores da sociedade hodierna, principalmente aqueles que têm as férias pagas, costumam afastar-se anualmente do seu território, meio ambiente e/ou *habitat* natural para reencontrar, numa atmosfera nova, um espaço de reabilitação física, terapêutico e de *sedentarização temporária*.

Palavras chave: turismo sénior, reabilitação física, velhice.

¹ Sociólogo.

INTRODUÇÃO

Um conceito mais recente define a velhice como a uma das fases do processo evolutivo do ser humano, está a substituir na maioria das sociedades industrializadas o antigo significado do conceito de envelhecer. Hoje este conceito adquiriu um sentido pejorativo. A velhice outrora não se constituía como objecto de preocupação social, antes, os velhos eram tratados pelos seus filhos com atitudes filantrópicas e benevolentas. Considerava-se o idoso como alguém que existiu no passado, portador de um depósito cultural e de uma sabedoria ancestral, tinha a função de a transmitir à sua descendência, o seu património cultural adquirido ao longo de gerações, realizando o seu percurso psicossocial e simbólico integrado na comunidade e na família, esperando o momento do desaparecer da cena do mundo. A experiência do envelhecer, sob o ponto de vista fenomenológico, é como uma pressão do passado que aumenta, enquanto diminui a possibilidade de futuro. O *Self* (eu) dos velhos tem uma relação de proximidade com os moribundos (Calçada, 2006:38). Psicossociologicamente, a velhice é um estado de simpatia para com o a morte (cf. Max Scheler citado por Morin). A vanguarda da morte é o envelhecimento, e por isso conhecer o envelhecimento é conhecer, de algum modo, a morte (cf. Morin, s/d b: 292-293).

Actualmente, a velhice passa a ser objecto de cuidado e atenção especiais ao nível da saúde e do apoio social, que eram certamente inexistentes até ao início do século XX. O que vai levar ao aumento da esperança de vida devido ao progresso da medicina que com todo o seu aparato tecnológico desenvolvido para enfrentar as doenças crónicas, favorece a longevidade, contribuindo desta forma para o aumento significativo da população idosa. O aumento desta faixa populacional tem exigido das sociedades e do poder público um novo e sensível olhar sob a forma de investimento em políticas sociais que contemplem o idoso nas suas necessidades bio-psicossociais e ecológicas. A sociedade e o estado não podem ignorar mais o velho, que se tornou actor de relevo na cena política e social, quer nacional quer internacional.

Mas observa-se uma mudança nas relações que a sociedade estabelece com a velhice. Assistindo-se constantemente a uma desvalorização dos valores próprios da velhice. Expresso em imagens estereotipadas nas quais a velhice aparece associada à solidão, doença, viuvez e morte, enfatizando essa fase de vida como uma condição desfavorável, muitas vezes indesejada, ascorosa, feia, lenta, improdutiva, de consumo de bens e serviços....

Tendo em consideração que a população mundial está a envelhecer e constatando-se que as actividades relacionadas com o turismo, saúde e termalismo sénior, serão segmentos que se deverão desenvolver de forma considerável, nos próximos anos, tanto à escala nacional como mundial, de modo a satisfazer as necessidades reais e as motivações da procura. Como observou Roger Fontaine “o desafio do futuro não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo” (2000:2).

Por esta razão, *actores sociais seniores* da sociedade hodierna, principalmente aqueles que têm as férias pagas, costumam deslocar-se anualmente do seu território, meio ambiente e/ou *habitat* natural para reencontrar, numa atmosfera nova, um espaço de reabilitação física, terapêutico e de *sedentarização temporária* (cf. Ferreira, 1995: 94).

A prática de fazer férias anuais, por um lado, tende a estar cada vez mais enraizado na cultura e no imaginário colectivo das sociedades ocidentais contemporâneas. Hoje é um indicador essencial de qualidade de vida das populações. Por outro lado, assistimos à valorização da cura da doença adquirida através de elementos naturais ou extraídos da natureza, em detrimento da cura adquirida pela quimioterapia. São factores que estão presentes no imaginário dos indivíduos seniores da sociedade contemporânea, e constituem condições emergentes para o desenvolvimento do turismo sénior, ou melhor dito, do turismo, em geral, Português. Não é por caso, que o turismo, é considerado um sector estratégico, entre os eixos de sustentação do modelo de desenvolvimento económico e social nacional e que configura, em conjunto com o lazer, um dos *clusters* com maiores margens de crescimento, desenvolvimento económico, cultural e social.

O turismo afirma-se, cada vez mais, como um fenómeno pluridimensional e um factor fundamental de desenvolvimento económico das sociedades modernas.

Assim sendo, para além da posição que o turismo ocupa hoje no mundo, como criador de emprego, constitui-se como sendo o 1.º sector económico da Europa e o 3.º a nível planetário só ultrapassado pela indústria petrolífera e automóvel, o que obrigará a uma reflexão por parte das entidades turísticas, por forma a tornar este sector cada vez mais competitivo e promotor de qualidade de vida dos seus clientes.

No que respeita ao turismo sénior, defendemos a concepção que: à medida que o progresso foi criando riqueza, o aumento da produtividade foi reduzindo o tempo de trabalho, o estado providência

foi atribuindo as reformas a partir dos 65 anos de idade, e aliado ao aumento da esperança de vida, mais tempo livre ficou à disposição dos seniores para que nesse tempo desenvolvessem actividades de lazer, de criatividade e de liberdade de fazer aquilo que não se teve tempo de fazer nas fases da vida humana anteriores.

Por isso, actualmente, começa a emergir depois dos 65 anos de idade, a tendência para a exibição das práticas de actividades de turismo e de lazer como ostentação de uma atitude de distinção de classe e de qualidade de vida.

ETIMOLOGIA DOS TERMOS: TURISMO SÊNIOR

Existem três aproximações distintas à etimologia de turismo. A primeira identifica a sua origem no latim (*Torn*), a segundo remonta a sua origem ao antigo hebraico (*Tur*) e a terceira parece relacionar o referido termo com um apelido aristocrático francês ligado ao transporte com a Inglaterra (*“Da Tour”*). Os especialistas, nesta matéria, admitem que o turismo tem a sua raiz em *tour*, que procede da língua inglesa. Uma vez que *tour* significa prazer de viajar através de um país, de uma aldeia, vila ou cidade, visitando lugares ou coisas de interesse (cf. Alvarez, 1994: 26-27).

Se examinarmos a história do turismo aferimos que esta integra a história das sociedades. No entanto, o turismo como actividade organizada constitui um “fenómeno” recente, tendo como antecedente a viagem. É através da viagem que o turista descobre novas formas de apropriação do espaço. Por isso o turista viaja visitando lugares com finalidade recreativa ou em busca de uma excitação ou uma sensação agradável (cf. Norbert e Dunning, 1992:101).

Turismo é então um fenómeno social que pressupõe o afastamento das pessoas da residência habitual para se dedicarem a actividades de recreio, descanso e lazer. Rita Jerónimo sustenta que:

“Turismo tem sido a palavra escolhida para designar as experiências dos indivíduos durante o tempo de lazer. Se o lazer é libertação temporária das obrigações impostas pela vida quotidiana, uma pessoa torna-se ‘turista’ quando se desembaraça dos constrangimentos do trabalho e do tempo e procura contrates com a existência a locais quotidianos através das

deslocações para um espaço diferente” (cf. Daumard 1982, MacCannell 1976, citados por Jerónimo, 2003: 161).

A generalidade dos estudos associam a origem do turismo, enquanto *prática social*, às viagens de formação que os jovens da aristocracia inglesa realizavam pela Europa como complemento à sua educação. Estas viagens ficaram conhecidas a partir do século XVIII por *The Grand Tour*, expressão que deu origem à actual designação de turismo (cf. Conceição, 1998: 67-68).

“Turismo é toda a viagem realizada para fora do domicílio habitual por um período superior a 24 horas e inferior a um ano, por motivos de lazer” (Boyer, 1972:8), isto por um lado, por outro lado, também se pode chamar viagem a toda a deslocação realizada pelo homem à procura de determinados valores que habitualmente não estão ao seu alcance: como o conhecimento, o ambiente paradisíaco, ambiente de retiro... quando a viagem tem como meta chegar a um centro religioso, ou lugar de uma determinada experiência religiosa, ou de tingir uma prenda de salvação ou de cura de alguma doença grave, embora se prefira denominá-la de peregrinação, dentro desta perspectiva podemos incluir o excursionismo, turismo de saúde e termalismo sénior. Uma vez que a viagem, para os actores sociais seniores comporta uma tentativa de mudança e de libertação da rotina diária, porque o quotidiano subjuga e limita; a viagem surge para o indivíduo, como uma possibilidade de romper e de se evadir¹ dessas limitações.

Mas ao falar-se de turismo sénior, no caso português, ter-se-á de associar, necessariamente a esta actividade às termas e ao termalismo, como refere Carminda Cavaco:

“O termalismo é uma das formas mais antigas de turismo, tomado este num sentido lato. O território português não constitui excepção, até pela sua riqueza em nascentes termominerais, cuja as águas são tidas pelos seus habituais utentes, desde há muito tempo, como meios eficazes de cura para muitas doenças e, inclusive, para algumas pessoas como ‘santas’. A sua eficácia observa-se em muitas doenças, como reumatismo e doenças de pele, das vias digestivas e respiratórias e, várias outras” (Cavaco, 1979:1).

¹ Viajar “significa olhar os lugares”. A viagem conduz ao mais além. Por isso temos inúmeros exemplos viajantes místicos: Gilgamesh, Ulisses, Abraão... a viagem deste último herói possui um significado de vocação, “*sai da tua terra...*” (Gén. 12,1): trata-se da viagem ao desconhecido por razões de fé ou crença”.

O encontro turístico é constituído por uma transacção entre dois grupos de pessoas estranhas, com diferentes *backgrounds* culturais: os anfitriões e os hóspedes. Mas o que os diferencia verdadeiramente é o facto de uns estarem a trabalhar enquanto outros desfrutam do seu tempo de lazer. Enquanto dura a transacção, os forasteiros ou os hóspedes ostentam símbolos com uma conotação positiva, de um tipo ideal e maneira de estar na vida, enquanto que as populações locais (anfitriões) tentam retirar o maior lucro possível da presença dos forasteiros (cf. Smith, 1978 citados por Jerónimo, 2003: 163).

Nos países onde actividade turística constitui um levado contributo para o desenvolvimento da economia nacional, aqui podemos enquadrar o caso português, a hotelaria e a restauração (*Hospitality*) estão inseridos no *Tourism*, sendo este o “chapéu” que acolhe as diversas actividades indispensáveis para a satisfação das necessidades dos visitantes (Chen e Grovers, 1999), neste caso do turismo sénior e/ou do turismo em geral.

As diversas definições de turismo existentes tendem a reflectir a opinião e práticas sociais dos vários sectores envolvidos no turismo, com interpretações aplicadas a diferentes contextos. Como vêm dizendo autores como Przeclawski (1993 e Ernawati, 2003) a abordagem interdisciplinar do turismo, salienta que permite a integração das diferentes perspectivas, numa síntese holística das várias epistemologias e técnicas da abordagem.

O turismo tende a afirmar-se como um conjunto de actividades-líder do sector de serviços na actual civilização do ócio e tempo livre e entende-se, cada vez mais, por um lado, como um fenómeno complexo que inclui um vasto conjunto de variáveis sócio culturais, económicas, ecológicas, política, etnográficas, antropológicas, sociais e tecnológicas, adaptadas aos públicos seniores. Por outro lado, esta actividades-líder afirma-se com o aumento contínua da população sénior a nível mundial e Portugal não foge à regra, Como nos informa as estatísticas¹, que por sua vez vai fazer com que aumente as potenciais clientelas do turismo sénior.

¹ O aumento da esperança de vida devido ao progresso da medicina que com todo o seu aparato tecnológico desenvolvido para enfrentar as doenças crónicas, favorece a longevidade, tem contribuído para um aumento significativo de bem-estar social¹ da população idosa.

A crescente visibilidade social desta faixa populacional tem exigido das sociedades e do poder público um novo e sensível olhar sob a forma de investimento em políticas sociais que contemplem o idoso nas suas necessidades

As diversas actividades do turismo (turismo sénior) distribuem-se, regra geral, por diversos sectores de actividades, directa ou indirectamente ligados às viagens realizadas pelos seniores (Gunn, 1998), que evidencia o afastamento do domicílio habitual por um período superior a 24 horas e inferior a um ano, por motivos de lazer e/ou turismo de saúde.

Na sua globalidade o turismo sénior exige um conjunto de actividades-líder, as quais exigem um conjunto diversificado de formações e áreas do saber, o que implica a disponibilidade de existência e articulação da actuação de diferentes perfis pessoal¹, bem como, de competências de formação profissional, exigidas ao pessoal que acolhe os visitantes seniores, que de um modo geral, podemos enquadrar nas seguintes sub-áreas do turismo: Turismo, Hotelaria e Restauração.

O Estado de Bem-Estar, vai proporcionar aos seniores, aspectos económicos e de integração/inclusão social que o sistema produtivo funcional lhes tirou. Tal integração/inclusão é planificada mediante, clubes, instituições e equipamento sociais vocacionados para atender e prestar serviço de apoio à população sénior, bem como, organizar actividades turísticas, adaptadas aos seniores, tais como: excursões, viagens turísticas, colónias de férias na praia e na montanha, bem como promover o Programa de “Saúde e Termalismo Sénior”, através da INATEL.

O turismo sénior afirma-se como uma componente de grande relevo e alcance estratégico da nova estruturação intitulada de “Sociedade do lazer”, começando a ser encarado como um segmento de mercado emergente, com um franco potencial de valorização, com repercussões positivas na economia e no desenvolvimento dos destinos turísticos de eleição desta “nova” clientela, (cf. Ferreira, et. al. 2001: 23).

psicossociais, económicas e culturais. A sociedade e o Estado não podem ignorar mais o idoso, que se tornou actor de relevo na cena política, económica, turística e social... quer a nível nacional quer internacional. Se tivermos em conta o universo a que se destina o Programa das Políticas de Apoio à Velhice é de 1.709.099 idosos residentes em Portugal, representando 16,5% da população com esperança média de vida à nascença de 80,3 anos para as mulheres e 73,5 anos para os homens, tomamos consciência que a sua concretização é, de facto, um “*imperativo de natureza ética*”¹ (Calçada:2006: 119).

¹ Podemos dizer que é a lista de competências, qualificações e características requeridas para o quadro de pessoal afecto a projectos de desenvolvimento de actividades dirigidas ao turismo sénior.

A elegibilidade dos utentes do Programa “Turismo Sénior”, em 1995/96 tinha como destinatários os pensionistas por velhice, invalidez ou viuvez com pelo menos 60 anos ou qualquer cidadão português com idade igual ou superior a 65 anos.

No Programa de 2000 houve uma alteração na idade de participação, podendo nele ingressar todos os cidadãos portugueses com idade igual ou superior a 60 anos. Aos participantes é dada a possibilidade de serem acompanhados pelos cônjuges ou por um outro acompanhante, maior de 18 anos, caso o actor social necessite de apoio (cf. Ferreira, et al, 2001:38).

Podemos dizer que o turismo sénior, independentemente das suas modalidades e características, como factor integrante das realidades culturais e dos estilos de vida sociais, implica na generalidade, em maior o menor grau, de um processo de mudança. De qualquer forma, pode dizer-se que, apesar do turismo sénior se constituir como um fenómeno social e cultural, apresenta, no entanto algumas características inerentes aos processos globais das transformações das sociedades, presente nas sociedades locais. O fenómeno do turismo está empregando num duplo processo: de invenção¹ da distinção e pela sua difusão capilar, como afirma Marc Boyer: *“l’ évolution du tourisme est toujours, commandée par le double processus de l’invention de la distinction e de diffusion capillaire”*² (Boyer, 1982:250).

Um exemplo disso é o turismo sénior das elites sociais, que começou por integrar algumas práticas que eram exclusivas e constituem privilégios destas, e que foram democratizadas à posterior através de processos de imitação por estratos populacionais mais baixos (Calçada: 20006).

¹ Este vocábulo remete fundamentalmente para a ideia da representação da realidade, contrariamente à noção de descoberta que evoca um processo de descodificação de algo que já existia, embora de uma forma latente no que respeita a dada prática turística ou de lazer. Da leitura do texto de Florence Deprest podemos inferir que na “invenção” o turista é criador de uma determinada qualidade turística. Tomando como exemplo o caso da praia, consiste em assinalar os factores intrínsecos da invenção assente na referida representação e apropriação do espaço. Segundo Deprest existem alguns factores que caracterizam a “descoberta”, quando se inicia uma actividade (turística) num território que já existe, associa-se a descoberta ao processo de exploração (cf. Deprest, 1999: 95).

