

Ano II, Vol. I, Janeiro / Junho 2008



Revista Transdisciplinar de Gerontologia

Universidade Sênior Contemporânea

FICHA TÉCNICA

REVISTA TRANSDISCIPLINAR DE
GERONTOLOGIA
VOLUME 1 NÚMERO 2 - JANEIRO/JUNHO
2008.

Edição

Universidade Sénior Contemporânea
Departamento de Estudos Sociais

Directores:

Artur Santos
Marta Loureiro
Vitor Fragoso

Concelho editorial/científico:

Angela Escada (Psicóloga Clínica)
Aquiles Martins (Educador Social/Docente
da **USC**);
Artur Santos (Jornalista/Director da **USC**);
Isabel Almeida (Enfermeira - **Centro de
Saúde da Foz**);
Jadir Lessa (Psicólogo Existencialista/**S AEP
- Brasil**)
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 Grünwald (**UFSC / NETI -
Universidade Federal de Santa Catarina/
Núcleo de Estudos da Terceira Idade -
Brasil**).
Vitor Fragoso (Psicólogo/Docente da **USC /
IPNP**);

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

Índice

Editorial	3
Instruções para autores	4
 Estudos teóricos/ensaio	
A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. <i>Fernando Augusto Pereira (Portugal).</i>	6
Exercícios Físicos na Percepção de Idosos Institucionalizados: um relato de investigação. <i>Tiago Cippolat Antonini, Paulo Evaldo Fesnterseifer Stela Maris Stefanello Stefanello (Brasil).</i>	11
Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social. <i>António Ribeiro, Liliana Sousa (Portugal).</i>	22
As “perdas” como cenário propício para ocorrência de maus-tratos e abusos infligidos a indivíduos seniores. <i>José da Costa Calçada (Portugal).</i>	39
O Papel do Enfermeiro na Formação dos Prestadores de Cuidados Informais. <i>Olga M. T. Pousa (Portugal).</i>	55
Recortes Fotográficos: O Cumprimento e o Descumprimento do Estatuto do Idoso. <i>Adriana Imbriani Marchi Veiga, Marcelo Travain (Brasil).</i>	58
Envelhecimento à luz da Psicologia Analítica. <i>Irene Gaeta Arcuri (Brasil).</i>	75

Editorial

Prezados leitores é com enorme contentamento que vos apresentamos o segundo número da **Revista Transdisciplinar de Gerontologia** (RTG) da Universidade Sénior Contemporânea. Neste segundo número cerca de 80 por cento das colaborações foram espontâneas, factor revelador da adesão que temos sentido por parte de todos vós, neste sentido julgamos que RTG está a colmatar uma lacuna existente no panorama gerontológico nacional.

Nesta segunda edição continuamos na senda da nossa matriz Transdisciplinar, contamos com colaborações das mais diversas áreas como a Psicologia, a Sociologia, a Enfermagem e as Artes Visuais e Multimédia, procedentes de Portugal e Brasil.

Desejamos que continuem a encontrar na RTG um espaço de diálogo Transdisciplinar. Esperamos que todas as colaborações sirvam para enriquecer a vossa formação pessoal e profissional, mas acima de tudo que estes artigos e reflexões vos “provoquem”, no sentido da busca do saber e da melhoria das práticas de cuidado e assistência ao Ser do Idoso e seus familiares.

Para finalizar gostaríamos de anunciar que a Psicóloga Clínica Dra. Ângela Escada passa a integrar o conselho científico da RTG, facto que nos honra imensamente. Gostaríamos também de comunicar aos nossos colaboradores que o e-mail para futuras colaborações e contactos será o seguinte: **rtg.usc@gmail.com**.

O nosso sincero agradecimento,

A Direcção

Artur Santos (Docente e Director da USC)
Marta Loureiro (Docente e Directora da USC)
Vitor Fragoso (Psicólogo/Docente da USC)

Instruções para Autores

I-INFORMAÇÕES GERAIS

Diretrizes

A Revista Transdisciplinar de Gerontologia da USC propõe-se a publicar artigos que se remetam ao desenvolvimento humano especificamente à Terceira-idade, sejam centrados na pesquisa, nas práticas profissionais ou sejam artigos de reflexão crítica sobre produção transdisciplinar do conhecimento da Psicologia, Sociologia, Medicina, Educação Social, entre outras.

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 recebidos 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 Interação 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

A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado.

*Fernando Augusto Pereira*¹

RESUMO

Este artigo resulta do desenvolvimento de uma palestra sobre a importância da família para a qualidade de vida do idoso, proferida em Março de 2007, nas celebrações do décimo aniversário da Fundação Betânia, instituição de acolhimento de idosos localizada em Bragança, Trás-os-Montes, Nordeste de Portugal. O desenvolvimento foi no sentido de conceber um texto de interesse pedagógico para o curso de Gerontologia. Sendo a velhice uma etapa de intensos fenómenos de socialização e de construção identitária, de perdas e de ganhos de papéis sociais, temos como objectivo principal, fundamentar, teórica e conceptualmente, a importância das relações familiares no envelhecimento saudável e socialmente gratificante dos idosos institucionalizados.

As ciências sociais centraram a atenção nos processos de socialização e de construção identitária até à idade adulta, prestando, comparativamente, pouca atenção aos processos verificados no idoso. Os contributos mais notáveis neste âmbito advêm do Interaccionismo Simbólico (proposto por George Mead e seus seguidores) e, no campo da psicologia, da teoria da identidade de Erik Erikson. Ambos concedem importância maior ao jogo dos papéis sociais e à interacção social como processos de construção e reconstrução contínua da sociedade e dos grupos sociais. Nestas duas perspectivas a vida social, activa e sempre em mudança, acompanha todas as fases da vida biológica.

Palavras-Chave: Socialização, Ego, Relações Familiares, Serviços de Saúde para Idosos

¹ **Fernando Augusto Pereira**

Doutor em Ciências Sociais.

Docente do Curso de Gerontologia da Escola Superior de Saúde de Bragança.

Investigador do Centro de Investigação de Montanha da Escola Superior Agrária de Bragança.

Investigador do Centro de Investigação e Intervenção Educativa da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

E-mail: fpereira@ipb.pt (Troca de correspondência para este nome e endereço)

1. INTRODUÇÃO: APORTES TEÓRICO-CONCEPTUAIS SOBRE A SOCIALIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA DOS IDOSOS

No campo da psicologia e da sociologia, em cerca de dois séculos de conhecimento acumulado, abundam as teorias sobre os processos de socialização e de construção da identidade. Todavia, os esforços de teorização circunscrevem-se em larga medida ao desenvolvimento do ser humano até à idade adulta. A socialização dos indivíduos visa a sua integração na sociedade, capacitando-os para a sua tarefa de reprodução social, neste sentido foi dada primazia ao estudo e compreensão das etapas do desenvolvimento humano conducentes ao indivíduo adulto socialmente competente. Esta limitação é, em parte, explicada pelos enfoques clássicos da psicologia e da sociologia, concretamente pela visão funcionalista e estruturalista da sociedade e pela perspectiva psicanalítica do indivíduo.

No campo da sociologia, o primeiro contributo teórico, que merece destaque, emana do Interaccionismo Simbólico (IS) inaugurado por George Herbert Mead na sua obra *Mind, Self and Society* (1962). O IS concede importância primordial ao papel dos actores (pessoas ou grupos de pessoas) na construção social da realidade; a sociedade, ao invés de ser exterior ao indivíduo, é, simultaneamente, factor e produto da acção constante dos indivíduos (Blumer, 1982). Depreende-se, por nada ser explicitamente dito em contrário, que a socialização dos indivíduos se prolonga ao longo de todo o ciclo de vida e, em consequência, sociedade é continuamente construída e reconstruída pela acção de todos os seus membros, idosos incluídos.

Por seu turno, no campo da psicologia, temos a obra de Erik Erikson, alemão naturalizado norte-americano que viveu até 1994, considerado pela literatura científica como freudiano e interaccionista. A teoria da identidade de Erikson é uma teoria do desenvolvimento óptimo, a sua finalidade principal é a compreensão do normal e a sua potencialização e não tanto o esclarecimento do patológico (Lopes, 2001). Erikson concebe o desenvolvimento psicossocial dos indivíduos em oito estágios consecutivos que cobrem todo o ciclo de vida; o último, o oitavo, é dedicado justamente à idade adulta madura, entendida esta a partir dos 60 anos de idade (Lopes, 2001). Segundo este autor ainda o essencial do processo de socialização neste estágio é a manutenção da integridade do Eu (ou seja, a manutenção, na medida do possível, dos diferentes papéis sociais, evitando a desesperança (Lopes, 2001). A integridade do Eu significa chegar a esta etapa da vida e ser capaz de olhar para trás e aceitar, no essencial, o percurso percorrido, as escolhas realizadas, os sucessos e insucessos, aceitar a vida como ela foi vivida e, desta forma, recear menos a doença, a dependência ou até a morte. Erikson, chama a este estado de alma, a este auto-conceito, a sabedoria dos mais idosos. Esta é essencial para o próprio idoso em si mesmo, mas também para os seus familiares mais novos, e até amigos, pois reconhecem nessas pessoas exemplos, lições de vida, que os ajudam, por sua vez, a enfrentarem a sua própria vida.

Ao contrário de Piaget, que enfatiza as reciprocidades dos indivíduos com os outros em termos de compensações (incorporando-se assim uma espécie de moral societária), Erikson enfatiza os afectos, sendo espectável que a partilha de afectos positivos entre os indivíduos se traduza na obtenção de grupos sociais saudáveis, eficazes, agradáveis. Daqui se depreende a sua primordial importância para a socialização dos idosos.

A teoria da identidade em Mead e em Erikson, em consonância com a teoria das relações sociais de Serge Moscovici, assim como outros autores construtivistas, enfatizam a importância da interacção com os outros (semelhantes) como mecanismo essencial dos processos de construção identitária dos indivíduos e da própria sociedade. De forma simplificada podemos imaginar a identidade dos indivíduos formada por um núcleo, de difícil alteração, que corresponde aquelas características da

personalidade que conferem continuidade aos indivíduos (uma narrativa coerente de si próprios) e, envolvendo este núcleo, os diferentes papéis sociais dos indivíduos (parentesco, idade, profissão, género, entre outros). A identidade dos indivíduos resulta assim da constante articulação eficaz entre estes papéis sociais e entre estes e o núcleo central. O jogo dos papéis sociais joga-se, claro está, nos meios físicos e sociais frequentados pelos indivíduos.

2. A IDADE DA REFORMA COMO ESTÁGIO DE RE-SOCIALIZAÇÃO INTENSO

Como já se disse o indivíduo vive um processo contínuo de socialização, todavia existem circunstâncias em que a exposição a novos ambientes físicos e sociais é tão abrupta que obriga a um intenso processo de des-construção e construção de novos papéis sociais. Isto acontece, por exemplo, aos emigrantes, aos militares, aos presidiários, aqueles que se decidem por uma vida religiosa de clausura e também aos idosos quando institucionalizados (Carrajo, 1999).

Na idade da reforma podem ocorrer um conjunto diversificados de rupturas sociais: o abandono da vida profissional activa e o corte das relações com os colegas e amigos, perda de alguns familiares e amigos de longa data, perda do cônjuge, perda de alguma independência financeira, perdas ao nível da saúde, entre outras. De um modo geral, as redes sociais diminuem de tamanho, concentrando-se nos familiares (Sousa *et al*, 2004). Estes fenómenos são mais intensos quando a alternativa para os idosos é a sua institucionalização, pois, normalmente, nestes casos se verifica uma mudança mais radical do meio físico e social.

Neste sentido os indivíduos têm de passar por uma profunda alteração dos papéis sociais: estabelecer novas relações de amizade e de afecto, encontrar novas formas de ocupar o tempo livre, arranjar “esquemas” de manutenção das relações sociais de sempre, adaptarem-se às novas regras que sempre existem nos lares e residências. É um período intenso de profunda alteração identitária, nem sempre bem conseguida. Imaginemos o exemplo de um agricultor que “troca” a sua casa na aldeia por uma residência de idosos na cidade; repare-se, de uma assentada, “troca” o campo (o ar livre, o espaço aberto, o trabalho de toda a vida, os amigos e vizinhos, os animais e recantos da aldeia, a azáfama diária, o controlo total da sua vida e ritmos), pela cidade (por um grupo de pessoas que até aí desconhecia, pela interiorização de regras e normas, por novas rotinas alimentares, pelo desafio de actividades até aí não experimentadas, por um espaço mais ou menos confinado, etc).