² “A evolução do turismo hoje em dia, é comanda pelo duplo processo de invenção da distinção e pela sua difusão capilar” (Boyer, 1982:250, tradução nossa).

Por conseguinte, pensamos que há outros factores que deverão ser objecto da nossa análise deste “fenómeno”, uma vez que encontramos autores como Krippendorf (1989) que consideram que o turismo revela e evoca o contra-quotidino, pretendendo com isso representar que o turista termalista sénior procura, com frequência, quebrar as regras, as normas, ou seja, as barreiras que enfrenta na sua vida quotidiana e que o limitam e vinculam. O passar uma temporada nas termas torna-se uma ocasião para a transgressão e perversão das regras do quotidiano dos indivíduos.

TURISMO SÉNIOR EM PORTUGAL

No âmbito do turismo sénior não podemos esquecer o vector do turismo de saúde e o termalismo.

O termalismo constituiu, desde a antiguidade até aos nossos dias, uma actividade humana desencadeada a partir da exploração de um recurso natural – a água – e do aproveitamento das suas diversas propriedades – quimismo, temperatura, entre outras – para uso terapêutico. Para os gregos e romanos, as nascentes de água minero-medicinais eram uma dádiva dos deuses. Minerva, Vulcano e sobretudo Hércules eram festejados e adorados pelos gregos e cabendo aos romanos atribuir a um Deus ou a uma Ninfa a titularidade de cada estância termal.

É, porém, interessante notar que, quer no tempo da dominação romana quer na Idade Média, ainda que algumas estâncias se localizassem próximo do mar, não existia, como hoje, o gosto e o culto dos banhos tomados no mar e dos banhos de sol à beira-mar, razão pela qual se construíam piscinas de água salgada onde os frequentadores preferiam banhar-se. Estamos aqui perante os antípodas da talassoterapia e do talassolazer.

Nos séculos XVII e XVIII estabeleceu-se uma clivagem entre as estâncias termais existentes na Europa: umas passaram a ser fundamentalmente estâncias de recreio e divertimento, onde se realizavam festivais, concertos, concursos... enquanto que outras foram perdendo as características de centros mundanos e distinguiram-se pela valorização da qualidade e características das suas águas (cf. Domingues, 1990: 312).

O aproveitamento de nascentes de águas termais para fins terapêuticos em Portugal remonta ao período pré-românico, mas a sua ampla difusão pelo território deve ser atribuída sobretudo à presença dos romanos na Península Ibérica. O “culto do banho” (Mangorrinha, 2000: 33, citado em

AAVV, 2001: 24) tinha o objectivo de prevenção/recuperação/reabilitação da saúde mental, mas também um valor social, para a prática do lazer/ócio e de contacto entre os profissionais/negócios.

Das termas que definham conhecem-se vestígios arqueológicos tão significativos como Conimbriga, Lisboa, Miróbriga, Óbidos e Aljustrel. Outras desenvolveram-se durante a presença romana em Portugal e conseguiram chegar até hoje, resistindo ao tempo, à acção dos homens e às modas, salientando-se entre outras: as de Chaves, Gerês, Monte Real, S. Pedro do Sul... (cf. AAVV, 2001: 25).

Em Portugal, a época áurea das estâncias termais foi relativamente curta e a sua sobrevivência deveu-se sobretudo, entre os finais do séc. XIX e princípios do séc. XX, à sua frequência pelos emigrantes, que regressavam do Brasil ou de África, no período de férias. A partir de então as termas foram perdendo paulatinamente a importância que detinham como locais de veraneio, “o *predomínio da vocação lúdica das termas começou a esmorecer a partir do início da década de 1930 e viria a reflectir-se, nas décadas de 1950 e 1960, num acentuado declínio do turismo termal. Face à concorrência crescente de novos espaços de férias, em particular as praias, as termas foram perdendo terreno, tanto no que se refere à capacidade de captar clientelas, como no que diz respeito à mobilização de investimento de capitais*” (Ferreira, 1995: 10).

Depois da queda do regime ditatorial, em 25 de Abril 1974, o Estado Português criou programas de apoio financeiro para as pessoas que necessitavam de tratamentos termais, institucionalizou aquilo que ficou conhecido pelo nome de *termalismo social*. Com esta intervenção, quis promover a reabilitação da terapêutica termal, dando-lhe o mesmo estatuto das técnicas medicinais institucionalmente consagradas. Estimulando simultaneamente o crescimento e o alargamento social da procura das termas, pela concessão de subsídios aos beneficiários da Segurança Social, que se deslocavam às termas para realizar tratamentos.

Esta intervenção estatal, apoiada pelos médicos de família, levou a uma concepção muito específica das termas. A estadia anual nas termas passou a ser entendida como uma forma eficaz de revitalizar ciclicamente o emprego sazonal, ao mesmo tempo, dar a oportunidade às classes populares de gozar férias fora de casa subsidiadas pelo Estado.

Desta medida resultou um incremento massivo da procura terapêutica das termas. Transformaram-se em centros de terapia e lazer balnear de cariz predominantemente popular, e com uma clientela cada vez mais pertencente à população sénior ou Terceira Idade ou Quarta Idade.

Construía-se um novo segmento entre o lazer e terapia nas termas. Que contrariava a tendência daquilo que acontecera no início do século, a dimensão terapêutica ofuscou a dimensão lúdica. As termas passaram a ser nomeadas por uma comunidade de *aquistas* que, no espaço da estância, vivia uma sociabilidade construída em torno da doença e dos rituais da terapia. A dimensão lúdica da estadia nas termas passou assim a estar sujeita aos rituais impostos pelos tratamentos termais. As sociabilidades forjadas pelos *aquistas* baseavam-se essencialmente na partilha de um quadro de valores ligados às doenças e aos riscos mórbidos do processo de envelhecimento.

Em 1995, o Estado promoveu o programa designado “Saúde e Termalismo”, embora não exclusivo para seniores, em regime de auto-férias¹. Neste trabalho não nos debruçamos sobre o estudo do contexto de renovação das clientelas e de reinvenção das práticas termais, mas sobre os sujeitos da cura, os doentes, que constituirão, tal como os agentes curadores, as águas, as práticas e rituais termais, os profissionais de balneoterapia, as unidades de análise primárias, do estudo do turismo, saúde e termalismo sénior.

¹ Em 1997, o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho promoveram o Programa “Saúde e Termalismo Seniores”. Este programa, foi criado por Despacho Conjunto dos dois Ministérios, foi desde sempre participado pelo PAII – Programa de Apoio Integrado a Idosos. O PAII encarava esta iniciativa como uma medida para assegurar a mobilidade dos idosos e a acessibilidade a benefício/serviços termais. A sua finalidade é facilitar o acesso a estâncias termais, localizadas em Portugal Continental, aos seniores maiores de 60 anos necessitados de tratamento termal, aconselhado por indicação e prescrição médica. Pretende-se conciliar esta terapia com o aproveitamento de tempos livres, preços reduzidos, segurança e assistência e, adicionalmente, o fomento da estimulação da actividade das estâncias termais (cf. AAVV, *op. cit.*: 62).

Ao que parece depois de passar a euforia inicial do termalismo social, actualmente o crescimento da clientela das termas tem-se processado à custa de veraneantes motivados não pelas virtudes terapêuticas das minero-medicinais, mas pela ambiência paisagístico-social do local. As termas têm vindo a viver um novo surto de desenvolvimento, em resposta à procura, por parte das novas elites e classes médias urbanas, de destinos alternativos aos grandes centros turísticos de massas. As estâncias termais estão a ser (re) descobertas por estes grupos que procuram espaços de férias intimistas, restritivas e repousantes, ao mesmo tempo que tem serviços orientados para os cuidados com o corpo, que se situam na fronteira entre a medicina, a estética, o desporto e o lazer.

A ANIMAÇÃO TURÍSTICA NO TURISMO SÉNIOR

O termo tem suas origens já no início do século XX e vem do latim *animare* do grego *σπρουδη, προθυμια*, que significa “dar vida a”. Observa Christiane Paul em seu livro *Digital Art*, a animação configura-se como um género que resiste às classificações, muito pelo fato de misturar disciplinas e técnicas e de ainda existir na fronteira entre entretenimento e arte (2003:110).

A animação, em qualquer das suas modalidades, adquiriu grande importância para todos os actores sociais das sociedades actuais. Este facto deve-se à sua vitalidade como uma boa prática e como metodologia no fomento de levar à participação dos indivíduos na vida da comunidade e desenvolvimento da democracia: no sentido da democracia representativa para a democracia participativa. Por isso a animação nas suas mais variadas modalidades emergiu nas comunidades sempre em determinadas circunstâncias históricas, sociais, culturais, religiosas ecológicas..., onde muitos profissionais trabalham como “animadores” com o propósito de materializar, de alguma forma a utopia da transformação e da mudança social.

A animação tem como finalidade de potenciar e desenvolver as capacidades humanas de relação, de convivência e de interajuda com/do “outro”, por isso possui o efeito de fazer acreditar, como defende Quintas e Sánchez: “*que tudo é possível quando a gente se reúne para criar projectos comuns e participativos na procura de uma maior qualidade de vida e de um renovado bem-estar social nos destinos de recepção*”¹. Parece haver uma necessidade sentida e generalizada de vivenciar a solidariedade e o compromisso entre os diversos actores sociais de uma colectividade. Qualquer perfil de animador deve ser produtor de inquietude mostrando-se como vitalizador do social na sua área de actuação de animação, seja ela sociocultural, religiosa, turística animação turística deve mobilizar, inventariar e intervir junto das pessoas propondo-lhe sempre uma forma de as tirar da rotina do seu quotidiano, por isso é que animação é quase sempre sentida como uma provocação. Dito de outra forma e mais sucinta, “que não sofram as realidades mas que actuem na mudança delas”.

A animação será, hoje em dia, um óptimo ingrediente para estimular o fenómeno socialização, como realidade que é comum aos seres humanos e aos animais. Neste contexto a animação funciona como um elo de ligação na adaptação do indivíduo a uma determinada forma

¹ COSTA, Angelina et. al, (2003), *Prática de animação sociocultural*, Lisboa, Ed. Ministério da Educação, p.3.

social. A cultura é o grande facto diferenciador que distingue a sociedade humana em relação às sociedades rudimentares próprias de algumas espécies de animais. Muitas vezes ouvimos dizer que a cultura é “tudo o que é criado pelo ser humano para além do biológico”. No entanto penso que a cultura está fortemente enraizada na biologia humana especialmente no sistema nervoso do homem. O autor de da Obra *A Decadência do Ocidente*, Oswald Spengler, escreveu que a história da humanidade representa:

*“O drama de um número de culturas poderosas, cada uma das quais brotou com força primitiva do solo de uma região mãe, à qual segue intimamente unida durante o seu ciclo vital; cada uma da qual modelou o seu material, o seu género humano, a sua própria imagem, cada uma das quais tem as suas própria ideias, as suas próprias posições, a sua própria vida, vontade e sentimentos, e sua própria morte...”*¹.

Esta visão exalta as culturas como os grandes seres vivos submetidos a seu ciclo vital, mas onnipresentes na história de cada povo ou nações.

Na verdade, a cultura desempenha para o homem uma função similar à do instinto para a adaptação do indivíduo a si mesmo e ao seu entorno social. Embora subsistam as diferenças entre ambos.

Verificamos que existe, em Portugal, a falta de animadores turísticos em geral. Esta realidade nota-se na ausência de animação turística, manifestando-se na área do turismo em geral, mas acentuando-se no turismo sénior, nomeadamente, nas actividades turísticas para seniores: termais, culturais, históricas, ecológicas, marítimas, ... bem como, nas actividades turísticas para seniores de aventura, de montanha, de promoção da economia, de gastronomia local, ... Isto tende a agudizar-se e cada vez mais, uma vez as Regiões de Turismo de Portugal não elaboram uma “análise estratégica prospectiva do turismo, nem da animação turística para seniores”.

¹ ANLEO -, Juan González; *Para Comprender la Sociología*, Ed. Verbo Divino, Estella (Navarra), 1991, p. 248.

Em Portugal, em termos de turismo sénior, não é muito significativo o peso dos visitantes, que visitam lugares de acolhimento, motivados, única e simplesmente, pela animação turística, adequadas para os seniores.

O CONSUMO E PRÁTICAS DE ACTIVIDADES TURÍSTICAS INVENTADAS COMO QUALIDADE DE VIDA PARA OS SÉNIORES

A óptica pós-moderna analisa o envelhecimento como um aspecto básico da mudança social, onde já não tem tanta importância o *status* socio-económico devido ao declive da hegemonia do trabalho, ao nascimento de culturas pluralistas e (des) hierarquizadas com múltiplos estilos de vida, que não se baseiam na produtividade mas no consumo (cf. Villaverde Cabral, *et al.*, 2002: 61-62). Tudo isto vai fazer com que se esbatam as fronteiras entre os limites que separam a juventude, a maturidade e a velhice. O que vai contribuir para o abandono do modelo de análise da última faixa etária da vida humana como “patologia social” e se propõem aproximações teóricas emancipatórias (cf. Martin, 2001:68-68) onde se perspectiva a velhice, prognosticada como o tempo oportuno para concretizar objectivos, o que antes não era possível, como viajar, fazer tratamentos termais, praticar desporto num ginásio orientado por um técnico, aprendizagem de artes, como música e pintura,... Antes não se fazia e nem se praticava por falta de recursos económicos ou não se tinha disponibilidade de tempo, para levar a cabo esses objectivos, porque se estava a ajudar os filhos a criar os netos, etc.

Daí que, na última década do século XX, tenham ganho corpo duas perspectivas paradoxais de encarar o envelhecimento nas sociedades contemporâneas, uma de contornos “pessimista” e outra “optimista”. Esta última surgiu na tentativa de contrariar a ideia comum de que o envelhecimento é um processo de crescente dependência do indivíduo, seja em relação ao Estado ou em relação à família. Os adeptos da abordagem “optimista”, como Laslett (1987 e 1989) ou Featherstone e Hepworth (1989 e 1999) descrevem o processo de envelhecimento, não como algo negativo, mas como um desafio (Calçada, 2006: 42).

Laslett (1989) sustenta que “a *terceira idade* constitui uma oportunidade para os indivíduos, libertos do trabalho e das obrigações da paternidade/maternidade, poderem dedicar-se

livremente aos seus objectivo e actividades preferidas sem constrangimentos", (citado por Villaverde Cabral et al., 2002:63). Por sua vez Featherstone e Hepworth falam da progressiva quebra de barreiras entre a 'segunda' e a 'terceira idade', assim como da revalorização desta última à luz dos valores e práticas sociais da 'segunda idade' ou mesmo dos grupos etários mais novos.

A extensão das pautas de consumo cultural e turístico aos actores sociais seniores, bem como o investimento em práticas de manutenção da forma física, são indicativos da adopção, por parte do idosos, dos estilos de vida que até há pouco tempo se pensava estarem confinados a um *estádio de vida* individual e geracional específico¹.

Perante esta perspectiva, estamos assistir, por um lado a um nivelamento da esperança de vida entre grupos sociais e, por outro a circunscrever a morbilidade para a "quarta idade", tida como um período de degradação da saúde, de consumo de cuidados de serviços médicos e de enfermagem, desembocando quase sempre na (crónico)-dependência.

O envelhecimento é visto como uma trajectória gradual, descendente, com declínio do funcionamento psicológico e cognitivo, falta de controlo sobre o corpo, uma experiência cumulativa de aumento da vulnerabilidade social e emotiva, um sentimento de desânimo, e perda de controlo do meio psicológico (cf. Fry, 1989 citado por Paúl, 1997:25).

Estando a população mundial a envelhecer constata-se que as actividades relacionadas com o turismo, saúde e termalismo sénior se tornam segmentos que se deverão desenvolver de forma considerável, nos próximos anos, tanto à escala nacional como mundial, de modo a satisfazer as necessidades reais e as motivações da procura.

A longevidade é um ideal e uma conquista do desenvolvimento e do progresso. E por isso o prolongamento da vida teve como consequência, na Europa Ocidental, o *papy-boom* em oposição ao *baby-boom*, das décadas de 50-60, actualiza-se a profecia presente no livro sagrado de Isaías, do Antigo Testamento: "*quem não chegar aos cem anos será como um amaldiçoado*"(Is. 65,20)... A tradição hebraico-cristã, afirma que a sociedade deve aceitar o contar dos dias com dignidade e com a sabedoria que vem do coração (cf. SL. 90,12), com ânimo positivo e fase produtiva: "*até na*

¹ Ainda que "*sujeito a limitações biológicas, o percurso de vida individual é transformado numa arena sócio-psicológica de potencial de energia positiva criativa*", (Hepworth, 1998: 154 citado por Villaverde Cabral, 2002:63).

velhice darão frutos e hão-de manter sempre a seiva e o frescor (SL 92,15), o slogan da OMS, em 1979, vem reforçar este sentido, quando afirma que o que importa é *“dar mais anos à vida e mais vida aos anos”*, ou ainda, como observou Roger Fontaine: *“o desafio do futuro não será dar tempo ao tempo, mas dar qualidade ao tempo”* (Fontaine, 2000:2).