Naturalmente, há um processo de reconstrução identitária que tem de ser feito, perderam-se muitas identidades de papel tidas até então e ganharam-se outras. Será lícito esperar que até a componente mais estável da personalidade dos indivíduos careça de adaptação e de articulação com as novas identidades de papel. São espectáveis e compreensíveis, receios, resistências, amarguras. Algo semelhante acontece quando deixamos um filho na creche ou infantário pela primeira vez, quando vamos à escola no primeiro dia de aulas, quando abandonamos a casa parental para ir estudar ou ir para a tropa, quando casamos, quando nos divorciamos, quando esperamos o primeiro filho, enfim em muitas situações e etapas da vida. O que pretendo com estes exemplos e analogias é chamar a atenção para a conveniência de encarar todos estes momentos como normais, como acontecimentos próprios da condição humana, em ambiente de modernidade tardia, tal como definida por Giddens (2001).

3. O PAPEL DA INSTITUIÇÃO E DA FAMÍLIA

A institucionalização dos idosos em lares e residências, implica quase sempre o abandono dos papéis de família de procriação (que, aliás, na maioria das vezes estavam já terminados ou com reduzida importância) sobretudo papéis de pais e de avós. Por outro lado, implica também um corte mais ou menos profundo com os papéis de família de orientação, sobretudo irmãos, sobrinhos e outros parentes mais afastados. Todavia, em sentido oposto, particularmente no caso de adaptações bem sucedidas, as pessoas da instituição (utentes e cuidadores) podem funcionar um pouco como “família de adopção”, sendo frequente a criação de laços de profunda afectividade nestas condições. Porém há diferenças (Relvas, 1996): as relações com a “família de adopção” são limitadas no tempo, enquanto que as relações com a família de procriação e de orientação são relações de e para toda a vida; os afectos que se ganham sobretudo da parte dos cuidadores são tendencialmente generalizados e não exclusivos; e, finalmente, os modos de vida e as actividades propostas revelam uma maior uniformidade.

Ou seja, por mais eficaz que seja a instituição, por mais competentes e afectivos que sejam os cuidadores, o lugar dos elementos da família jamais será colmatado na íntegra. Logo, é necessário manter um contacto estreito com a família dos idosos institucionalizados.

O que deve esperar então dos familiares? Os familiares, assim como os cuidadores e os próprios idosos devem, antes de mais, aceitar o envelhecimento como mais um estágio de socialização próprio da condição humana. Devem, na perspectiva da construção identitária de Erikson, encarar o envelhecimento como um período de capitalização de todas as aprendizagens realizadas.

Neste sentido, cabe aos familiares das pessoas institucionalizadas, fazerem o que está ao seu alcance para manterem a normalidade dos laços afectivos com essas pessoas. Isto é, se até aí era comum encontrarem-se, por exemplo, uma vez por semana, pois devem continuar a fazê-lo; se era hábito irem à pesca nos sábados de Primavera, pois devem continuar a pescar; se era costume convidarem o tio para as festas da aldeia ao da família, pois convidem-no à mesma; se o avô ou a avó serviam para qualquer tipo de apoio ou aconselhamento, pois então devem continuar sábios como até aí.

Vejamos. A institucionalização implica sempre rupturas afectivas, implica sempre a necessidade de construção de novos afectos, mas tudo será mais simples e menos doloroso, se essas rupturas não ocorrerem de forma tão abrupta e irreversível. Se isto acontecer o idoso não se sentirá tão “vazio” e poderá construir com muito mais serenidade os seus novos afectos e experimentar novas actividades. Carrajo (1999) refere, e bem, que as visitas dos familiares ou os convites para os idosos passarem alguns dias em casa da família, entre outros benefícios, aumenta a auto-estima dos idosos juntos dos seus companheiros de instituição. De facto assim é, mas se a auto-estima destes é aumentada, na mesma proporção é diminuída a auto-estima dos que não são visitados ou convidados.

Voltando a Erikson é importante que o meio físico e social dos idosos institucionalizados seja um meio de desenvolvimento óptimo. O homem é um ser biológico e social, sabemos que a biologia segue sempre o seu caminho mas, enquanto houver caminho a percorrer, o social tem de estar presente com o mesmo espírito de protecção e de carinho dispensado às crianças e jovens, por exemplo. O envelhecimento humano pressupõe, e exige, uma grande atenção ao social, ao cultural, ao histórico, ao psicológico, ao afectivo, ao familiar, entre outros aspectos (Leandro, 2001).

4. AS DIFICULDADES ACRESCIDAS DA ACTUAL GERAÇÃO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

A geração de idosos actualmente institucionalizados, e por consequência os cuidadores e familiares dos mesmos, enfrentam, de facto, as maiores dificuldades para conseguirem um envelhecimento com qualidade. Isto deve-se a duas ordens principais de razões.

A primeira deriva do facto de, na actualidade, se começar a fazer sentir em pleno os efeitos da institucionalização massiva de idosos, isto é, tal como aconteceu noutros sectores da sociedade portuguesa, na educação e na saúde, por exemplo, há muitos idosos que já estão ou precisam de ser institucionalizados.

A segunda, menos visível, mas seguramente muito mais poderosa nos seus efeitos, consiste na matriz socializadora da geração dos idosos actuais que viveram e experienciaram processos de socialização e de construção identitária mais seguros, previsíveis e estáveis e menos diversificados do que os das gerações mais novas, por exemplo dos seus filhos. Em algumas sociedades, como a norte-americana e europeia, os processos de socialização vão no sentido de maior independência e reciprocidade das relações intergeracionais familiares, logo os filhos e pais estão “preparados” para viverem as suas vidas com maior independência. Pelo contrário, na sociedade portuguesa, essa forma de encarar a vida é muito mais recente, e não abrangeu a actual geração de idosos, por isso, o sentimento de vazio, de perda de identidade, que pode levar à desesperança (no sentido de Erikson) é muito maior e pode conduzir a desencontros de expectativas. Cabe às gerações mais novas, aos filhos dos idosos actualmente institucionalizados, fazerem esse “esforço” suplementar, retribuindo assim aos seus pais o “esforço” suplementar que eles fizeram no sentido de compreenderem as suas necessidades de maior independência. Como diz Moragas (2004) trata-se de manter as relações intergeracionais e familiares em equilíbrio e satisfação para ambas as partes, colocar a tónica na cooperação e não no conflito de papéis.

Na próxima geração de idosos, estas duas ordens de razões estarão, concerteza, mais esbatidas, a primeira porque o país se soube dotar dos meios e estruturas necessárias; a segunda porque a nova geração de idosos deverá continuar a demonstrar uma maior plasticidade da identidade, isto é, maior capacidade de adaptação à mudança e às circunstâncias da pós-modernidade. Esta situação, a registar-se, facilitará um pouco a vida dos idosos, familiares e dos cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLUMER, Herbert. *El Interaccionismo Simbolico: Perspectiva y Metodo*. Hora, S.A., Barcelona, 1982. 160 p.
- Carrajo, Manuel. *Sociología de los Mayores*. Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca, 1999). 242 p.
- Giddens, Antony. *Modernidade e Identidade Pessoal*, Celta Editora, Porto, 2001. 215p.
- Leandro, Maria. *Sociologia da Família nas Sociedades Contemporâneas*, Universidade Aberta. Lisboa, 2001. 334 p.
- Lopes, Amélia. *Libertar o Desejo, Resgatar a Inovação; A Construção de Identidades Profissionais Docentes*. Temas de Investigação 20, Ministério da Educação, 2001. 496 p.
- Moragas, Ricardo. *Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida*, Helder Editorial, S. L., Barcelona, 2004.
- Relvas (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Afrontamento, Porto, 1996.
- Sousa, Liliana; Daniela Figueiredo; Margarida Cerqueira. *Envelhecer em Família: os Cuidados Familiares na Velhice*. Coleção Idade do Saber, Ambar, Porto, 2004. 171 p.

Exercícios Físicos na Percepção de Idosos Institucionalizados: um relato de investigação.

Tiago Cippolat Antonini¹

Paulo Evaldo Fesnterseifer²

Stela Maris Stefanello Stefanello³

RESUMO:

Este artigo é baseado em uma investigação que tratou de discutir algumas questões sociais relacionadas aos idosos na sociedade contemporânea. Tal investigação tentou entender a percepção dos idosos institucionalizados sobre exercícios físicos objetivando o conhecimento da concepção de exercícios físicos na visão dos idosos residentes no Serviço de Amparo e Bem-Estar da Velhice/SABEVE no município de Ijuí/RS, Brasil, após nove meses de intervenção com os mesmos. Releva saber que a pesquisa na qual este artigo foi estruturado caracterizou-se como uma investigação descritiva, exploratória, do tipo estudo de caso e, por conseguinte, obteve caráter qualitativo. Para coleta de dados foi usada uma entrevista aberta para ser analisada a percepção que os idosos residentes no Serviço de Amparo e Bem-Estar da Velhice SABEVE/Ijuí/RS tinham sobre exercícios físicos. Seis idosos foram escolhidas por assiduidade e entrevistadas pelo pesquisador responsável pela investigação e por uma entrevistadora convidada somando-se duas entrevistas abertas com o mesmo estímulo em um intervalo de quinze dias. As respostas das entrevistadas foram organizadas em cinco categorias: Percepções Positivas Sobre Exercícios Físicos, Melhora de Estruturas e Funções Orgânicas, Realização de Tarefas Motoras, Exercício Físico Para o Bem-Estar Psíquico e Entrosamento social.

Palavras-chave: Idoso, Exercícios Físicos, Bem-Estar.

¹ Educador Físico, Auxiliar de Investigação no Laboratório de Biogenômica da Universidade Federal de Santa Maria/Brasil, Doutorando em Ciências da Atividade Física e do Esporte pela Universidade de Léon/Espanha.

² Professor Doutor pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil

³ Professora Especialista pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

E-mail para contato: tiago.antonini@bol.com.br

1. INTRODUÇÃO

A terminologia “idoso institucionalizado” há muito vem sendo empregada para designar pessoas idosas que vivem em casas de amparo social apesar de criticamente, Mesquita (2003, p. 97-98) esclarecer que:

Na língua portuguesa, a institucionalização é o “ato ou efeito de institucionalizar”, por sua vez significa “dar caráter de institucionalização”, “dar forma institucional”. Assim, o idoso institucionalizado é aquele a quem se dá ou que adquire o caráter de institucionalização, que se transforma em instituição, o que obviamente não faz sentido. Por sua conotação pejorativa de abandono de pobreza ou abandono familiar, as denominações “asilo” e “albergue” têm sido substituídas por outras mais eufêmicas, como casa de idosos, lar dos idosos, residenciais para idosos, etc; tanto em instituições de caridade como em estabelecimentos privados.

Neste artigo queremos discutir a situação social do idoso institucionalizado na sociedade contemporânea. Há descasos e desinteresses sociais tanto das políticas públicas quanto das políticas sociais em direcionar atenção “particularizada” para o idoso, que reside em instituições de amparo social. COELHO (2001, p. 67) enfatiza que: “...via de regra, os asilos não tem condições de conforto, de higiene, lazer e assistência médica para seus abrigados, pagos ou gratuitos, não importa. São instituições muito precárias. Existem exceções, mas são raras...”. De fato, a situação real é mais melindrosa do que em tese parece ser. Não sendo com políticas paternalistas e clientelistas ou ainda com ações benevolentes das pessoas que dão “migalhas de pão” para o idoso residente em instituições de amparo social que tal realidade vai mudar.

Em seu livro intitulado “Envelhecer e Ser feliz”, COELHO (2001, p. 67) faz um relato do que deveria ser uma instituição modelo de atendimento ao idoso, quando fala da casa São Luiz, no Rio de Janeiro:

...é uma casa geriátrica de portões sempre abertos, uma continuação do lar e da vida social do velho. Este é um lugar que os velhos encontram para viver e não para morrer. Ali fazem excursões, organizam-se cursos de artesanato, cultivam-se plantas domésticas e promovem-se festas que periodicamente alegrem os hóspedes que nele residem. Um exemplo a ser seguido.

Em nossa análise da situação social do idoso institucionalizado, na sociedade contemporânea, fica claro que as casas de assistência social para idosos, em grande maioria deixa muito a desejar (mesmo sem dados estatístico). Uma vez inserido em tal realidade, fica difícil para o idoso institucionalizado uma interação efetiva com o mundo. Dessa forma, faz com que a situação da maioria das casas de amparo social fique distante do que seria uma situação adequada para a fase da vida em que o idoso se encontra. Com isso, do ponto de vista político, que medidas deveriam ser tomadas para tentar amenizar a precária situação do idoso institucionalizado na sociedade contemporânea? COELHO (2001, p. 67) discorre sua opinião sobre medidas tomadas pelo ministério da saúde, para formulação de uma legislação regular direcionada para as casas de atendimento ao idoso. Entre essas medidas, destacam-se a obrigatoriedade de contratação de nutricionistas e assistência médica permanente até a observação da estrutura funcional das casas de assistência ao idoso e detalhes arquitetônicos, sendo vedado à instalação destas instituições, em antigos sobrados e nem o uso de camas beliche nos quartos.