A prática social dos actores fazerem férias anuais tende a estar cada vez mais enraizada na cultura e no imaginário colectivo das sociedades ocidentais contemporâneas, sendo esta prática inventada como uma tentativa de dar mais qualidade à vida. Hoje é considerado um indicador essencial de distinção e ostentação de Qualidade de Vida (QV) dos actores sociais seniores, uma vez que a qualidade de vida é descrita como um juízo subjectivo, no qual está presente a consciência do sujeito do grau em que se alcance a satisfação das necessidades e de um sentimento de bem-estar pessoal, associado a determinados indicadores objectivos, nomeadamente comportamentais, biomédicos, psicológicos, socioculturais, lazer, qualidade habitacional e do espaço, poder de compra, oportunidade de viajar, auto-estima, auto-conceito... (cf. Ballesteros, 1994).

Neste contexto faz sentido a abordagem do conceito de “qualidade de vida”, como um constructo multi-pluri-trans-dimencional, embora esta conceitualização seja difícil, uma vez que:

“A qualidade de vida (...) pode significar coisas diferentes para diferentes pessoas, dependendo, em grande medida, de factores que vão desde valores culturais do próprio indivíduo até aos de ordem económica (...) abrange concomitantemente os aspectos subjectivos e objectivos” (Amorim, 1999:28).

O conceito de QV para os seniores abarca um processo dinâmico, no qual se pode incluir a história de vida de cada um deles e os respectivos estilos de vida que resultam na representação social de qualidade de vida no momento presente, para os actores sociais.

CONCLUSÃO

Com esta breve análise alusiva ao tema *“Turismo Sénior: (Re) Contextualização das clientelas turísticas seniores”* parece que se impõem algumas conclusões:

As actividades turísticas para os seniores são percebidas, por este grupo social, como sendo dotadas de dupla especialização e como um espaço de férias plurifacetado, onde se cruzam clientelas com motivações heterogéneas. Que procuram a através das actividades de

animação turística uma finalidade recreativa, bem como, a busca de uma excitação agradável, nomeadamente, das actividades, de lazer, que promovam a valorização do “estar em forma” (*physical fitness*), da manutenção do mito da eterna juventude e da prevenção dos efeitos nocivos dos factores que aceleram o envelhecimento físico do corpo. Parece haver uma espécie de “culto do belo” por estas “elites seniores” veraneantes. Por isso orientam, todavia as suas motivações para práticas de lazer prestadas pelos serviços de *body building* e *body maintenance*, como seja a frequência de programas de reabilitação física, sauna, banhos de embelezamento, tratamento de relaxamento anti-stress... entre outros serviços oferecidos pelos destinos de acolhimento turístico.

As estâncias termais são os destinos turísticos de eleição de muitos seniores devido á sua vertente de lazer e em busca da cura para as “maleitas”. Uma vez que, vigiar a saúde torna-se imperativo quando se vence a barreira dos 50 anos de idade. Não é um exclusivo dos mais velhos, mas a idade impõe que se controlem os riscos e factores nocivos, de modo a envelhecer-se com qualidade e autonomia.

O turismo de vilegiatura sénior, ou o excursionismo é o mais comum em Portugal. É intuído pelo sénior que realiza a excursão como ostentação de qualidade de vida e distinção de classe, ou melhor é percebido como algo que o faz participar, de alguma maneira dos estilos de vida próprios das elites sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AAVV, (2001), *Programas “Turismo Sénior” e “Saúde e Termalismo” em Portugal - 1995/2000: Estudo de impacto sócio-económico*, Lisboa, Ed. INATEL.

ABRAU, Paula, (Outubro de 1995), “Turismo internacional de jovens: o universo das formas, dos motivos e das representações juvenis sobre a viagem”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 43, pp. 69-91.

ALVAREZ Sousa, António (1994), *El ocio turístico en las sociedades industriales*, Barcelona, Bosch

CALÇADA, J., (2006), *Turismo, saúde e termalismo sénior: a produção de imagens e práticas sociais dos destinos termais*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.

CHEN, K-C. & GROVES, D., (1999), “The importance of examining philosophical relationships between tourism and hospitality curricula”, *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. XI (1), 37-42.

CORIOLANO, Luzia Neide, M. Teixeira, (Julho de 2002), “A Produção da imagem dos lugares turísticos”, in *Veredas – Revista Científica de Turismo*, Ano I, N.º 1, pp. 59-70.

DOMINGUES, Celestino M., (1990), “Turismo”, *Dicionário Técnico de Turismo*, Lisboa, Ed. Dom Quixote, pp. 326-369.

FERREIRA, Claudino, (Outubro de 1995), "Estilos de vida, práticas e representações sociais dos termalistas. O caso das termas da Cúria", in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 43, pp. 93-122.

JACOB, Luís, (2001), *Os serviços para idosos em Portugal*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, ISCTE.

MORIN, Edgar, (s/d a), *Sociologia: A sociologia do microssocial ao macroplanetário*, Sintra-Mem Martins, Ed. Publicações Europa-América.

IDEM, (s/d b), *O Homem e a Morte*, Sintra-Mem Martins, Ed. Publicações Europa-América.

MOREIRA, Carlos Diogo (1994), *Planeamento e estratégias da investigação social*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas de Lisboa.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. (1990), *Basics of qualitative research. Grounded Theory procedures and techniques*, Newbury Park, CA, Sage.

URRY, John, (1996), *O olhar do turista: lazer e viagem nas sociedades contemporâneas*, São Paulo, Ed. Estúdio Nobel/SESC.

Promoção da Autonomia nas Instituições de Idosos

Cristina Rosa Soares Lavareda Baixinho

RESUMO

O envelhecimento da população, com subsequente aumento da esperança média de vida, as doenças crónicas, as incapacidades resultantes da sinistralidade e o aumento da incidência e prevalência de sequelas, (secundárias a patologias diversas, bem como ao processo de envelhecimento), traduzem-se em limitações temporárias ou permanentes para a satisfação das necessidades humanas fundamentais.

A própria “institucionalização” da pessoa idosa em serviços de apoio, condiciona a sua autonomia, pela diminuição da tomada de decisão, rotinização das actividades e parca possibilidade de participação nos cuidados que lhe são prestados.

Estes factores vão progressivamente ou até abruptamente favorecer a perda de capacidades funcionais motoras e cognitivas, gerando um ciclo vicioso que promove sobre todas as formas a dependência.

Palavras chave: Idoso, Instituição, Dependência Autonomia.

*“Qualidade nunca é um acidente.
Ela resulta sempre de um esforço inteligente.”*

John Ruskin

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O aumento da **esperança de vida** e da **prevalência de doenças crónicas** têm consequências directas no número de indivíduos com deficiência (cerca de um milhão e duzentos portugueses apresentam incapacidade física e mais de quinhentos e sessenta mil são portadores de deficiência psíquica). Esta situação conduz com frequência à restrição da participação da vida em sociedade, à necessidade de alterar o seu projecto de vida (individual e familiar) e a um forte impacto emocional (Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara; Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian; Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil; Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, 2005).

Das causas de “restrição física” nos idosos sobressaem as alterações do aparelho osteoarticular (fracturas do colo do fémur e artroses), as doenças cérebro-vasculares e as perturbações da visão e da audição.

Os idosos são um grupo socialmente vulnerável. Num estudo realizado por Berger e Mailloux-poirier (1999), citados por Cabete (2004) conclui-se que entre 70% a 86% dos idosos têm, pelo menos, um problema crónico, 37,2% tem artrite ou reumatismo (patologia que encabeça a lista de doença crónica).

Outro estudo, citado pela mesma autora, efectuado por Lichtenberg, Macneill e Mast (2000) refere que cada idoso apresenta em média 3,5 diagnósticos em simultâneo, sendo que 51% dos idosos tinham osteoporose e 46% doenças articulares degenerativas.

O próprio processo de envelhecimento favorece o desenvolvimento de limitações físicas e/ou sensoriais que dificultam as actividades da vida quotidiana, conduzindo à dependência.

O Plano Nacional de Saúde refere que tem-se dado insuficiente atenção às determinantes da autonomia e da independência” na fase do ciclo vital *envelhecer activamente* e “muitos idosos vivem “acamados” e “sentados” em cadeiras de rodas, quando poderiam ser autónomos.

Como facilmente se compreende a **promoção da independência** é uma pedra basilar no cuidar destas pessoas, dado que o somatório das alterações do envelhecimento com as sequelas provocadas pela entidade nosológica é exponencial, sendo que o resultado traduz que as condições físicas e psíquicas não são as melhores, provocando-lhes elevado grau de dependência.

Essa **dependência** mantém-se ou agrava-se nas instituições condicionando a **qualidade de vida, a morbilidade e a mortalidade**.

A INSTITUIÇÃO E A DEPENDÊNCIA

Na prática da nossa sociedade o internamento numa instituição para a dita “terceira idade” é uma realidade incontornável para uma elevada percentagem de população idosa. Esta situação, por vezes, considerada banal, tão banal que não paramos para reflectir nela e o que esta representará para cada um, tem de certeza significado diferente para cada um dos actores envolvidos – idoso, família, técnicos, ajudantes de lar.

O impacto de ser institucionalizado, transforma-se, rapidamente, numa bola de neve, com aspectos negativos do ponto de vista da saúde individual, gastos em cuidados de saúde e com alterações na dinâmica de vida, cujo custo é de difícil cálculo.

Seria de pensar que a ida para o “Lar” constituísse uma possibilidade de recuperação das limitações, aumento da socialização e melhores cuidados de saúde, contudo isso não se verifica. Na realidade a dita ida para o “Lar” determina alterações quantitativas e qualitativas na qualidade de vida do idoso.

A institucionalização é, para a pessoa idosa, uma situação geradora de stress, angústia, isolamento social, capaz de lhe limitar o desempenho das suas “obrigações” sociais e familiares. As rotinas instituídas, bem conhecidas dos profissionais, são desconhecidas do utente e muito diferentes da sua rotina diária, os profissionais são pessoas estranhas, por vezes, com objectivos diferentes dos seus. Quantas vezes as necessidades reais da pessoa não são as sentidas e as reais não são, também elas diagnosticadas?

As crenças dos profissionais relacionadas com envelhecimento são um factor externo a ter em conta, o facto de serem vistos como doentes, incapacitados, incapazes de tomarem as suas decisões, condiciona o aparecimento, desenvolvimento e perpetuação de comportamentos e atitudes paternalistas ou proteccionistas e de pouco investimento na reabilitação (Cabete, 2004).

Aquilo que dia após dia é repetido e que as ajudantes de lar e os outros profissionais consideram como correcto e bem organizado, não questionando as práticas, funciona, na maioria das vezes, como uma teia de aranha que aprisiona o idoso, limitando-lhe os movimentos e a tomada de decisão, dois aspectos vitais para manter a autonomia física, cognitiva e emocional; porque também as emoções são muitas vezes arregimentadas à vontade de outros.

Nas orientações estratégicas para 2004-2010, do Plano nacional de Saúde (2004:19) lê-se que a população idosa é apoiada “por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais), (...) verifica-se uma insuficiente articulação entre os múltiplos sectores implicados na prestação de cuidados aos idosos”.

Parafraseando Reich (1997), citado por Cabete (2004), tem sido dada pouca atenção à criação de um ambiente agradável que seja estimulante e **promotor da independência**.

A passividade do idoso associada a estar num ambiente estranho, onde lhe é anulada a capacidade de tomar as suas decisões, a atitude paternalista dos cuidadores (formais e família) e o sentimento de que toda a vida tomei conta dos outros, agora cuidem de mim, o medo que este ambiente estranho lhe gera, de entre outros factores, aumenta o risco de queda e vai diminuir a capacidade funcional do idoso.

Apesar de não se ter encontrado dados/estudos em Portugal sobre a perda de autonomia/capacidades funcionais do idoso após a institucionalização, creio, pela experiência profissional a este nível, que a maioria dos idosos perde a autonomia para a realização de uma ou mais actividades de vida diária na primeira semana de “institucionalização”.

Aproveito para referenciar um estudo longitudinal de Sager et al (1996), citados por Cabete (2004), que ao compararam o estado funcional do idoso antes do internamento (por relato do idoso), no momento da alta e três meses após este, concluíram que:

- no momento da alta 59% não apresentavam alterações significativas do desempenho das suas actividades de vida diária, 10% melhoraram e 31% apresentava um declínio;
- após os três meses 11% tinha falecido, 40% apresentava deterioração do estado funcional, em comparação com os índices anteriores ao internamento.

Não deixo de lançar a questão – este foi um estudo efectuado num ambiente específico que é o do meio hospitalar, a realidade nas outras Instituições de apoio ao Idoso será muito diferente. E, se for diferente, será para melhor ou pior?

Não nos podemos esquecer que muitos utentes ficam mais fragilizados e dependentes com a entrada para o lar e a maior parte das instituições não planificam os cuidados com vista à melhoria da condição física e/ou cognitiva, não havendo estratégias para aumentar o potencial individual de cada idoso.

Efectuando uma nova comparação com um estudo realizado em meio hospitalar refiro Meissner, Andolsek, Mears e Fletcher (1989), citados por Cabete (2004) que ao compararem dois grupos de idosos, internados em serviços diferentes em que, num deles, era dado ênfase particular à manutenção do estado funcional dos indivíduos e no outro não, concluíram que o estado funcional diminui no grupo de controlo e no de intervenção houve um aumento das capacidades funcionais quando avaliadas no momento da alta.

Este estudo demonstrou, claramente, que “a diminuição do estado funcional não tem correlação directa com a patologia, mas com o foco de atenção” (Cabete, 2004:38).

O grau de dificuldade/incapacidade para a satisfação das necessidades humanas fundamentais pode ser preditor de uma maior mortalidade (Gallo et al, 2000; citados por Cabete em 2004).

Continua a ser uma realidade incontestável que a pessoa admitida num lar por vários motivos, nomeadamente pela imobilidade – gerada pelo próprio condicionamento físico do lar – e falta de actividades que promovam o movimento ficam, progressivamente, mais dependentes para a realização das suas actividades de vida diária e nota-se uma perda abrupta das suas capacidades funcionais.

A necessidade de dar um X número de banhos num curto espaço de tempo, até para otimizar os recursos, “colide frequentemente com os interesses do idoso, podendo mesmo atropelar a qualidade dos cuidados que estes merecem” (Gomes et al, 2000:159).

De que serve um banho exemplarmente dado pela ajudante de lar se durante o mesmo o idoso (que até tem mobilidade) poderia, mas não o faz sozinho? Será que esta higiene corporal (como qualquer outro cuidado que “substitua o idoso”) traz ganhos ou, pelo contrário, potencia perdas irreversíveis?

Este aumento da dependência acarreta problemas graves pelas dificuldades acrescidas, de todos, em lidar com as situações de dependência. Por um lado promove-se a dependência, por outro, quanto maior ela é, mais dificuldades e maior a complexidade dos cuidados. Consequentemente maior é o gasto de tempo e de “mão de obra” requerida, com aumento das dificuldades na organização do trabalho.

Não deixa de ser um contra senso que justificada numa lógica de poupança de tempo não se dá espaço à pessoa para se auto cuidar, obrigando a níveis elevados de dependência funcional e até a estados confusionais e de agitação psicomotora.

De acordo com Pinto (2000) a agitação física ou verbal, a agressividade, a desorientação, estão associados a vários factores causais salientando de entre eles a alteração dos hábitos de vida, exposição a ruídos desconhecidos, alteração das relações interpessoais.

A ansiedade e depressão podem ser tão ou mais incapacitantes do que o declínio funcional (Cabete, 2004).

A mesma autora, pela leitura dos dados de um estudo de Lieberman et al (1999), realizado com idosos internados para reabilitação após acidente vascular cerebral ou fractura do colo do fémur, refere que apesar de não existir correlação da depressão com o diagnóstico, há correlação com o estado funcional. Quanto maior a recuperação funcional, menores os sinais de depressão. A relação inversa também existe, ou seja, a depressão está relacionada com uma maior dificuldade de recuperação.

É obvio que quanto maior o grau de dependência maior o trabalho e a exaustão dos profissionais, o que nos leva a questionar se esta dependência não poderia ter sido ou prevenida ou reabilitada com uma organização de cuidados diferentes?

PROMOVER A AUTONOMIA DA PESSOA ASSISTIDA

Perspectivar a entrada no lar é perceber e actuar em função da **autonomia** e do **auto cuidado** do outro.

É certo que organizar os cuidados em função da **autonomia da pessoa** não é fácil, mas não é impossível, até porque a solução está em medidas simples como não o substituir e estimular o auto

cuidado, de acordo com as capacidades, promover a actividade física, prevenir quedas e complicações da imobilidade.

Por onde se começa então este percurso de promoção da autonomia?

Para começar é preciso encontrar o problema e caracterizá-lo. A promoção da dependência, ainda que feita de forma inconsciente, é uma realidade de muitos serviços de apoio à terceira idade, mas na sua génese podem estar factores bem diferentes, porque cada local tem uma cultura própria, os profissionais formações diferentes (ou ausência da mesma) e os próprios idosos tem experiências de vida e expectativas diferentes, o que torna cada situação única.

Através da definição dos contornos e implicações dos problemas detectados, na vida daquela pessoa, a equipa deve mobilizar e empenhar-se no **projecto de vida do idoso**, apropriando-se dele, sem o transformar em seu (da equipa).

Uma perspectiva humanista alicerçada no valor do ser humano, no seu existir e na qualidade desse existir, fundamenta que os indivíduos são autónomos e que tem direito de decidir sobre si mesmo, neste contexto o profissional deve agir como “um parceiro em exercício “com” o utente ou “com” a família, e não como um dirigente do exercício “para” ou “em vez” destes” (Augusto et al, 2002: 37).

Começar pela tomada de consciência das práticas relativas aos cuidados e em que medida promovem ou não a autonomia implica, igualmente mobilizar as sinergias necessárias e as acções convergentes para responder às necessidades específicas daquele ser humano. Perceber como esta pessoa reage a esta situação em concreto, (e o seu modo/forma é diferente de todas as outras que passaram por situações semelhantes) e quais as interferências no seu projecto de vida, é essencial, porque se ninguém trabalhar com ele este aspecto e analisar estas dificuldades “que encontra para assegurar as necessidades do quotidiano em relação com as suas condições de vida e como as resolver, a situação desta pessoa vai agravar-se” (Collière, 1989:237).

Esta filosofia de cuidados só existe ao se circunscrever numa acção interpessoal de partilha, porque implica que todos os profissionais adaptem a prestação de cuidados, os seus conhecimentos e competências às capacidades e necessidades, daquele(s), que com ele intervêm no processo de cuidar, ou seja, o idoso.

Hesbeen (2002:XIV) afirma que “o prestador de cuidados tem por missão ajudar as pessoas a criarem uma maneira de viver com sentido para elas e compatível com a sua situação e isso,

independentemente da sua condição física ou da natureza da sua afecção”. Os cuidados só podem ser conceptualizados com sentido para todos os seus actores ao inscreverem-se numa lógica de ganho/mais valias para quem é o alvo dos mesmos.

Deste modo, para além de auxiliar, assistir e estar presente, não substituindo o profissional deve estimular a necessidade de ser independente instruindo, explicando e treinando, conservando as capacidades mantidas, ampliando-as tanto quanto possível, ajudando o binómio pessoa/família a harmonizar o período pré – internamento com a nova situação.

Esta realidade só é possível com o trabalho e envolvimento de toda a equipa multidisciplinar, por isso vamos um pouco atrás neste percurso – se a admissão do idoso na Instituição for trabalhada por toda a **equipa multidisciplinar** (e quando se fala desta incluem-se, obrigatoriamente, idoso e família/pessoas significativas) de certeza que haverá ganhos adicionais para a qualidade de vida. A harmonização do período pré-institucionalização, a comunicação dos objectivos da mesma e como será organizado o seu dia-a-dia (de acordo com a vontade do idoso) minimiza o choque inicial do afastamento do seu meio e da entrada num “mundo” desconhecido, sobre o qual a pessoa tem ideias pré-concebidas, associando a entrada no lar como a última etapa do seu percurso de vida.

Esta **articulação** para ser efectiva precisa que os actores envolvidos se organizem e estabeleçam entre si formas de actuação que incluam os contributos que cada uma das partes pode dar e necessita para actuarem e garantirem cuidados de qualidade.

As questões relacionais, técnicas e sociais não podem ser dissociadas e distribuídas pelos diferentes técnicos quando se fala numa lógica de inclusão do idoso.

A **colaboração** efectiva entre a equipa multidisciplinar leva a um fortalecimento da aprendizagem, mudança de comportamentos, optimização do auto-controle, melhora a auto-estima e a motivação, (Augusto et al, 2002: 37). O que implica que o profissional aprenda com e a partir do idoso o significado e a tradução que “o internamento” tem na dinâmica de vida e, simultaneamente, o envolva no processo de cuidados, tornando-o apto para promover o auto cuidado.

Em todo este “circuito” a pessoa e família devem ter um papel activo, até como estratégia de responsabilização pelos cuidados a manter e de identificação das suas próprias dificuldades e necessidades.

Pode ser vantajoso trabalhar com a família no sentido de esta apoiar os primeiros dias do idoso na instituição e trabalhar com ele a necessidade de ser autónomo e colaborar nos cuidados como meio de prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida.

A avaliação da capacidade de adaptação da pessoa à nova situação inclui a saúde física, capacidades cognitivas, relações interpessoais, afectos, qualidade de vida, auto-eficácia e controle de si e do meio.

A forma como a pessoa reage à institucionalização varia de acordo com factores individuais, características das situações e factores ambientais. Em todos eles pode interferir a forma como os cuidados são prestados. Os cuidados direccionados para a autonomia e optimização da capacidade funcional da pessoa de certeza vão promover comportamentos valorativos do processo de autonomia, ao invés, tudo o que promova a dependência condiciona a pessoa, a sua independência e a qualidade de vida, com prejuízos, dificilmente ultrapassáveis.

Weinman (2000), citado por Cabete (2004) afirma que a reacção psicológica de cada pessoa afecta não só a experiência do internamento, como a doença em si.

Se aliarmos a estes factores a idade dos utentes, as ideias pré – concebidas sobre os espaços de apoio à terceira idade e a entrega aos cuidados de outros produzem um elevado grau de desresponsabilização pelo seu processo de saúde e reabilitação, facilmente se percebe que a cultura de uso das instituições não é a melhor.

Quando se fala em processo de institucionalização tem que se falar inevitavelmente em capacidade de adaptação, avaliação de que forma como a pessoa vai superando as crises e incapacidades e até que ponto consegue manter uma autonomia de vida, pela evolução do seu estado funcional.

A **avaliação funcional** compreende uma interacção entre a execução de uma determinada tarefa e as condicionantes ambientais. Esta avaliação é importante para compreender a capacidade de auto cuidado dos indivíduos, capacidade cognitiva para aprender a lidar com as alterações decorrentes do processo de envelhecimento, da institucionalização e cuidados a manter ao longo da vida.

A **avaliação do estado funcional** compreende três níveis: o desempenho das actividades sociais e ocupacionais, o desempenho de tarefas necessárias às actividades instrumentais vida quotidiana e o desempenho de actividades relacionadas com o cuidado pessoal.

Gallo et al, 2000, citado por Cabete (2004:16), diz-nos que “a capacidade funcional do idoso varia de acordo com o ambiente em que se encontra, com o seu estado de saúde, com acontecimentos perturbadores na vida familiar e com crenças e valores relativos à saúde, à doença e ao envelhecimento.”

A forma de lidar com as situações de crise pode levar a auto-limitações que irão determinar a perda de capacidades e diminuição da qualidade de vida.

Permitir à pessoa um **controlo do espaço pessoal**, que na instituição é constantemente invadido pelos cuidadores formais e pelos outros utentes, o que obriga a constantes adaptações. Este controlo é importantíssimo para manter e até recuperar o potencial individual.

Neste âmbito penso ser vital nas primeiras 48 horas validar o processo de adaptação ao novo espaço e ambiente, avaliar as capacidades e dificuldades do idoso para as actividades de vida diária, demonstrar preocupação - o que poderá facilitar o recurso aos profissionais, prevenir complicações decorrentes da imobilidade – muitas pessoas pelo medo, desânimo, falta de apoio, mantém-se acamadas, apesar de conseguirem deambular com o auxílio de ajudas técnicas, ou mesmo, sem estas e avaliar o medo das quedas.

O medo de cair interfere com a qualidade de vida do idoso e está intimamente relacionado com o estado funcional. Um estudo longitudinal efectuado por Cumming, Salked, Thomas e Szonyi no ano de 2000, citado por Cabete (2004), avaliou e relacionou o estado funcional, o medo de queda e o número de quedas efectivamente ocorridas; os resultados demonstraram que as pessoas com maior medo de sofrer uma queda têm, efectivamente, maior risco de queda e declínio na execução das actividades de vida diária. No entanto, este declínio não está associado à existência de quedas.

Em suma, os idosos que têm medo de queda impõem, a si mesmos, limitações que, progressivamente, se tornam incapacitante.

Por tudo o descrito anteriormente sobre as instituições e a dependência é importante todos os dias os profissionais efectuarem um exercício de memorização e interiorização da autonomia, fornecendo orientações, de acordo com as estratégias a todos os envolvidos no processo e estimular e fomentar que a pessoa seja independente, não perdendo as capacidades funcionais através de um planeamento coeso, completo e alicerçado na pessoa como um ser holístico.

De um modo jocoso não posso deixar de referenciar que o grande segredo da promoção da autonomia é tornarmo-nos preguiçosos, ou seja, temos que deixar de fazer e passarmos a deixar o outro fazer.

Alicerçando o nosso papel no auxílio e não na substituição, na orientação da pessoa para as limitações nas actividades de vida diária e nas estratégias para as superar, exercícios a realizar, estilos de vida saudáveis, medidas preventivas de complicações (exemplo: prevenção de úlceras de pressão e quedas).

A solução é responsabilizar o idoso para a prevenção, supervisão e controlo da sua vida...aliás aquilo que todos nós queremos para e sobre a nossa vida...

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A institucionalização é uma experiência com conotação negativa, onde se vivem sentimentos de medo, solidão, ansiedade, frustração, raiva de entre outros. Os sentimentos negativos aliados a um ambiente estranho, impessoal, com regras e rotinas pouco flexíveis, são factores geradores de stress e **promotores da dependência.**

As práticas não devem ser questionadas por pensadores, mas sim pelos próprios actores comprometidos na acção, reconhecidos na sua dignidade de participar lá onde está a sua experiência (Honoré, 2002). E a nossa experiência diz-nos e demonstra-nos, dia após dia, a necessidade de se implementarem estratégias que permitam uma promoção das actividades de vida diária da pessoa institucionalizada. Importa que a acção se inscreva no sentido das necessidades do outro e na sua capacitação para o auto controle, autonomia e independência funcional.

Numa lógica da organização de cuidados em função de quem necessita deles e sobre os quais tem direito de opção e de tomar a sua decisão há que conhecer as variáveis que em cada contexto específico promovem a dependência, fazer uma avaliação completa, estabelecer objectivos reais e exequíveis e “intervir a um nível que promova o sucesso, a autoconfiança e a independência” (Hoeman, 2000:131).

Parafraseando Cabete (2004) que ao referir-se à hospitalização afirma que não há um investimento na promoção da autonomia, confinando-se a pessoa a um espaço e a uma de duas

posições: sentada ou deitada. Remetendo-se a pessoa para uma enorme passividade com todas as consequências inerentes.

A mesma autora refere que esta passividade é - o no tempo, na acção e na decisão, tal como no Lar. Passiva no espaço por estar limitada a um espaço, que não o seu e com grande restrição de movimentos. Passiva na acção porque não cuida de si, portanto não melhora a sua função ou capacidades. Passiva na decisão onde não é ouvida e a sua vontade parece não ser tida em conta. Esta passividade tem uma tradução grave na autonomia da pessoa, com dificuldades em aceitar a ida para o lar.

Qualquer intervenção ao nível da promoção da independência insurge na necessidade do idoso e dos cuidadores serem envolvidos em todo o processo. A intervenção de cada um de nós para promover **a qualidade de vida** do idoso, bem como o contributo para que ela se torne mais audível é uma acção preventiva do nosso próprio envelhecimento (Guimarães, 2000).

Este artigo está, para mim, repleto de expressões e significados, nomeadamente na dinâmica e na organização de um serviço para idosos, que desde o primeiro momento, possa promover a autonomia.

Consciente de que mudar é muito difícil, mas que os ganhos são por demais evidentes, espero que possa ser o ponto de partida conducente à vinculação de uma equipa, com um projecto futuro comum, que ao assumirem e transferirem para outra dinâmica e organização os cuidados que prestam – o da autonomia plena do que é cuidado e o da satisfação daquele que cuida.

Sem dúvida que uma organização diferente é vital para a pessoa assistida, mas também é fundamental para o profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Augusto, Berta et al (2002). Cuidados continuados – família, centro de saúde e hospital como parceiros no cuidar. Coimbra: Formasau. 1.ª edição. ISBN 972-8485-29-8.
- Cabete, Dulce Gaspar (2004). O idoso, a doença e o hospital. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4.
- Collière, Marie-Françoise (1989). Promover a Vida. Lisboa. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-757-109-3.
- Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara; Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian Lisboa; Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil; Escola Superior de Enfermagem de Maria

- Fernanda Resende (2005). Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Lisboa: Guia do Estudante.
- Gomes, Idalina; Almeida, Paula; Rebelo, Teresa (2000). A preparação da alta: um modo de continuidade dos cuidados de enfermagem. In Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação, balanço de um projecto. Ministério da Saúde, pág.152-167.
- Guimarães, Paula (2000). Famílias e envelhecimento – como reinventar a história do capuchinho vermelho. In: CNEV. A pessoa idosa e a sociedade – perspectiva ética. Lisboa: Coleção Bioética, p.93-101.
- Hesbeen, Walte (2003). A reabilitação: Criar novos caminhos. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-43-6
- Hoeman, Shirley P. (2000). Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação. 2ª ed.. Lisboa: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4
- Honoré, Bernard (2002). A saúde em projecto. Lisboa: Lusociência.
- Ministério da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Vol. II.
- Pinto, L. (2000). Agitação e agressividade no idoso demenciado. Hospital de Júlio de Matos, 3:179 – 187.

O Serviço Social no Atendimento à Pessoa Idosa Portadora de Doença Hematológica

Janaina Rocha Rodrigues¹

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo compreender a maneira pela qual o assistente social do ambulatório da instituição HEMOPA desenvolve um trabalho de inclusão e acolhimento à pessoa idosa portadora de doença hematológica, levando em consideração as novas alterações políticas e sociais na redefinição da cidadania da pessoa idosa. Para a realização deste estudo foi feito levantamento bibliográfico, pesquisa documental e entrevista com os sujeitos da pesquisa: pessoas idosas, familiares, assistentes sociais e psicólogas da Fundação. Concluiu-se que o Serviço Social da Fundação presta um acolhimento diferenciado à pessoa idosa, uma vez que reconhece e cumpre o que estabelecem as leis específicas que asseguram os direitos da pessoa idosa.

Palavras-chave: Pessoa idosa. Serviço Social. Acolhimento.

¹ Assistente Social, Pos-graduada em Geriatria e Gerontologia.

e-mail janrodrigues@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Artigo apresentado como requisito para a conclusão do curso de serviço social, escolha da abordagem sobre o acolhimento, neste artigo, surgiu a partir de uma reflexão sobre o papel do assistente social como profissional da área da saúde e foi oportunizado pela experiência vivenciada na Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Estado do Pará - HEMOPA, onde foi viabilizado o contato com as mais diversas situações que envolviam portadores de doença hematológica, entre os quais as pessoas idosas.

Foram identificadas situações que vão muito além da doença e que são fatores preponderantes para o agravamento da doença do usuário objeto desse artigo. Situações em que o HEMOPA, como instituição de saúde, e o assistente social são chamados a intervir e dar resolutividade às demandas trazidas por esses usuários. Levamos em consideração que o serviço social ambulatorial da Fundação HEMOPA tem um “Projeto de Humanização” e que o mesmo tem suas ações norteadas pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde - HUMANIZA SUS, que tem como uma de suas diretrizes o acolhimento.

Diante disso, procuramos analisar como está se dando a dinâmica de atendimento ao usuário idoso que necessita de um acolhimento com resolutividade e o que de efetivo está sendo feito pelo serviço social para que esse idoso se sinta acolhido e respeitado no processo de tratamento de sua patologia.