2. OS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: NECESSIDADES FÍSICAS

Programas de exercícios físicos para a população idosa estão longe de ser a única solução para os problemas sociais do idoso, mas podem contribuir para a melhora da qualidade de vida do mesmo. Para o idoso, muito antes de benefícios estéticos, os exercícios físicos propiciam o aumento do grau de saúde, auxiliando na autonomia funcional de tarefa motora, fisiológica e social. POWERS, HOWLEY (2000, p.312) entendem que quando os exercícios físicos são ligados a ações de socialização é claramente observada sua importância durante a vida, da juventude à velhice.

A incidência do envelhecimento com o déficit funcional na realização das tarefas motoras da vida diária está vinculada com a redução do grau de independência funcional do idoso para a realização das atividades da vida diária, sem ajuda de outra pessoa, como por exemplo o ato de caminhar. FILLENBAUM (1998) apud MOTA (2002, p. 187) entende que a “independência funcional é a capacidade de um indivíduo realizar as tarefas da vida diária sem a ajuda de terceiros”. Visto por este ângulo, as atividades da vida diária podem dividir-se segundo HAWKINS et al (1999) apud MOTA (2002) em atividades instrumentais como cozinhar e usar o telefone e atividades não instrumentais como vestir-se e tomar banho. Santos (2002) justifica a idealização da pertinência de um indivíduo em idade adulta manter um nível de performance razoável por o máximo de tempo possível. Assim, o mesmo poderia responder de maneira otimizada as demandas ambientais ao longo do seu tempo de vida. Dessa forma, poderá amenizar o desequilíbrio entre o ganho e a perda funcional que reflete negativamente na performance motora.

O American College of Sports Medicine (1999) associa a velhice cronológica à inatividade física. Com base nesta constatação, a instituição mencionada anteriormente propõe que um condicionamento físico relacionado à saúde pode ser conquistado apenas com exercícios físicos regulares, enfocando a capacidade aeróbia, a capacidade muscular, a flexibilidade e a composição corporal. Fisiologicamente, os exercícios físicos específicos para o idoso contribuem na melhora das funções cardiorrespiratórias, na redução da perda de massa óssea, no controle de doenças cardiovasculares e no aumento da independência do idoso, auxiliando para que o mesmo não necessite constantemente de ajuda de outras pessoas para realizar as tarefas da vida diária.

Tais benefícios devem ser acompanhados de atitudes otimistas quando se trata de hábitos da vida diária. O tabagismo e os níveis elevados do colesterol ruim (LDL), por exemplo, devem estar na lista de algumas mudanças de hábitos, que principalmente o idoso inativo deve tomar como medidas imediatas para construção ou reconstrução da autonomia nas tarefas da vida diária. Com a inatividade física, o idoso pode apresentar problemas no sistema locomotor, como a perda de equilíbrio, movimentos pouco coordenados, baixa noção de lateralidade, de tempo e de espaço para realização de movimentos corriqueiros.

Os fenômenos citados anteriormente fortificam a importância dos exercícios físicos para a população idosa. POWERS, HOWLEY (2000, p.312) ratificam que os exercícios físicos indicados ao idoso são: caminhada, musculação, bicicleta, natação ou hidroginástica visando o aumento da força muscular (controle da perda de massa muscular) e a melhora da flexibilidade. Contudo, alguns cuidados devem ser tomados para assegurar um bom andamento dos programas de exercícios físicos para o idoso. Na inserção do idoso em programas de exercícios físicos, necessariamente o mesmo deve passar por exames médicos e estar sobre salvaguarda dos princípios da atividade física, como preconiza TUBINO (1979) apud Dantas (1998): o princípio da individualidade biológica, o princípio da adaptação, o princípio da sobrecarga, o princípio da continuidade, o princípio da

interdependência volume – intensidade e o princípio da especificidade. COZZANI (2000, p. 29) argumenta sobre inserção de exercícios físicos no cotidiano do idoso institucionalizado:

Programas de atividade física objetivando entre outras coisas a melhora do equilíbrio e oportunidades para a mobilidade tanto de idosos institucionalizados como não-institucionalizados são alternativas essenciais para a manutenção da independência e da qualidade de vida.

Perante as necessidades funcionais orgânicas do idoso, percebemos certa convergência na carência em praticar exercícios físicos entre idoso não institucionalizado e idoso institucionalizado, no sentido que, o segundo grupo apresenta disfunções orgânicas semelhantes ao primeiro. COZZANI (2000, p. 25) afirma que: "...a perda da independência em realizar atividades da vida diária está fortemente associada à institucionalização da pessoa idosa..." com esta afirmação fica esclarecedora a linha de raciocínio com relação aos benefícios dos exercícios físicos, também para o idoso institucionalizado. A redução das capacidades funcionais orgânicas causando dependência para realizar atividades da vida diária (caminhar) pode solidificar a pertinência da inserção de programas de exercícios físicos em instituições de amparo social ao idoso.

3. POPULAÇÃO PESQUISADA

A pesquisa foi desenvolvida com seis idosos na faixa etária de 65 e 70 de idade, selecionadas por assiduidade e por apresentarem suas faculdades mentais estáveis, ou seja, passíveis de um diálogo consciente com os entrevistadores, sendo que tal critério foi definido através de informações providas da diretora da SABEVE/Ijuí/RS. Releva saber ainda, que não entrevistamos homens por naquela instituição haver grande incidência de mulheres, uma vez que os homens que lá residem, em sua maioria, foram caracterizados por nós como não assíduos do programa de exercícios físicos por nós proposto. Também, por serem em sua grande maioria idosos dependentes e por não apresentarem faculdades mentais indicadas a nosso processo de investigação.

Objetivo Geral

Verificar qual a concepção de exercícios físicos na ótica dos idosos residentes no Serviço de Amparo e Bem-Estar da Velhice SABEVE/Ijuí/RS após nove meses de intervenção.

Objetivos Específicos

Analisar e interpretar o discurso oral dos idosos residentes no Serviço de Amparo e Bem-Estar da Velhice SABEVE no município de Ijuí/RS acerca de sua visão sobre exercícios físicos após nove meses de intervenção com exercícios físicos.

Procurar responder questões particulares sobre uma realidade que não pode ser quantificada, em nosso caso a visão dos idosos residentes no Serviço de Amparo e Bem-Estar da Velhice SABEVE/Ijuí/RS após nove meses de intervenção com exercícios físicos.

Trabalhar analiticamente com os significados provenientes de nossa entrevista.

Elaborar categorias de respostas para entrevista aberta de modo que se possam analisar criticamente os depoimentos coletados.