Para a concretização deste estudo a metodologia utilizada foi fundamentada em estudo bibliográfico, com ênfase nos aspectos legais normativos e biopsicossociais do envelhecimento humano, pesquisa documental, observação participante e entrevistas.

No presente artigo o tema será abordado da seguinte maneira: em um primeiro momento trataremos da velhice e do envelhecimento com uma nova visibilidade pública, depois abordaremos a velhice doente. no terceiro item aborda-se o Serviço Social no HEMOPA como espaço de atenção à saúde do idoso e, por fim, do serviço social e do acolhimento garantido às pessoas idosas.

VELHICE E ENVELHECIMENTO: uma nova visibilidade pública

Para melhor compreendermos o processo de envelhecimento populacional, convém frisar que a partir das primeiras décadas do século XX evidenciou-se um avanço considerável na longevidade

humana em termos coletivos, que ocorreu, inicialmente, apenas nos países desenvolvidos e, posteriormente, nos subdesenvolvidos e em via de desenvolvimento (CHAIMOWICZ, 1997).

O Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE revelou que as pessoas com mais de 60 anos representam quase 15 milhões ou 8,6% de toda a população brasileira, sendo que as Nações Unidas estimam para o ano de 2025 cerca de 32 milhões de brasileiros idosos. No Estado do Pará a população idosa é estimada em 356.562 pessoas (BERZENS, 2003).

Foi a partir da década de 60 que se evidenciou o aumento nesse grupo etário. Alzira Tereza Lobato (2004) afirma que o processo de envelhecimento no país não se dá de modo igual para todos. A influência interativa de variáveis como gênero, etnia, classe social, escolaridade, profissão, valores, crenças e experiências pessoais configuram diversos padrões de velhice.

Assim sendo, o impacto do tempo é diferente de pessoa para pessoa, dependendo da maneira como o indivíduo vive, suas condições econômicas, sociais, ambientais, culturais e o tipo de trabalho exercido. Estes fatores determinam as condições gerais de uma pessoa e a forma como vai se dar o seu processo de envelhecimento.

Segundo Elisabeth Mercadante (2003, p.56), na concepção de Simone de Beavouir:

A velhice é uma totalidade complexa e é impossível se ter uma compreensão da mesma a partir de uma descrição analítica de seus diversos aspectos, pois cada um dos seus aspectos reage sobre todos os outros e é somente a partir da análise do movimento indefinido da circularidade relacional dos vários elementos que se pode apreender a velhice.

Por acreditarmos que a velhice pode e deve ser uma fase de vida positiva, defenderemos em nosso trabalho a concepção de “velhice etapa vital”, trazida pelo gerontólogo Ricardo Moragas (1997) como:

O transcurso do tempo produz efeitos na pessoa que entra numa etapa diferente das vividas anteriormente, esta possui uma realidade própria e diferenciada das anteriores, limitada unicamente por condições objetivas e subjetivas.

De acordo com este ponto de vista,

A velhice constitui um período semelhante aos das outras etapas vitais, como pode ser a infância ou adolescência, mais estudadas por cientistas naturais e sociais. Possui certas limitações que, com o passar do tempo, vão se agravando especialmente nos últimos anos de vida. Por outro lado, tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade, perspectiva de vida pessoal e social, que podem compensar, caso se utilizem adequadamente as limitações desta etapa da vida (MORAGAS, 1997, p. 19).

A velhice como uma fase de vida que pode ser positiva, apesar de algumas limitações impostas, fica evidenciada no relato de um dos sujeitos de nossa pesquisa:

Sou feliz, minha família me quer muito bem, todos me querem por perto, eu tenho boa memória e por mim ainda trabalhava. Eu canto e danço com minha bisneta. Só o que me atrapalha é a minha vista e essas dores que de vez em quando tenho. Ah, mas ainda vou aonde quero, só que agora não posso mais ir sozinha (L.F. 94 anos, pessoa idosa em tratamento).

O relato acima demonstra que a velhice, apesar algumas vezes impor limitações, não impede que a pessoa idosa tenha uma vida positiva. Embora ela não possa realizar algumas atividades, pode, perfeitamente, realizar as que estão dentro das suas possibilidades, sem com isso trazer prejuízos à sua vida.

É importante ressaltar, para melhor entendimento, os conceitos de velhice funcional e velhice cronológica, referenciados pelo autor citado. Esses dois conceitos serão abordados em nosso trabalho, como uma forma de mostrarmos que eles não são adequados para determinar quando e como se dá a velhice.

De acordo com Moragas (1997, p. 18-19) a velhice funcional,

Corresponde ao emprego do termo velho como sinônimo de “incapaz” ou limitado e reflete a relação tradicional entre velhice e limitações. Trata-se de um conceito errôneo, pois a velhice não representa necessariamente incapacidade. Portanto, é preciso lutar contra a idéia de que o velho é funcionalmente limitado, embora exista a possibilidade de que o seja, a maioria da população idosa não se encontra impedida. Apesar do que possa parecer a muita gente, a velhice humana origina reduções na capacidade funcional devido ao transcurso do tempo, como ocorre em qualquer organismo vivo, mas essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena como pessoa que vive, não somente com o físico, mas, sobretudo, com o psíquico e o social. A velhice, como qualquer idade, possui sua própria funcionalidade, visto que a maioria das pessoas vive como pessoas “normais” dentro da sociedade contemporânea. As barreiras à funcionalidade dos idosos são, com frequência, fruto das deformações e dos mitos sobre a velhice, mais do que reflexo de deficiências reais.

Sobre a concepção de velhice funcional, Moragas (1997) tem a preocupação de mostrar que, ao contrário do que a sociedade habitualmente costuma atribuir, a velhice não é uma fase da vida que deva ser vista como sinônimo de incapacidade ou de limitações. Para ele, é errôneo compreendermos a velhice pelo prisma da invalidez e das limitações.

Para o autor, o envelhecimento traz ao indivíduo reduções na sua capacidade funcional, que são provenientes do transcurso do tempo, ocorrendo com qualquer organismo vivo, mas essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena, utilizando principalmente suas atribuições psíquicas e sociais.

Observando a idéia de Moragas (1997), apresentamos a fala de um dos sujeitos de nossa pesquisa:

Hoje, por causa da idade, das doenças que vão aparecendo, da anemia, da vista, eu já fico um pouco mais quieta, mas continuo ativa. Meus filhos querem fazer as coisas, mas eu mesmo gosto de fazer. Sempre trabalhei igual homem pegando no pesado, com a força mesmo, mas agora esta vista me atrapalha. Gosto de cantar, orar, tocar harpa, a minha harpa está bem ali pronta (L.F, 94 anos pessoa idosa em tratamento).

Pode-se observar que, apesar de algumas restrições impostas pela velhice, como a diminuição de algumas capacidades, o indivíduo pode e deve viver da melhor forma possível, apenas deve se adequar a essa nova realidade.

O critério mais utilizado pelo poder público, pelas leis e pelo Estado para determinar uma pessoa como velha é o cronológico. Este critério é adotado pela Organização Mundial de Saúde - OMS, pela Política Nacional do Idoso - PNI, pelo Estatuto do Idoso - EI, e pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, que estabelece a idade a partir de 60 anos para alguém ser considerada velha. Porém, considerando que o impacto do tempo é diferente de pessoa para pessoa, acreditamos que a velhice cronológica é insuficiente para determinar quando a pessoa pode ser considerada velha, pois têm que ser levado em consideração outros fatores, como a formação dos indivíduos e suas condições econômicas, sociais, culturais.

Moragas (1997, p. 17-18) ressalta que:

A velhice cronológica definida pelo fato de se ter atingido os sessenta e cinco anos, baseia-se nas idades tradicionais de afastamento do trabalho profissional, cujo primeiro precedente surge com as medidas sociais do Chanceler Bismarck, no século XIX. Fundamenta-se na velhice histórica real do organismo, medida pelo transcurso do tempo. É objetiva em sua medida, visto que todas as pessoas nascidas na mesma data têm idade cronológica e formaram uma unidade de análise social, uma corte, utilizada freqüentemente por demógrafos e estudiosos da vida social.

Para o autor, a idade constitui um dado importante, mas não determina a condição da pessoa. Com base nisso, em nossa análise não trabalharemos a velhice exclusivamente pela perspectiva cronológica, ou seja, estipulando uma idade para considerarmos uma pessoa velha, pois acreditamos que a idade, por si só, não define alguém como velho e sim, um conjunto de fatores sócio-econômico-culturais e a forma como vivencia esse envelhecimento.

Isso pode ser observado na fala de uma pessoa idosa quando diz:

Não tenho nem palavras. No meu modo de ver, ser velho é ser uma pessoa, por exemplo, portadora de muitas doenças, isso é que é ser velho. Não pode fazer mais nada, não pode se relacionar com ninguém, eu acho que isso é ser velho. Eu tenho 58 anos, e não sou tão velho, mas sou velho, mas até mais velho do que um senhor que tem na minha cidade com 78 anos e ele faz caminhada, ele até trabalha. Eu daria tudo pra me colocar no lugar dele, pois olha pra mim como é que eu vivo sem emprego. Olha, eu não posso por exemplo sair de casa, eu saio de casa e me agito, aí me atacam as dores na coluna. Vão subindo essas dores, doem os rins, dói o pulmão meu corpo, aí me sinto vencido (D.B., 58 anos pessoa idosa em tratamento).

Segundo Anita Néri (2006), o conceito predominante de velhice é negativo, quer analisado pela ótica individual, quer social, no qual predomina a doença, a solidão, o desprestígio. Diante da colocação da autora, podemos enfatizar que em nossa sociedade a velhice tende a ser vista como uma experiência homogênea que pressupõe obrigatoriamente a perda de funções (econômica, mental, física, social etc.). Há o predomínio de fatores negativos. Não se relativiza a influência interativa de variáveis como gênero, etnia, classe social, escolaridade, profissão, valores, crenças experiências pessoais que configuram diversos padrões de velhice.

Essa imagem negativa da velhice e do processo de envelhecimento explica porque muitas pessoas, ao envelhecerem, sofrem preconceitos e discriminações por parte de diferentes setores, privando-as dos recursos e das informações que permitem uma vida digna.

Esse preconceito fica evidenciado no que relata uma pessoa idosa em tratamento na Fundação:

Eu sofro preconceito. Se eu perceber que uma pessoa esta rindo de mim eu já me afasto, porque se eu ficar irritado ai eu já vou adoecer ai volto para casa, pra me deitar e me isolo, afinal sou uma pessoa velha e doente (D.M, 58 anos, pessoa idosa em tratamento).

Essa representação social negativa da velhice acaba por ocasionar o não reconhecimento dos direitos desse segmento na sociedade, muitas das vezes

inviabilizando, desta maneira, a sua cidadania, ou seja:

(...) o exercício de seus direitos civis, políticos, sociais, ambientais, éticos, que foram construídos historicamente, através das leis, normas, costumes, convenções, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros ativos de uma determinada sociedade, podendo exigir dela os seus direitos, ao mesmo tempo em que ela lhe exige determinados deveres comuns. Os deveres do Estado são, por sua vez, direitos do cidadão (FALEIROS, 1997, p. 60-61).

O não reconhecimento dos direitos dessas pessoas pode gerar sentimentos de desproteção e fragilidade tendo como consequência o medo do enfrentamento de situações cotidianas na vida da pessoa idosa

Porém, a mudança na pirâmide etária brasileira nas últimas décadas tem levado as autoridades a dispensar mais atenção a essa população, que demanda cada vez mais pelos sistemas de assistência à saúde. Esse segmento populacional, após muitas lutas, conquista espaço nas políticas públicas, concretizadas com a aprovação da Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/1994, que no art. 3º dispõe: “a família, a sociedade e o Estado tem o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania”. O art. 10º garante à pessoa idosa assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde - SUS. No

Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, elaborado para garantir o respeito à cidadania da pessoa idosa, encontramos 118 artigos que regulamentam e garantem direitos, estipulam deveres para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa. Além de punição para crime e para o desrespeito aos idosos, possui diretrizes que valorizam a autonomia, preservam a independência física, psíquica e social da população idosa.

O Capítulo I, “Do Direito à Vida”, do Estatuto do Idoso, no artigo 8º prevê: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e sua proteção um direito social nos termos da lei e da legislação vigente”.

Apesar de este segmento populacional ter seus direitos assegurados em forma da lei, ainda ocorre por diversas vezes a inobservância desses direitos pela sociedade, que chega a estigmatizar o idoso como alguém sem valor, que não merece ter seus direitos respeitados.

Estudos de Goldman (2000) sobre velhice e direitos sociais afirmam que o processo de envelhecimento é um fenômeno complexo, haja vista a quantidade de termos usados em relação ao sujeito que envelhece. A autora destaca os seguintes termos utilizados para designar a velhice: velho, idoso, geronte, gerontino, velhote ou ancião. Para a autora, todas essas designações apenas suavizam a estigmatização que os idosos vivem no seu cotidiano.

Dessa forma, vale ressaltar que são as idéias equivocadas, estereotipadas, que geralmente são atribuídas ao envelhecimento que o estigmatiza, fazem com que haja a negação e que se tenha uma rejeição em torno da velhice e do tornar-se velho.

É verdade que a velhice é uma fase da vida que pode trazer com ela muitas modificações para a existência de uma pessoa e que em alguns casos a velhice pode vir acompanhada de doenças e limitações, porém é necessário perceber que a velhice não é uma fase só de perdas e limitações: ela pode e deve ser vivida da melhor forma possível e não ser sinônimo de incapacidade, como comumente costuma ser retratada.

VELHICE DOENTE

Como já foi dito anteriormente, a velhice não deve ser entendida como sinônimo de doença e de limitações, apesar de os aspectos poderem estar associados. Diante disso, temos que inferir que

existem pessoas idosas em boas condições de saúde e pessoas idosas que se encontram doentes e são mais propícias ao aparecimento de limitações.

Quando o envelhecimento é associado à doença, precisamos descobrir o que significa estar doente. Saúde não é apenas a ausência da doença, muitos outros elementos estão interagindo nesta conceitualização.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), realizada em Brasília, divulgou o seguinte conceito de saúde:

Saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social.

Dessa forma os fatores cotidianos interferem diretamente no estado de saúde, na qualidade de vida e no bem-estar, e com a pessoa idosa isso não é diferente.

Apesar de uma parcela da população idosa apresentar boa saúde e vivenciar sua velhice em boas condições físicas, psíquicas e sociais, existem pessoas idosas que se encontram enfermas e vulnerabilizadas, demandando cada vez mais por serviços de saúde.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Em 2003, em um contexto de enorme crescimento da população idosa no país, é instituído o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, definindo a saúde da pessoa idosa como obrigação do Estado mediante a efetivação de políticas públicas para assegurar um envelhecimento saudável. O artigo 15 desta Lei dispõe que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário em conjunto articulado das ações e serviços para a prevenção, promoção e proteção da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

Em 2006 o poder público instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria nº 2.258/2006, tendo como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos, direcionando medidas coletivas e individuais à saúde para este fim.

Sendo a saúde um direito garantido em forma de lei, a discussão que nos propuzemos trazer à luz da academia é justamente em relação a essa parcela de idosos que se encontra doente, mais especificamente a pessoa idosa portadora de doença hematológica. Dessa forma procuramos observar – através de nosso estágio curricular – como está sendo o atendimento dispensado à pessoa idosa portadora de doença hematológica na Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Pará - HEMOPA, no setor de atendimento ambulatorial, mais especificamente no Serviço Social, procurando observar como está se dando o acesso dessa pessoa idosa aos serviços de saúde, considerando que a doença é um processo que muitas das vezes fragiliza as pessoas, conforme relato de um idoso em tratamento na Fundação:

Depois que adoeci tudo mudou, ah meu Deus! Da primeira vez quebrei minha coluna, fraturei, passei quatro anos andando arrastando os pés, com dor no corpo, usei um cinturão de ferro para me equilibrar, calcificou mas ficou com seqüelas, aí surgiu a labirintite e a pressão começou a subir, (apareceu) problema de asma, comecei a perder a audição nesse ouvido, comecei a ficar tonto, agora veio essa fraqueza e os médicos me encaminharam para cá para o HEMOPA. Vivo esquecido, me sinto quase uma pessoa sem vida. Assim a vida não tem muito prazer de andar com minha família, com meus filhos para a igreja. Até isso eu não faço mais, me sinto discriminado porque muitas pessoas conversam comigo senhora e eu noto conversam comigo e como eu não escuto um olha para o outro e faz

gesto assim (de riso). Teve um sujeito lá que disse: - Esse velho é doido. De agora em diante (sic) eu procurei me isolar eu procuro pessoas compreensivas como a senhora, por exemplo, que saibam lidar com uma pessoa que não está normal. Nem andar na rua eu não gosto de andar, gosto mais de ficar em casa, até para evitar essas coisas (D.B., 58 anos, pessoa idosa em tratamento).