Aumentar nossa experiência em torno do tema elencado.

4. JUSTIFICATIVA

Os recortes temáticos de pesquisa cabível à educação física são de incrível variabilidade e de considerável importância científica. Ocupamo-nos do conhecimento das diversas áreas do saber para produzir conhecimento direcionado à qualificação de nossas ações didático-pedagógicas, nos nossos respectivos contextos de atuação profissional (escolas, esporte de rendimento etc). Com isso, consideramos que nossa pesquisa frente à percepção dos idosos institucionalizados no Serviço de Amparo e Bem-Estar da Velhice/SABEVE, no município de Ijuí/RS, sobre exercícios físicos vêm colaborar na sustentação da atuação de professores de educação física nesta instituição. Na tentativa de trilhar caminhos para a intervenção didático-pedagógica qualificada dos professores, para com os idosos institucionalizados de Ijuí/RS. Assim, temos compromisso social para com os idosos institucionalizados nesta cidade, de forma que estamos vivendo uma situação de crescimento progressivo da população idosa, com o aumento da longevidade. Há uma provocação de mudanças nos setores econômicos, sociais, educacionais, culturais e de saúde, uma vez que, tendem a exigir mais das instituições que fornecem serviços a pessoas idosas, particularmente na área da saúde (POLO 2003).

Contudo, do ponto de vista científico do imaginário social, consideramos haver no campo da educação física, poucas bibliografias sobre o pensamento de idosos institucionalizados frente a programas de exercícios físicos. Mesmo sabendo que os resultados de nossa pesquisa não são passíveis de generalização, argumentamos que existe pouca valorização da opinião dos idosos sobre exercícios físicos e também que estaríamos desta forma trabalhando nos limites do conhecimento. Assim, de certa maneira, contribuímos de maneira substancial para a qualificação da intervenção de profissionais de educação física para com os idosos institucionalizados, em especial, os idosos institucionalizados na SABEVE/Ijuí/RS. Embora, não discutiremos os benefícios físicos decorrentes de programas de exercícios físicos. Como nossa pesquisa foi elaborada com cunho exploratório, justificamos a mesma com finalidade de “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vista à formulação de problemas, ou hipóteses para estudo posterior” GIL (1995) apud PÓLO (2003, p. 15).

5. ANÁLISE DAS CATEGORIAS DE RESPOSTAS

Categoria de Resposta I: percepções positivas sobre exercícios físicos

As percepções positivas sobre exercícios físicos estiveram presentes nas respostas das entrevistadas I, II, III, IV, V e VI em afirmações como: “ajudou muito pra mim..”, “é bom fazer ginástica...”, “faz bem antes do que mal...” nos remetem à escrita crítica sobre idosos institucionalizados serem “socialmente excluídos”; e para tanto, não estarem interessados em aderir a programas de exercícios físicos regulares. No contexto dos idosos residentes na SABEVE/Ijuí/RS

observamos ser, através das respostas das entrevistadas, desejável a participação em programas de exercícios físicos pelos idosos, como uma forma de amenizar o “esquecimento social”. Todavia, ficamos satisfeitos que na *categoria de resposta I: percepções positivas sobre exercícios físicos*, ser possível verificar um entrelaçamento positivo entre nossos anseios em orientação de programas de exercícios físicos, ações de pesquisa e entre a opinião das entrevistadas sobre exercícios físicos. É esclarecedor ressaltar que, a partir da categoria de respostas I, foi possível averiguar que as entrevistadas demonstraram-se interessadas em continuar participando de programas de exercícios físicos por entenderem que os mesmos podem contribuir para melhora da qualidade de vida.

Categoria de Resposta II: melhora das funções orgânicas

A categoria de resposta II foi intitulada: *melhora das funções orgânicas* porque nas respostas das entrevistadas I, III e IV ficaram marcadas as seguintes afirmações: *Entrevistada I - “pra não ficar duro...”* (melhora da flexibilidade), *Entrevistada III - “abre seus pulmões e isso é muito importante...”* (melhora da capacidade aeróbia), *“com o tempo eu fui ficando mais leve, mais ágil..”* (melhora da flexibilidade e da velocidade dos movimentos), *Entrevistada IV - “saúde e circulação do sangue, é pra todo o organismo, eu acho isso bom...”* (melhora do sistema circulatório).

Podemos traçar uma análise crítica sobre a *categoria de resposta II: melhora das funções orgânicas* dialogando com nosso referencial teórico e o respectivo substrato de pesquisa (respostas). Foi possível verificar através do senso comum nas entrevistadas I, III e IV certo entendimento sobre alguns benefícios fisiológicos. A participação em programas de exercícios físicos regulares pode acarretar benefícios, seja para melhora da flexibilidade (entrevistada I), seja para a melhora da agilidade (entrevistada III), seja para melhora da circulação sanguínea (entrevistada IV). Tentamos traçar paralelos entre nosso referencial teórico e a percepção das entrevistadas, sobre exercícios físicos. Na categoria de resposta II foi possível observar a percepção de exercícios físicos como auxiliar na promoção da melhora de algumas funções orgânicas.

Categoria de Resposta III: realização de tarefas motoras

Foi possível observar, na categoria de resposta III, intitulada *realização de tarefas motoras* presente nas respostas das entrevistadas III, V e VI, percepções sobre exercícios físicos diretamente vinculados a movimentos corporais. Realizar movimento, que pensamos ser ligadas à percepção de que os exercícios físicos estariam viabilizando a possibilidade das entrevistadas III, V e VI de movimentar-se e por consequência ser a capacidade de movimentar-se um fator positivo e desejável em suas vidas. A entrevistada III afirma que: *“é muito bom porque não só a gente mexe o corpo todo, faz aquilo que está precisando, eu acho que exercícios físicos não é só mexer os músculos mas saber o que está mexendo, por que está mexendo...”*; a entrevistada V afirma: *“pode mexer o corpo...”* *“pode se mexer bastante...”* já a entrevista da VI afirma que: *“envolve fazer movimento...”*.

É possível fazermos relação concordante entre as respostas das entrevistadas e nosso referencial teórico. Destacamos que as três entrevistadas têm percepção de exercícios físicos, como promotores de movimentos, de modo que interpretamos tais percepções sobre exercícios físicos como promotores de movimentos importantes, nas atividades da vida diária das entrevistadas III, V

e VI. Assim, o ato de movimentar-se com exercícios físicos seria um desejo dentro das possibilidades de movimentar-se das entrevistadas III, V e VI. Elas gostariam de estar ou continuar engajadas a programas de exercícios físicos, porque pensam que necessitam movimentar-se, devido à grande inatividade física que poderia estar ocorrendo em suas vidas, no contexto da SABEVE/Ijuí/RS. As mesmas estariam fazendo ligação positiva entre possíveis benefícios de ser pessoa fisicamente ativa, seja em atividades físicas, seja em exercícios físicos e que a falta do ato de movimentar-se efetivo, poderia acarretar problemas para a saúde.

Categoria de Resposta IV: bem-estar psíquico

Na categoria de resposta IV intitulada: *bem-estar psíquico*, observamos nas respostas das entrevistadas IV e V as seguintes afirmações: *Entrevistada IV – “é para todo o organismo e isso é bom pra cabeça...”*, *Entrevistada V – “a gente tem divertimento...”*. No momento introdutório de nosso referencial teórico de pesquisa, escrevemos que envelhecimento humano pode dividir-se em envelhecimento biológico, social e psíquico. Quando a entrevistada IV afirma que: *“faz bem para cabeça...”* e quando a entrevistada V afirma que: *“a gente tem divertimento...”* elaboramos análise sobre a categoria de resposta IV na perspectiva que os programas de exercícios físicos, para estas entrevistadas, poderiam também, ser percebidos como forma de distração, de entretenimento. Certamente as entrevistadas IV e V estariam, por algum tempo, esquecendo de seus problemas, estando vinculadas a atividades que proporcionam bem-estar psicológico, quebrando por alguns minutos um estado de angústia “natural” no processo de envelhecimento humano e agravado pela institucionalização.

Categoria de Resposta V: entrosamento social

Na categoria de resposta V destacamos a seguinte afirmação da entrevistada II: *“a gente tem companhia, a gente faz amizade...”*. A partir da resposta da entrevistada II constatamos a possibilidade de haver entrosamento social dentro de um grupo que participa regularmente de um programa de exercícios físicos. Neste caso, os idosos participantes de um programa de exercícios físicos, na SABEVE/Ijuí/RS (considerando nossa experiência em práticas de exercícios com grupos de idosos institucionalizados e não institucionalizado destacamos grande visibilidade do fator entrosamento social no segundo grupo citado). O número de idosos que estão envolvidos no contexto social da SABEVE/Ijuí/RS é pequeno, mas alguns idosos que lá residem não têm contato social direto um com o outro. Existem afinidades entre alguns idosos, como também não existem afinidades dos mesmos idosos com os demais. Segundo a entrevistada II, com o programa de exercícios físicos, do qual os idosos residentes na SABEVE/Ijuí/RS participaram, estaria havendo a possibilidade de vínculos de amizade entre os idosos que até então não tinham um com os outros. Pensamos que tal fato deve-se ao programa de exercícios físicos orientados terem sido desenvolvidos em um grande grupo de idosos.

Em nosso referencial teórico já consideramos ser importante que tanto idosos institucionalizados quanto idosos não institucionalizados tenham um contato social otimizado e que não fiquem reduzidos apenas a um micro contexto. Usamos a afirmação da entrevistada II, para ressaltar que os exercícios físicos, além de possivelmente promover melhora de algumas funções orgânicas, nos corpos dos seres humanos, são também, auxiliares na estabilização das funções psicológicas. Por

sua vez, refletem nas relações sociais entre os idosos, no caso, os idosos residentes no Serviço de Amparo e Bem-estar da Velhice SABEVE/Ijuí/RS.

6. CONSIDERAÇÕES

Ficou evidente, em grande parte de nosso referencial teórico da pesquisa, que não é tranquilo pensar a condição social do idoso na sociedade contemporânea. Em torno deles circunda uma gama altamente complexa de elementos sociais que viabilizam a construção de paradigmas e estereótipos. Dessa forma, colocam o idoso em uma situação social de extrema dificuldade. O idoso não é criança, não é adolescente e não é adulto. Embora na maioria das vezes seja tratado como criança e poucas vezes, respeitado como adulto. Para tentar identificar um lugar social para os idosos, a própria sociedade criou algumas designações dirigidas às pessoas idosas, como por exemplo: “terceira idade” e “melhor idade” que segundo BELATO¹ (2006), dizem tudo e ao mesmo tempo, não dizem nada. Designam um lugar social ao idoso, ou seja, pessoas que têm 60 anos de idade ou mais, mas na verdade, não têm muito sentido porque se tentarmos categorizar um conceito para “terceira idade” e “melhor idade”, a que ponto chegaríamos? Talvez a um conceito estereotipado de um imperativo social romântico do que seria um idoso bem sucedido na sociedade contemporânea.

Não tivemos intenção na construção de nosso referencial teórico de pesquisa (assim será também nas considerações finais de nosso trabalho) escrever o que deveria ser feito para “melhorar” a situação dos idosos na sociedade contemporânea, considerando os elementos que problematizamos em nossa pesquisa. A bem da verdade, queremos na etapa de “conclusão” de nosso trabalho de pesquisa evidenciar nossa inquietação sobre a intranquilidade de pensar o idoso como pessoa inserida na sociedade, bem como, nosso despreparo para lidar com um problema social que há muito tem merecido atenção das várias áreas do conhecimento. Afinal, será que estamos preparados para “atender e entender” a demanda social de um país em processo de envelhecimento humano acelerado?

Tão intranquilo quanto a situação social dos idosos na sociedade contemporânea é a situação dos idosos institucionalizados na sociedade contemporânea. Entendemos que estes sofrem do que já denominamos “esquecimento social”, vivem em micro contextos sociais, bastante limitados com pouco contato com o mundo. Tais idosos sofrem pela perda da independência em realizar tarefas motoras, da vida diária, e por isso, em grande parte dos casos, são hospedados em instituições de amparo social a idosos. Instituições, estas que, lamentavelmente, em sua maioria, não apresentam estrutura adequada para recebê-los.