Diante do relato acima e da observação participante realizada na Fundação, pudemos averiguar que os idosos em tratamento no HEMOPA apresentam fragilidades em decorrência das patologias, pois se nota que o fato de estarem doentes traz modificações para a vida deles, nas relações familiares e no convívio em sociedade.

Diante disso, procuramos estar em contato com esses idosos atendidos no HEMOPA, assim como com seus acompanhantes, no período de fevereiro a setembro de 2007, sempre com o objetivo de compreender sentimentos, atitudes e conflitos que envolvem a pessoa idosa e seus familiares no processo de tratamento de enfermidades, buscando observar e compreender a dinâmica de atendimento pelo Serviço Social a essas pessoas, procurando reunir dados que nos permitissem analisar as possibilidades e os limites da intervenção profissional do assistente social junto a esses usuários.

SERVIÇO SOCIAL NO HEMOPA: espaço de atenção à saúde do idoso

A Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Estado do Pará - HEMOPA¹ foi fundada no dia 2 de agosto de 1978 pelo secretário de saúde do Pará, o professor Manoel Ayres, inicialmente sob a denominação de Fundação Centro Regional de Hemoterapia do Pará (FUNEPA), e somente em 13 de novembro de 1982, após oferecer atendimento de hematologia a pacientes portadores de doenças ligadas ao sangue, passou a ter sua denominação de Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Estado do Pará, sendo responsável pela coordenação e execução da política estadual do sangue em consonância com a política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA e do Ministério da Saúde. A Fundação HEMOPA presta serviço à Secretaria Executiva de Estado de Saúde

¹ Fonte: www.hemopa.br

Pública - SESPA, cabendo à mesma promover a eficiência e a eficácia da gestão do SUS no Estado do Pará.

Na Fundação são atendidas pessoas com doenças hematológicas, dentre as quais o usuário idoso. As doenças tratadas na Fundação são aplasia medular¹, síndromes mielodisplásicas², hemofilia³, entre outras coagulopatias, e esses usuários, além de suas enfermidades, apresentam diversas vezes fragilidades, limitações, situações de baixa auto-estima, problemas financeiros e familiares, como se pode observar na fala da assistente social:

Os usuários da Fundação em sua maioria apresentam fragilidade emocional, problemas econômicos e sociais e baixa escolaridade, o que dificulta o nível do atendimento, e muita das vezes, por exemplo, o idoso chega desacompanhado (S.B., ASSISTENTE SOCIAL DO HEMOPA).

Essas situações relatadas requerem do HEMOPA, enquanto instituição de saúde, um atendimento competente e resolutivo para atender às necessidades apresentadas por esses usuários. Em relação à pessoa idosa o Estatuto do Idoso estabelece que:

As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento das necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores, familiares e grupos de auto-ajuda (ESTATUTO DO IDOSO, Art, 18).

Na grande maioria, esses usuários são pacientes extremamente carentes economicamente, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo o Plano Estadual de Saúde, o modelo de Atenção à Saúde no Estado do Pará tem buscado se consolidar segundo preceitos inarredáveis do SUS, centrados na equidade, universalidade e integralidade das ações. O HEMOPA presta serviço de

¹ Também conhecida como anemia aplástica, é caracterizada por redução na produção dos constituintes do sangue é uma doença da medula óssea e do sangue (HEMORIO, 2004).

² As síndromes mielodisplásicas (SMD) correspondem a um grupo de doenças na qual a medula óssea não funciona normalmente, ocorrendo, então, a produção insuficiente de células sanguíneas. As SMD podem ocorrer em qualquer idade, mas geralmente se desenvolvem após os 60 anos (IDEM).

³ É uma alteração hereditária no sangue, caracterizada por um defeito na coagulação do sangue. A pessoa que tem hemofilia não possui um dos fatores em quantidades suficientes ou com qualidade suficiente ou com qualidade adequada para exercer suas funções, demorando mais para formar um coágulo (IDEM).

média complexidade que, segundo a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/SUS - 01/2001, a atenção de Média Complexidade - MC compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, cuja oferta não se justifique em todos os municípios do País.

Para terem acesso a esses serviços, os usuários chegam à Fundação através de encaminhamento das unidades de saúde. Após triagem, recebem atendimento de uma equipe multiprofissional, que inclui médico, fisioterapeuta, odontólogo, enfermeiro, assistente social e psicólogo, que em conjunto buscam propiciar uma melhor qualidade de vida aos usuários, levando em consideração que ter saúde engloba os aspectos físicos, emocionais, sociais, econômicos e não somente a ausência de doença, como se pode observar no conceito de saúde definido na VIII Conferência de Saúde, realizada em Brasília (DF), que estabelece que a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação e outras variáveis.

Para Ramos (2002) citado na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) “a saúde da pessoa idosa é a interação entre saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social”. Dessa forma, ao proporcionar um atendimento multiprofissional ao usuário idoso a Fundação HEMOPA está agindo de acordo com o que estabelece as diretrizes desta Política que se refere à atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa:

Todo profissional deve procurar promover a qualidade de vida da pessoa idosa, quando chamado a atendê-la. É importante viver muito, mas é fundamental viver bem, preservar a autonomia e a independência funcional das pessoas idosas deve ser a meta em todos os níveis de atenção.

O Serviço Social Ambulatorial tem como um de seus objetivos prestar um atendimento de qualidade e humanizado a seus usuários, através do acolhimento, da garantia de direitos e dessa forma viabilizando a cidadania – entendida como o exercício de direitos civis, políticos, sociais e da garantia da saúde em todos os aspectos: físicos, psíquicos e sociais.

O assistente social como profissional de saúde é mediador entre o usuário e a instituição. Buscando facilitar o acesso desses usuários aos serviços oferecidos, deve atuar com

comprometimento, devendo buscar, em sua prática, uma atuação crítica e resolutiva para a superação de questões que agravam a doença desses usuários.

O desenvolver da prática profissional do assistente social dentro de uma instituição de saúde pública com o segmento populacional idoso deve ser voltado para o resgate da auto-estima e a superação das doenças desse idoso. E deve se dar através de sua intervenção profissional, tentando criar mecanismos para propiciar o enfrentamento das causas dos problemas que afetam esse idoso, prestando orientações sobre seus direitos e também contribuindo para a garantia de atendimento desses idosos nos serviços públicos de saúde e pelas políticas sociais, buscando um espaço de construção da cidadania e a superação dos estigmas que geralmente se atribuem à velhice.

Em seus estudos sobre a prática do Serviço Social no campo da saúde Vasconcelos (2002, p. 430) afirma que:

a educação em saúde é um campo que possibilita ao assistente social estar em conexão com a “questão social”, pois este campo atende a um interesse social de saúde coletiva a um interesse de saúde individual, na construção, manutenção da proteção da vida da pessoa, de sua auto-estima.

O Serviço Social dentro de uma instituição como o HEMOPA atua junto a essa demanda para a garantia de direitos e do exercício da cidadania e dos mecanismos que possam oportunizar uma melhor qualidade de vida a esses usuários junto à família e o acesso às redes de serviço.

Devido à complexidade da relação entre pessoa idosa, doença hematológica e relações sócio-familiares, se requer do assistente social um papel atuante e comprometido com o atendimento competente da situação. Sendo assim, a ação profissional ocorre com o objetivo de pelos menos minimizar as dificuldades que possam interferir no tratamento dos usuários e a intervenção profissional deve atingir não somente os usuários, mas os familiares e aqueles que lidam mais diretamente com seu cuidado, dando respostas concretas às realidades apresentadas.

O usuário idoso que é atendido pelo Serviço Social Ambulatorial chega ao setor social por encaminhamento de algum profissional da equipe multidisciplinar que compõe o atendimento

ambulatorial ou por demanda espontânea e, geralmente, busca no Serviço Social informação sobre sua patologia ou direitos sociais e até mesmo uma solução para suas angústias e preocupações. Os usuários e seus familiares procuram o Serviço Social após o recebimento de seus diagnósticos e o Serviço Social faz o acolhimento a essas pessoas.

O Serviço Social Ambulatorial da Fundação HEMOPA desenvolve um trabalho junto à demanda supracitada com o objetivo de garantir direitos. A demanda é formada por pessoas que muitas vezes não vivenciam a cidadania em sua plenitude e o Serviço Social busca proporcionar uma melhor qualidade de vida à demanda.

Nesta análise da atuação profissional do Serviço Social Ambulatorial da Fundação HEMOPA percebeu-se que o setor procura dar resolutividade às situações dos usuários e dos familiares deles, apresentando uma boa articulação com as redes de serviços e, apesar das fragilidades existentes nas redes de serviços de saúde, em algumas situações se garante a continuidade do tratamento desse usuário quando necessário. Isso se pode observar na fala da assistente social:

A gente recebe esse usuário, a gente escuta esse usuário e o encaminha à rede de serviço. A gente tem um banco de dados. Realizamos um contato prévio com a instituição onde ele vai ser atendido quando é de nossa competência para que seja garantido a ele atendimento antes de ele chegar à instituição para a qual foi encaminhado. Eu acho que este atendimento não está 100% ainda, mas nós já demos passos bem largos (V.M., ASSISTENTE SOCIAL DO HEMOPA).

É necessário ressaltar que o Serviço Social Ambulatorial da Fundação HEMOPA demonstra ter conhecimento da importância de sua atuação na instituição e, conscientes disso, os profissionais que nele atuam procuram sempre que possível atender às necessidades apresentadas pelos usuários, procurando estratégias de superação dos entraves que se colocam no desenvolver de sua prática profissional em decorrência das contradições da dinâmica institucional.

O SERVIÇO SOCIAL E O ACOLHIMENTO A PESSOA IDOSA

Com a Constituição federal de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos e dever do Estado. A criação do Sistema Único de Saúde - SUS se institui uma nova política pública de saúde com a qual se afirmou a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde.

Contudo, apesar dos avanços alcançados com a criação do SUS, o contexto aponta para a necessidade de mudança e, segundo o Ministério da Saúde, elas são necessárias devido às profundas desigualdades socioeconômicas que ainda caracterizam o Brasil, às lacunas que ainda existem no acesso aos serviços e aos bens de saúde, à desvalorização dos trabalhadores e ao frágil vínculo que ainda é mantido com o usuário.

Em decorrência ao exposto acima foi implementada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS – Humaniza SUS, que deve ser entendida não como um programa, mas como uma política transversal na rede SUS.

Segundo o Ministério da Saúde, por humanização no campo da saúde se entende a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores e diz respeito a uma aposta ético-estético-política porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis. Tem uma dimensão estética porque acarreta um processo criativo e sensível de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas e política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede SUS.

Dessa forma, entendemos a política de humanização como uma forma de viabilizar o acesso ao atendimento de saúde com qualidade, mais humanizado, pautado no respeito e na valorização humana e no qual se qualifiquem os trabalhadores e gestores da saúde para desenvolverem um serviço com qualidade aos usuários do sistema de saúde. Entendemos ser o acolhimento a diretriz fundamental nesse processo de humanização das relações em saúde.

O profissional que trabalha com a saúde se depara com o constante desafio de lidar com a fragilidade e a vulnerabilidade que acaba por se instalar no indivíduo que se encontra doente.

Dessa forma, se torna necessário uma intervenção mais voltada para a questão do ser humano com atitudes mais humanizadas e acolhedoras, nas quais o indivíduo que se encontra doente se sinta valorizado, acolhido, cuidado no processo de tratamento de sua patologia.

Segundo Boff (1999, p. 95):

O cuidado não se opõe ao trabalho, mas lhe confere uma totalidade diferente. Pelo cuidado não vemos a natureza e tudo que nela existe como objetos, a relação não é sujeito-objeto, mas sujeito-sujeito, a relação não é de domínio sobre, mas de convivência. Não é pura intervenção, mas interação e comunhão.

Segundo a política referida, “o acolhimento não é um espaço ou local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo”. Dessa forma, entendemos que apesar do assistente social ter um papel importante nesse processo de acolhimento, ele deve passar não só pelo serviço social, mas sim por todos os profissionais que atendam o usuário.

O atendimento acolhedor atrelado à ação profissional do assistente social, ao contrário do que alguns possam pensar, não se resume a um atendimento marcado pela “simpatia” ou pela “bondade”. Vai muito além da simples recepção desse usuário e depende, na verdade, do posicionamento crítico e com ações resolutivas, conforme a fala de um dos sujeitos da pesquisa:

O acolhimento, no meu entendimento, é o usuário chegar à instituição, você escuta esse usuário, encaminha ele para o atendimento, orienta ele para a rede de serviços. Não está ligado naquela questão do acolhimento de ser simpático, agradável e não dar resolutividade. A resolutividade é importantíssima. Agora, a empatia também é: você olhar no olho dessa pessoa, você escutar o que essa pessoa quer (V.M., ASSISTENTE SOCIAL DO HEMOPA).

O assistente social como profissional de saúde tem como objetivo promover o acesso aos direitos individuais, e coletivos, garantindo a cidadania desses usuários pois, se entende

como cidadania, o exercício de seus direitos civis, políticos, sociais e ambientais, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros de uma determinada sociedade.

Para Vasconcelos (2007, p. 432) “(...) não se pode negar nem deixar de se reconhecer que em algumas circunstâncias e momentos o apoio, o alívio de tensão, a orientação podem até ser o mais urgente e necessário, mas nunca o suficiente da parte do assistente social”.

O assistente social, ao acolher o usuário e seus familiares, ao escutá-los, ao dar-lhes apoio, deve buscar atingir as causas do problema apresentado por essa demanda, ao menos no que tange à participação da instituição/profissionais no problema e na resolução dos mesmos, procurando garantir os direitos dessa demanda.

As iniciativas de acolhimento na Fundação HEMOPA tiveram início a partir da elaboração, pelo Serviço Social Ambulatorial, de um projeto de humanização. Este projeto tem suas ações norteadas pela Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no sistema único de saúde- SUS, que tem como uma de suas diretrizes o acolhimento, como uma forma de cuidado, de responsabilizar-se pelo usuário.

De acordo com Boff (1999, p. 91): “Cuidar das coisas implica acolhê-las, respeitá-las. A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentimento de responsabilidade”.

O projeto de humanização tem o objetivo de desenvolver um trabalho de qualidade, pelo qual os usuários e seus familiares recebam um tratamento humanizado, pautado no respeito, na valorização e na solidariedade humana na construção de cidadania dos mesmos, o que se pode observar no relato de um dos sujeitos da pesquisa durante a entrevista:

Com base na política de humanização do SUS, o Serviço Social elaborou o projeto voltado aos usuários e aos familiares desse usuário para contemplar essa humanização, daí a questão do acolhimento ser um dos itens desse projeto do Serviço Social. A gente coloca toda a equipe participando, é um trabalho multiprofissional (V.M., ASSISTENTE SOCIAL DO HEMOPA).

Sendo assim, como forma de colocar em prática o projeto de humanização junto aos usuários da Fundação HEMOPA e seus familiares, o Serviço Social Ambulatorial tem um Plano de Ação com o objetivo de realizar ações que propiciem um ambiente acolhedor aos usuários que necessitem de tratamento na Fundação, assim como dar resolutividade às questões trazidas pelos mesmos.

Sendo assim, é demonstrada uma preocupação grande com a questão da humanização, conforme a fala de um de nossos sujeitos da pesquisa: “Nós temos uma preocupação grande com essa questão da humanização, como te falei, com resolutividade, com atendimento de qualidade, ético, de respeito mesmo” (V.M, ASSISTENTE SOCIAL).

Fomos oportunizados a observar que, apesar de o acolhimento ter sido uma iniciativa proposta pelo Serviço Social, ele foi abraçado por toda a equipe multiprofissional, que busca ter uma postura acolhedora, prestando um atendimento humanizado e de qualidade aos usuários e seus familiares. Isso também pode ser observado na fala da psicóloga da Fundação:

É um processo que envolve algo mais abrangente, um processo que envolve todo um comprometimento profissional. Por exemplo, aqui no HEMOPA a gente tem toda uma equipe multiprofissional voltada para esse processo de humanização, desde a recepção do paciente à questão da prioridade para quem tem problema de deficiência, gravidez e aqueles que estão graves e que entram no processo de acolhimento (S.R. PSICÓLOGA DO HEMOPA).

Esse acolhimento, realizado pelos profissionais do ambulatório da Fundação HEMOPA, demonstra um respeito, um cuidado entendido conforme o conceito do autor Leonardo Boff. Esse acolhimento é realizado pelos profissionais que compõe equipe multiprofissional nos diversos espaços de atendimento ao usuário na Fundação, conforme relato da psicóloga:

Esse acolhimento é feito não só aqui no consultório quando a gente dá uma orientação ao paciente que vem buscar orientação, que vem buscar diagnóstico. Às vezes o primeiro diagnóstico é muito complicado. Eu faço este estabelecimento de acolhimento na enfermaria, já que às vezes o

paciente só vem tomar sangue, mas não deixam de ser acolhidos, não deixam de ter uma escuta, eu vou saber o que está trazendo ele aqui, como é que funciona a Fundação HEMOPA, como é que vai ser depois do exame eu costumo dar todas as orientações. Tanto eu quanto a outra profissional que trabalha aqui, a gente dá todas as orientações (sic) (S.R., PSICÓLOGA DO HEMOPA).

Sendo o foco de nossa análise, o acolhimento à pessoa idosa em tratamento na Fundação HEMOPA, podemos ressaltar que este é realizado aos usuários e aos familiares desse usuário, quando necessário, porém, segundo a assistente social da Fundação, não há um acolhimento diferenciado à pessoa idosa, ou seja, voltado especificamente ao idoso, como podemos observar no relato abaixo.

Nós não temos um acolhimento específico ao idoso, pois a nossa demanda é múltipla, nós recebemos jovens, adultos e idosos, então todos têm um acolhimento igualitário, não tem uma demanda específica em que a gente atenda somente idosos, não atendemos somente idosos (V.M, ASSISTENTE SOCIAL DO HEMOPA).

Porém, entendemos que o Serviço Social reconhece a pessoa idosa como sujeito de direitos e presta um acolhimento diferenciado, uma vez que cumpre o que estabelecem as legislações específicas desse segmento, como, por exemplo, a questão da prioridade no atendimento e outros direitos estabelecidos no Estatuto do Idoso, conforme se verifica na fala da assistente social da fundação: “não possuímos um trabalho específico voltado para esta demanda, porém priorizamos o atendimento dos mesmos, segundo o que preconiza o Estatuto do Idoso” (S.B, ASSISTENTE SOCIAL DO HEMOPA).

Os dados obtidos durante nossa pesquisa evidenciam a dinâmica de atendimento à pessoa idosa pela equipe de Serviço Social, podendo-se notar que ações definidas no plano de ação do projeto de humanização são desenvolvidas pelos assistentes sociais como forma de acolher o usuário. Dentro

dessa dinâmica de atendimento podemos observar algumas situações relacionadas à pessoa idosa, para as quais o Serviço Social é chamado a intervir.

Vale citar o depoimento de uma pessoa idosa em tratamento na Fundação:

Precisei daquele laudo social porque eu quero ver se consigo fazer um carrinho. Porque lá em casa a renda é pouca e tem dois adolescentes, uma criança e dois adultos e esse povo precisa de renda e eu quero um carrinho para vender alguma coisa na rua pra fazer um adicional (D.B, 68 ANOS).

O relato acima mostra a necessidade econômica de um usuário, e a necessidade da intervenção social junto a essa questão. O assistente social utilizando o instrumental técnico da profissão pode elaborar o laudo social para esse usuário e prestar um atendimento com resolutividade à situação trazida pelo usuário em questão. Com a elaboração do laudo social, a assistente social estará viabilizando o acesso desse usuário idoso a forma de geração de renda.

Observamos, ainda, o atendimento realizado pela assistente social, que procura dar resolutividade às situações apresentadas pelos usuários unindo seu conhecimento técnico às legislações específicas, pois conforme o relato abaixo, de um de nossos sujeitos da pesquisa, a assistente social prestou um atendimento resolutivo apoiado pelo que preconiza o estatuto do idoso sobre atendimento preferencial à pessoa idosa

Meu filho é doador de sangue no HEMOPA, aí a minha mãe apareceu com essa anemia, que os médicos não me explicavam direito, aí eu perguntei para o meu filho: - Será que eu não consigo uma consulta para ela no HEMOPA? E meu filho disse: - Ah, mãe, não sei, porque lá não é assim fácil. Aí fui lá, falei com a moça da recepção que me disse que só ia ter consulta para o outro mês e que tinha que ter um encaminhamento de uma unidade de saúde. Disse: - Ah, mais aí, ia demorar para eu conseguir. Aí a atendente mandou eu falar com a assistente social, eu fui, expliquei o caso da mamãe, ela foi muito atenciosa e resolveu. Por causa da idade da mamãe ela

conseguiu que ela fosse consultada e desde então ela está fazendo tratamento no HEMOPA, sempre com acompanhamento da equipe do HEMOPA. Toda vez que vamos lá elas conversam com a mamãe, dão apoio mesmo (A.F., FAMILIAR DE UMA PESSOA IDOSA EM TRATAMENTO).

Diante de tudo que foi exposto, podemos observar em nossa análise que o Serviço Social, através de sua intervenção profissional, busca atender necessidades que vão muito além do imediato e que envolvem todo um contexto sócio-familiar no qual a assistente social da Fundação HEMOPA presta à pessoa idosa um acolhimento com resolutividade, levando em consideração o que estabelece o Estatuto do Idoso, procurando sempre valorizar os direitos e a autonomia desses usuários, compreendendo a velhice como etapa vital.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi compreender o acolhimento realizado pelo Serviço Social da Fundação HEMOPA à pessoa idosa portadora de doença hematológica que realiza tratamento na instituição, levando em consideração a nova visibilidade pública da velhice e do processo de envelhecimento em nossa sociedade, pela qual o poder público passa a reconhecer a pessoa idosa como sujeito de direitos que merece ser respeitado e valorizado.

O estudo apresenta algumas considerações sobre velhice doente, a partir das quais se pode constatar que existem pessoas idosas em boas condições de saúde e pessoas idosas que se encontram doentes e mais propícias ao aparecimento de limitações e que precisam se adequar a essa realidade sem com isso trazer prejuízos a sua vida.,e que essa pessoas que encontram-se enfermas tem o direito de receber um atendimento de qualidade que apresente soluções eficazes as suas necessidades.

O estudo realizado na Fundação HEMOPA nos mostrou a que a instituição demonstra uma preocupação em promover um atendimento com qualidade, humanizado, com o objetivo que seus usuários sintam-se acolhidos nesse processo de tratamento de sua patologia.

Sendo objetivo principal de nosso trabalho a análise da dinâmica de atendimento realizada pelo Serviço Social junto à pessoa idosa e a existência, ou não, de um acolhimento a essa demanda,

podemos concluir, através de nossa observação, da leitura de documentos institucionais e dos relatos de nossos sujeitos da pesquisa, que o Serviço Social da Fundação HEMOPA reconhece a pessoa idosa como sujeito de direitos e se apóia nas legislações específicas que garantem direitos a esse segmento e realiza um acolhimento diferenciado e resolutivo a segmento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERZINS, Marília Anselmo Viana. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. In: Serviço Social e Sociedade, v. 14, nº 75, p. 19-34, set. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRASIL. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal, 2003.
- _____. Portaria nº. 2.258, de 19 outubro de 2006. Aprova a política nacional de saúde da pessoa idosa, Brasília, 2006.
- _____. Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o conselho nacional do idoso e dá outras providências. Brasília, 1994.
- _____. Constituição da República Federativa do Brasil. 20ª ed. São Paulo: Saraiva, 1998.
- _____. Humaniza SUS: documento-base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde. 3ª ed. 52 p. Color. (série b - textos básicos de saúde). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 21ª ed. 44 p. IColor (Série B - textos básicos de saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS – 01/2001. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001.
- BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano - Compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. ISBN 85.326.2162-7. p. 91, 95.
- FALEIROS, Vicente de Paula. Estratégia em Serviço Social. Cortez: São Paulo, 1997.
- GOLDMAN, S. N. Velhice e direitos sociais. In: PAZ, S. F. et al (orgs). Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia? Rio de Janeiro: CBCISS, 2000.
- GOVERNO DO PARÁ. Secretaria de Estado de Proteção Social e Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde 2004-2007. Belém-Pará.
- HEMORIO. Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti. Manual do Paciente. 10 f. Rio de Janeiro: Gráfica, 2004.
- LOBATO, Alzira Tereza Garcia. Considerações sobre o trabalho do Serviço Social com idosos. p.13. In: TORIBILIO, Maria Teresa e ZABAGLIA, Rosângela Alcântara (organizadoras). A arte de envelhecer: saúde, trabalho, afetividade, Estatuto do Idoso. Rio de Janeiro: Idéias & letras, 2004.
- MATOS, Simone Lima de. Projeto de humanização no atendimento de pacientes da Fundação Hemopa. Belém-Pará, 2004.
- MERCADANTE, Elisabeth. Velhice: a identidade estigmatizada. In: Revista Serviço Social e Sociedade. V.14, nº 75. p.26. São Paulo: Cortez, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986.

MORAGAS, Ricardo. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. 268p. São Paulo: Paulinas, 1997.

NÉRI, Anita Liberalesso. Atitudes e crenças sobre a velhice: análise de conteúdo de textos do jornal o Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. p-13-53. *In*: VOMSIMSON, Olga Rodrigues de Moraes e CACHIONE, Anita Liberalesso Néri (org). As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Alínea, 2006.

VASCONCELOS A. M. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 4ª edição, capítulo 2. p. 430, 432. São Paulo: Cortez, 2007.

Ações de enfermagem nas atividades multidisciplinares para o tratamento da depressão em idosos

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula¹

Elisângela Campos da Silva²

Maria Inês da Silva³

RESUMO

Objetivos: avaliar a presença de depressão em idosos residentes em Instituições de Longa Permanência por meio da aplicação da Escala de Depressão Abreviada de Zung e despertar a percepção para o auto-cuidado por intermédio de atividades multidisciplinares.

Método: pesquisa exploratória e descritiva desenvolvida em duas Instituições de Longa Permanência (ILP) da região metropolitana de Recife. A coleta de dados foi desenvolvida de junho a agosto de 2004 com a participação de 27 idosas.

Resultados: após a aplicação da referida escala chamou-nos a atenção o alto índice de depressão e risco para depressão na Instituição A. Na Instituição B este índice mostrou-se próximo ao risco para depressão. As propostas de ações de enfermagem incorporadas às ações já desenvolvidas nas instituições de longa permanência mostraram-se adequadas e serviram de suporte ao atendimento das participantes.

Conclusão: a detecção precoce da depressão é de suma importância para o estabelecimento de medidas eficazes e intervenção precoces, uma vez que a cura deste distúrbio depende da agilidade no seu diagnóstico.

Palavras-chave: asilo para idosos, depressão, enfermagem, envelhecimento, escalas.

¹ Mestranda em Hebiatria pela Faculdade de Odontologia de Pernambuco da Universidade de Pernambuco/UPE. Professora colaboradora da disciplina Enfermagem em Centro de Terapia Intensiva na Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. E-mail: janainasantos_fop@yahoo.com.br.

² Especialista em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco. Enfermeira assistencial do pavilhão de Clínica Médica do Hospital Universitário Oswaldo Cruz na Universidade de Pernambuco. E-mail: elicamp16@yahoo.com.br.

³ Orientadora. Professora da disciplina Enfermagem em Clínica-médica na Universidade de Pernambuco, Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças - Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. E-mail: enefines@oi.com.br.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida é de fundamental importância uma maior atenção aos idosos. Ganhando visibilidade pela força da presença, os idosos estão exigindo da sociedade que lhes prolonga os dias, que também se ocupe de lhes assegurar condições de dignidade para a velhice ¹.

No entendimento de Ballone ², os profissionais que lidam com o idoso necessitam saber distinguir o envelhecimento normal do patológico bem como a demência da depressão senil, para melhor ajuda poder dispensar aos que deles precisam.

As alterações neurofisiológicas associadas ao envelhecimento aparecem na vida das pessoas geralmente em torno dos 40-50 anos e, dependendo dos fatores genéticos ambientais e antecedentes médicos pessoais, evoluem de forma variável entre elas. A demência implica sempre em um comprometimento importante e irreversível na qualidade de vida das pessoas e seu prognóstico é sempre reservado. Quanto à pseudodemência depressiva implica em dificuldades de memória e/ou cognitivas que podem levantar suspeita de um quadro demencial.

As queixas de memória ruim ou dismnésia são muito comuns em pessoas deprimidas², mas isso não é o suficiente para o diagnóstico clínico da depressão embora em pacientes distímicos o grau de dismnésia seja proporcional à depressão.

A sintomatologia depressiva é muito variada e compete à sensibilidade do observador relacionar um sentimento, um comportamento ou um pensamento como a expressão individual da Tríade Sintomática da Depressão - sofrimento moral, inibição global e estreitamento vivencial, como sendo a expressão pessoal e adequada da personalidade de cada um diante deste acontecimento².

Os distúrbios depressivos são os mais frequentes distúrbios do humor nos seres humanos mais envelhecidos e a adaptação individual ao processo normal do envelhecimento pode tornar a pessoa vulnerável à depressão.

A questão social talvez seja o fator depressiogênico mais importante para os que estão se adentrando na velhice, mais proeminente em relação ao fator sócio-cultural somando-se a isso fatores de ordem econômica com diminuição progressiva do espaço sócio-econômico, redução dos contatos sociais, abandono familiar, declínio gradual, entre outros.

Diante da realidade de que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, viver muito e manter-se autônomo e independente junto à sua família e a comunidade é interesse do cidadão e da sociedade.

Na realidade brasileira o cuidado ao idoso é atribuído à família ³ e isto leva estas a tentarem encontrar, no seu domicílio, soluções para cuidarem dos idosos na tentativa de se evitar a institucionalização.

Envelhecimento não é sinônimo de tristeza, mas a depressão é um fato verificado nos idosos que residem em Instituições de Longa Permanência (ILP), talvez porque além de vivenciarem as alterações psicológicas resultantes da velhice, enfrentam ainda o isolamento e a distância provocada pelo afastamento da família e estes fatores contribuem para o surgimento deste quadro.

Diante do exposto, esse trabalho teve como objetivo identificar o grau de depressão dos idosos institucionalizados, em seguida realizar ações de enfermagem em atividades multidisciplinares naqueles comprovadamente deprimidos, como forma de fornecimento de uma melhor assistência, realizando trabalhos que aumentassem sua auto-estima e favorecessem a auto-preservação e a autoconfiança, mostrando-lhes suas potencialidades e estes fossem encorajados a realizar o autocuidado buscando uma vida digna e produtiva.

Métodos

A pesquisa realizada exploratória e descritiva foi desenvolvida em duas Instituições de Longa Permanência (ILP) na região metropolitana de Recife, uma de caráter filantrópico e outra de caráter privado ambas selecionadas após apresentação de proposta do estudo e concordância das responsáveis da instituição na participação.

A coleta de dados foi desenvolvida de junho a agosto de 2004 e participaram do estudo 15 idosos residentes na instituição filantrópica e 12 idosos residentes na instituição privada.

Para coleta de dados utilizou-se um formulário aplicado por meio da técnica de entrevista informal. O instrumento foi composto por duas partes: a primeira voltada à identificação do idoso e perguntas direcionadas ao levantamento das rotinas realizadas pelo idoso na instituição; a segunda composta por uma escala de depressão denominada Escala de Depressão Abreviada de Zung.

A Escala de Depressão Abreviada de Zung foi desenvolvida em 1965 e construída a partir dos critérios diagnósticos mais comumente utilizados para caracterizar os transtornos depressivos ⁸. Cada item da escala apresenta quatro alternativas que são pontuadas de 1 a 4 pontos. Consideram-se os escores: abaixo de 59 = ausência de depressão, de 60 a 69 = depressão moderada; acima de 70 = depressão grave.

Durante a aplicação do instrumento de coleta dos dados ocorreram algumas dificuldades: 1) o fato das idosas não receberem visitas freqüentes prejudicou o andamento das entrevistas tornando-as de longa duração. As entrevistadas tinham a necessidade de externar seus medos e angústias fato que não permitia às pesquisadoras interrompe-lhes o discurso; 2) a dificuldade quanto ao não entendimento, por parte das idosas, de algumas perguntas da Escala de Depressão Abreviada de Zung.

A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução 196/96 sendo aprovada em reunião sob parecer de nº 088/03 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco.

Os dados foram tabulados em uma planilha eletrônica gerada com o auxílio do Excel for Windows e em seguida, exportados para um programa de análises estatísticas SPSS (Social Package for Social Sciences) versão 11.0.

Resultados

Todas as entrevistadas pertenciam ao sexo feminino com predomínio de idosas entre 76 a 80 anos (tabela 1), isto nos direciona a inferir que a cada dia o processo de envelhecer fica mais prolongado e a longevidade vem aumentando na população geral, no nosso país. Esta população mais idosa requer muito mais atenção pelos profissionais da saúde e, principalmente pelos enfermeiros.

Tabela 1: Distribuição das idades das idosas entrevistadas, Instituições de Longa Permanência, Recife – PE, 2004.

Idades	Freqüências absolutas
60 a 65 anos	3
66 a 70 anos	4
71 a 75 anos	5
76 a 80 anos	6
81 a 85 anos	5
86 a 90 anos	2
91 a 95 anos	1
96 a 100 anos	1
Total	n= 27

Em ambas as Instituições visitadas as idosas possuíam rendimento fixo e considerando-se as características filantrópicas da Instituição A e particular na Instituição B, os rendimentos das idosas da Instituição B são maiores, proporcionando-lhes melhores condições e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Das idosas entrevistadas na Instituição A, sete (7) recebem visitas regulares de parentes e amigos. Na instituição B todas recebem visitas regulares (tabela 2).

Tabela 2: Recebimento de visitas pelas idosas entrevistadas, Instituições de Longa Permanência, Recife – PE, 2004.

Resultados	Instituição A	Instituição B
Recebem visitas	7	12
Não recebem visitas	8	-
Total	n= 15	n= 12

Ao serem questionadas acerca da participação nas atividades de lazer, 12 idosas da Instituição A declararam participar ativamente das atividades ao passo que na Instituição B 10 idosas fizeram tal declaração (tabela 3). A inserção de idosos em atividades sociais ou algo que lhe proporcione prazer é uma sugestão no tratamento da depressão ⁹. Essas atividades devem ser providas de algum sentido para o idoso para que estes não se entreguem à ociosidade e à monotonia ¹⁰.

Tabela 3: Participação em atividades de lazer pelas idosas entrevistadas, Instituições de Longa Permanência, Recife – PE, 2004.

Resultados	Instituição A	Instituição B
Participa das atividades de lazer	12	10
Não participa das atividades de lazer	3	2
Total	n= 15	n= 12

Após aplicação da escala de Depressão Abreviada de Zung (tabela 4) encontramos cinco idosas com depressão na Instituição A (com resultados acima de 70 pontos) e uma idosa com risco para depressão (com resultados próximos de 70 pontos). Na Instituição B, encontramos duas idosas com depressão (com resultados acima de 70 pontos) e 3 idosas com risco para depressão (com resultados próximos de 70 pontos). Nos depoimentos percebemos que as idosas pesquisadas, apesar de se sentirem satisfeitas com as Instituições em que residem, sentem falta do convívio familiar, fator este que contribui para a presença de distúrbio depressivo ou para a aproximação com este distúrbio.

Tabela 4: Presença de depressão ou aproximação com este distúrbio, ou ausência de depressão das idosas entrevistadas, Instituições de Longa Permanência, Recife – PE, 2004

Resultados	Instituição A	Instituição B
Apresentaram depressão (mais que 70 pontos)	5	2
Apresentaram pontuação próxima da depressão (perto de 69 pontos)	1	3
Não apresentaram depressão	9	7
Total	n= 15	n= 12

DISCUSSÃO

É importante ressaltar o perfil das instituições pesquisadas: a Instituição A tratou-se de uma entidade mantida por doações e sem fins lucrativos enquanto a Instituição B tratou-se de uma instituição privada mantida a partir de mensalidades.

As duas instituições possuíam equipes multidisciplinares e multiprofissionais para cuidados aos idosos sendo o diferencial na Instituição B, a presença de uma cuidadora que permanecia nas 24 horas com o idoso.

Para serem admitidos nas Instituições pesquisadas, os idosos eram trazidos pela própria família ou vinham espontaneamente.

Em ambas as Intuições de Longa Permanência, houve uma maior incidência de mulheres internadas em relação aos homens sendo a causa atribuída ao fato de elas serem mais isoladas pelos seus familiares ⁴. É importante colocar-se a consideração de Berquó ⁵, quanto ao fenômeno de feminização do processo do envelhecimento, esta autora nos aponta que a feminização do envelhecimento brasileiro vem ocorrendo desde o final da década de 80, mas há muito tempo têm sido superior, o número absoluto de mulheres idosas, quando comparado com os homens idosos.

A maioria das idosas entrevistados (n= 17) declarou saber ler e escrever e todas foram capazes de se comunicar coerentemente com o examinador. No entendimento de Oliveira ⁶ o decréscimo da capacidade intelectual não se dá nos idosos devido à idade cronológica, mas em virtude de influências do ambiente (acontecimentos políticos, sociais e econômicos) e individual (mortes, separações, fracassos pessoais). Porém esse decréscimo pode ser prevenido com um ambiente sadio e estimulante, fazendo com que os idosos mantenham suas atividades intelectuais. A inserção de idosos em atividades sociais ou algo que lhe proporcione prazer é uma sugestão no tratamento da depressão ⁹. Essas atividades devem ser providas de algum sentido para o idoso para que estes não se entreguem à ociosidade e à monotonia ¹⁰.

Em relação a visitas, a totalidade dos idosos da Instituição B (privada) recebe regularmente visitas, ao contrário daqueles residentes na Instituição A. Yamazaki apud Queiroz ⁷ relata que situações bastante freqüentes (morte de um dos cônjuges, casamento dos filhos, incapacidade física e/ou financeira do idoso), levam a família à formulação de arranjos que permitam oferecer cuidado ao idoso quando estes não residem com ela. Essas situações aumentam a fragilidade que caracteriza principalmente as idades mais avançadas e contribuem para diminuir a autonomia do idoso em relação ao gerenciamento de sua própria vida. Por não conseguirem reproduzir o ambiente em que o idoso vivia e não conseguir adequá-lo à sua rotina, algumas famílias optam pela institucionalização. Esta opção não significa que o idoso precise ficar isolado do convívio familiar. Pelo contrário, no entendimento do mesmo autor, há a necessidade de suporte institucional para que a família possa continuar sendo a referência principal para o cuidado do idoso. De acordo com Andrade, Lima e Silva ⁸, é importante visualizar os aspectos relativos ao recebimento de visitas, visto que se poderia supor a falta dos familiares como fator predisponente de casos depressivos, porém o abandono, na percepção dos idosos pesquisados, pode não estar relacionado ao recebimento de visitas e sim à privação da convivência com seus familiares.

Apesar do perfil diferenciado das instituições, não houve diferença significativa nos escores para depressão pela Escala de Zung.

As ações voltadas ao tratamento do idoso depressivo são de carácter medicamentoso, psicoterápicas ou de mudança de padrão de vida, sendo de grande valia as ações de enfermagem voltadas às causas de tal processo e integradas ao trabalho multidisciplinar.

As propostas de ações de enfermagem realizadas durante o estudo foram as seguintes ⁸:

- Estimular o aumento gradual de atividades para o idoso;
- Consultar profissionais apropriados (especializados) para o cuidado direcionado ao idoso depressivo;
- Incentivar os idosos a participarem das atividades de lazer;
- Proporcionar a inserção da família nas atividades cotidianas desenvolvidas nas Instituições de Longa Permanência;
- Conscientizar a família de que sua presença é fundamental para o idoso e que a institucionalização não significa quebra dos laços familiares e de afeição;
- Promover atividades voltadas para a Educação em Saúde, favorecendo o aumento da auto-estima em oposição à negligência e o isolamento;
- Realizar ações de lazer que despertem a criatividade do idoso e que sejam compatíveis à sua satisfação pessoal.
- Proporcionar uma rotina de atividades físicas de acordo com a autonomia do idoso, promovendo práticas e soluções sociais para facilitar esta autonomia;
- Ocupar o tempo do idoso com atividades que se aproximem às feitas no período anterior à institucionalização, respeitar os horários de descanso destes.

CONCLUSÕES

Durante a realização deste estudo pudemos detectar a presença e o risco para depressão nas idosas institucionalizadas, fato este que relacionamos ao afastamento do convívio familiar, à limitação física devido ao envelhecimento, à sensação de impotência e inutilidade, à perda do poder econômico e conseqüente dependência financeira. Este último acontecimento parece ser fator determinante como causa da depressão nas idosas residentes na Instituição A.

As ações de enfermagem propostas durante o nosso estudo foram eficazes e incorporadas às atividades já existentes na rotina das Instituições.

A Escala de Depressão Abreviada de Zung mostrou-se um instrumento adequado na detecção da depressão nos idosos pesquisados contrariando a afirmação de Bowling ¹¹.

A intervenção precoce realizada de forma multidisciplinar respeitando a individualidade do cliente é a ferramenta fundamental no tratamento não farmacológico desta patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Py L. Encontro com idosos. Arquivos de Geriatria e Gerontologia. 1996; 0(0):67-68.
- Ballone GJ. Depressão. PsiquWeb psiquiatria geral [serial online] 2002 [cited 2003 mar. 28]. Available from:<http://www.psiqweb.med.br/geriat/deptexto.html>.
- Queiroz ZPV. Cuidando do idoso: uma abordagem social. Mundo da Saúde 2000; 24(4): 246-48.
- Snowdon J. Qual é a prevalência da depressão na terceira idade? Revista Brasileira de Psiquiatria 2002; 24 (1): 42-7.
- Berquó E. Considerações sobre o envelhecimento da população brasileira. In: Néri AL, Debert GG. Velhice e Sociedade. Campinas: Papirus; 1999. p. 11-40.
- Oliveira CA, Lima SA. Idoso em Movimento: proposta para melhor qualidade de vida na velhice. [TCC]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
- Queiroz ZPV. Cuidando do idoso: uma abordagem social. Mundo da Saúde 2000; 24(4): 246-48.
- Andrade ACA, Lima FRA, Silva LFA. Depressão identificada em idosos residentes numa Instituição de Longa Permanência (ILP): proposta de ação de enfermagem. [Monografia]. Recife (PE): Universidade de Pernambuco, 2003.
- Valillo R. Depressão: o mal do século atinge todas as idades. [s.n.t.] [cited 2003 abr. 19]; Available from: www.techway.com.br/techway/revista_idoso/comportamento/comportamento_renata.htm.
- Morais IAL, Duarte MJRS. Cuidando do idoso asilado: universalidades e diversidades para a fundamentação das ações de enfermagem. Enfermagem Atual 2002; 2(11): 15-8.
- Bowling A. La Medida de La Salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Espanha: Massan; 1994.

Artigo de Opinião

Enfermagem no Cuidar do Idoso

Mónica Elisa Vieira Cardoso¹

Raquel Susana da Silva Nogueira²

“Todos envelhecemos. A sociedade, os homens, as mulheres, por vezes bem, por vezes mal. As instituições e as sociedades envelhecem sempre mal. Quando querem durar muito estão condenadas a permanecer jovens durante muito tempo.”

Dominique de Pasquale

O envelhecimento da população significa um aumento da dependência e um eventual decréscimo do potencial crescimento.

O ser humano que envelhece continua a evoluir e também tem direito a qualidade de vida.

A estrutura demográfica da população portuguesa tem vindo a alterar-se sendo o envelhecimento da população uma realidade que está a afectar as políticas sociais em geral e as da saúde em particular.

As pessoas idosas são quem, actualmente mais recorre aos serviços de saúde.

O cuidar pressupõe a ajuda dada a uma pessoa que caminha num contínuo de vida, independentemente da idade e da condição. No entanto, para os idosos, esta realidade constitui a própria essência dos cuidados.

Cuidar do idoso, por se tratar de uma pessoa a vivenciar uma etapa do seu ciclo vital, sempre fez e fará parte das funções dos enfermeiros, cuja necessidade de cuidados é diferente, porventura maior, do que noutros tempos e esta deve ser vista numa perspectiva ontológica.

¹ Mónica Elisa Vieira Cardoso: Enfermeira Graduada Especializada em Saúde Comunitária

² Raquel Susana da Silva Nogueira: Enfermeira Graduada e Especializada em Saúde Materna e Obstétrica.

A Enfermagem tem como objecto de estudo e prática o cuidar humano e fundamenta-se nos conhecimentos sobre o processo de viver e envelhecer, das ciências biológicas e humanas. Os conhecimentos que dão base ao cuidar dos idosos incluem o entendimento das necessidades humanas, das adaptações e das mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida, na dimensão biológica, psicológica, social, cultural e espiritual.

Centrando-se no processo de saúde-doença do ser humano em interação dinâmica com o seu ambiente geo-político e social, reconhecendo assim, os determinantes da dimensão demográfica do envelhecimento populacional no último século e perspectivas crescentes que implicam as mudanças no modelo de desenvolvimento social.

O cuidado humano aos idosos envolve acções promocionais e preservadoras da saúde, preventivas dos factores de risco, das doenças, de condições crônicas progressivas e degenerativas e reabilitação de capacidades funcionais.

As habilidades interactivas para cuidar dos idosos são fundamentais para permitir captar e interpretar as crenças, valores e condições de vida, através da comunicação verbal e gestual. O acesso à subjetividade dos idosos constrói relações de proximidade e vínculo que permitem o cuidado colaborativo, a exposição de dúvidas e inquietações ligadas à preservação da autonomia em confronto com a dependência física ou psicológica reconhecida e mesmo expor pensamentos e intimidades ocultos por receios e medos. Revela-se aí a individualidade de cada idoso e as suas relações preservadas com entes da família, a sua estrutura e as características do intercâmbio com a comunidade de referência.

Fazem a diferença também, o ter habilidades psicomotoras para cuidar dos idosos debilitados e dependentes de cuidados, satisfazendo assim as suas necessidades básicas evidenciadas nas actividades da vida diária.

O diálogo deve direccionar-se para a promoção da autonomia e independência, em qualquer que seja a situação do cuidado, quer seja na alimentação, sondando preferências e indicação terapêutica, quer seja na higiene e conforto - hábitos e costumes, quer seja nas actividades de ocupação e lazer pessoal, entre outros.

É de salientar, a importância que a competência do enfermeiro na relação de ajuda assume para a nossa população idosa. Devido à sua natureza a enfermagem é uma profissão de ajuda. A relação de ajuda ultrapassa as simples trocas funcionais. A relação de ajuda é um verdadeiro cuidado,

bem como uma comunicação terapêutica baseada no respeito e na liberdade, sendo ela uma condição obrigatória da eficácia dos cuidados. Tem como finalidade ajudar o idoso a restabelecer e a manter a sua autonomia e permite ao enfermeiro fornecer ao seu idoso certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades fundamentais.

A relação de ajuda implica: confiança, capacidades de escuta, empatia, respeito, congruência, clarificação e sensibilidade, entre outros.

Considerando que a pessoa idosa foi despojada de múltiplos papéis ao longo da sua vida e sofreu inúmeras perdas, aceitar as decisões desta e implicá-la no seu processo de cuidados são formas de lhe devolver/promover a dignidade e o controlo sobre a sua própria vida.

O enfermeiro é alguém que aceita idoso na sua singularidade, que tem um entendimento empático no que concerne às suas limitações, que estabelece uma relação terapêutica e que planeia intervenções com o próprio. De forma a planear e a executar intervenções específicas dirigidas ao idoso, com vista a promover uma maior qualidade de vida quer estimulando e fortalecendo as capacidades que estão diminuídas ou debilitadas quer compensando as capacidades alteradas ou perdidas e ainda proporcionando uma morte digna.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BERGER, M. Luouise; MAILLOUX-POIRIER, Danielle: Pessoas Idosas: Uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta, 1995
- SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

Revista Transdisciplinar de Gerontologia

Universidade Sénior Contemporânea



**UNIVERSIDADE SÉNIOR
CONTEMPORÂNEA**

Aprender muito - Conviver sempre

Conhecer mais - Em Família

<http://usc.no.sapo.pt>

DISCIPLINAS TEÓRICAS

- Iniciação ao Inglês
- Inglês II
- Inteligência Emocional
- História da Cidade e dos Monumentos Portuenses
- História Universal
- Jornalismo e Actualidade
- Lendas, Provérbios e Ditados Populares

DISCIPLINAS PRÁTICAS

- Iniciação à Informática
- Informática II
- Iniciação à Internet
- Internet II
- Pintura
- Dança
- Teatro e Expressão Dramática
- Poesia
- Hidroginástica
- Chi Kung
- Ginástica

Actividades Extra-Curriculares

- Passeios
- Visitas de Estudo
- Workshops

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO

- Revista Transdisciplinar de Gerontologia
- Palestras

DEPARTAMENTO CULTURAL

- Jornal Actual Sénior (on-line)
- Rádio USC- em Podcast (on-line)
- Galeria Vistual dos Alunos de Pintura (on-line)
- Canal de Televisão e Vídeo (online)