Por outro lado, através de nossas leituras, para elaboração do referencial teórico de pesquisa, adequado às nossas intenções investigativas e por meio de nossas vivências de campo, pensamos ser oportuno, no momento final de nosso trabalho de pesquisa, relatar que, em meio a tantos descasos sociais para com os idosos institucionalizados, encontramos exemplos de realidades que são um alento para quem preocupa-se com a situação social dos idosos institucionalizados na sociedade contemporânea. Ressaltamos exemplos de micro contextos sociais nos quais idosos são tratados com dignidade. Destacamos o nome da Casa São Luiz, na cidade de Rio de Janeiro/RJ e

¹ Palestrante do Ciclo de Debates Sobre o Idoso da UNIJUÍ com o tema: “O Idoso Na História”.

o Serviço de Amparo e Bem-Estar da Velhice SABEVE, na cidade de Ijuí, no noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

Na elaboração das categorias de respostas à nossa entrevista, observamos uma peculiaridade nas respostas das entrevistadas. Ao invés de falarem sobre o que é exercícios físicos, relataram para que servem os exercícios físico. Pensamos que tal fato deu-se à dificuldade que as entrevistadas encontraram em formular um conceito sobre exercícios físicos. Hipoteticamente falando, as mesmas não teriam disponibilizado até então, em suas vidas, momentos para refletirem sobre um conceito e para definirem exercícios físicos.

Apesar da dificuldade de canalizar um conceito de exercícios físicos, na visão das entrevistadas, na SABEVE/Ijuí/RS, as respostas à entrevista aberta, foram essenciais na elaboração de uma escrita crítica que deu conta de nosso problema de pesquisa. Verificamos também, um entrelaçamento positivo entre nosso referencial teórico de pesquisa e a pertinência de exercícios físicos para idosos institucionalizados. De certa forma, nas respostas das entrevistadas, observamos descrições para a função dos exercícios físicos como elementos promotores da melhora da qualidade de vida.

Depois de um longo trajeto metodológico percorrido e momentos dedicados à leitura, escrita e experiência de campo. Procuramos responder nosso problema de pesquisa (Qual a visão dos idosos residentes na SABEVE/Ijuí/RS sobre exercícios físicos?). O que temos a dizer da visão das entrevistadas sobre exercícios físicos é que elas os vêem como: “ações motoras orientadas por um profissional de educação física, incumbidas de objetivos direcionados para tentativa da melhora de funções fisiológicas, motoras, psíquicas, sociais, ligadas à promoção da saúde e da qualidade de vida”.

Por fim, apesar de os resultados de nossa pesquisa não serem passíveis de generalização por relevar variáveis como: contexto social e interpretação de fragmentos da realidade, pensamos que teve pertinência para professores de educação física interessados em trabalhar com orientação de exercícios físicos para idosos institucionalizados contribuindo na elaboração objetivos e ações didático – pedagógicas conscientes. A pesquisa também desencadeou contribuições para os idosos residentes na SABEVE/Ijuí/RS, porque trouxe à tona não somente suas necessidades físicas, mas também, suas necessidades sociais. De certa forma, isso implicou em problematizar idéias e conceitos ligados a um contexto social limitado.

Com isso, muito além de sermos professores de educação física, reprodutores de programas de treinamentos físicos enlatados, é de extrema importância termos consciência de que os idosos institucionalizados são seres passíveis de desejos e emoções. Bem como, de um histórico sócio-cultural. Em nosso caso, não foi necessário apenas elaborar um programa de exercícios físicos para os idosos residentes na SABEVE/Ijuí/RS e sim, aliar este programa de exercícios físicos ao entendimento de exercícios físicos que aqueles idosos possuíam. Para que fosse possível, praticarmos um diálogo coerente entre teoria e prática, na orientação de exercícios físicos para idosos institucionalizados. Desenvolvemos a partir de tal lógica, nosso trabalho de investigação científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, M. R. de. As representações sociais do corpo da mulher aeronauta, Representação social da mulher na educação física e no esporte, editora central Gama Filho, 1996, organizador Sebastião Votre.

AZEREDO, V. D. Nietzsche e a dissolução da moral – SP. Editora Unijuí, 2000.

American College of Sports Medicine (1999)

COZZANI, M. Mobilidade de indivíduos idosos: impacto da institucionalização. uma revisão de literatura, Revista da Sobama dezembro de 2000, vol.5 n 1 p. 25-30.

COELHO, S., Envelhecer e ser feliz: conversando com a terceira idade. 2ª edição. Rio de Janeiro: editora Garamond, 2001.

CORREA, A. M. Cornélius Castoriadis e suas possíveis parcerias teórico- metodológicas: uma perspectiva para estudo em educação física e imaginário social, Esporte, jogo e imaginário social, Nilva Teve Ferreira, Vera Lúcia Menezes Costa- RJ: Shape 2003.

COSTA, V. L. M. Aventura e risco na natureza: um mergulho na publicidade do ecoturismo esportivo, Esporte, jogo e imaginário social, Nilva Teve Ferreira, Vera Lúcia Menezes Costa- RJ: Shape 2003.

DANTAS, E. H. M. A prática da preparação física. 4ª edição. Rio de Janeiro: editora Shape, 1998.

FARIAS, M. C. da C. O discurso da mulher que trabalha com deficientes: uma dimensão da cidadania, Representação social da mulher na educação física e no esporte, editora central Gama Filho, 1996, organizador Sebastião Votre.

FERREIRA, N. T.; COSTA, V. L. M. Esporte, jogo e imaginário social, RJ: Shape 2003.

FERREIRA, N. T. Os jogos escolares no imaginário de professores de educação física, Esporte, jogo e imaginário social, Nilva Teve Ferreira, Vera Lúcia Menezes Costa- RJ: Shape 2003.

FILHO, C. A. C.; VOTRE, S. Representação profissional e social de gênero em ginástica de academia, Representação social da mulher na educação física e no esporte, editora central Gama Filho, 1996, organizador Sebastião Votre.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo, Phorte editora 2003.

GEWHER, L. M. C. Contexto e Educação, Ijuí, vol., nº58, p107-135, abr/jun, 2000.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa, 4ª edição. São Paulo, editora Atlas S.A 2002.

MAZO, G. Z.; SANTOS, S. M. A.; RIFIÓTIS, T. Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo do idoso, Rev. Bras. Cienc. Esporte, v.22, n.2, p.167-172, jan.2001.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. Atividade física e o idoso: concepção gerontológica – Porto Alegre: Sulina, 2001.

MESQUITA, P. M.; BOTH, A. (org.). Idoso Institucionalizado.

BENINCÁ, C. R. S.; BARBOSA, M. H. S. (org.). Envelhecimento humano: múltiplos olhares – Passo Fundo/RS: UPF editora, 2003.

MINAYO (et al); M. C. S. Pesquisa Social: teoria método e criatividade. Petrópolis; RJ: vozes, 1994

MOURÃO, L. A imagem da mulher esportista nos jogos da primavera dos anos 50, Representação social da mulher na educação física e no esporte, editora central Gama Filho, 1996, organizador Sebastião Votre.

MOTA, J. Envelhecimento e exercício – atividade física e qualidade de vida na população idosa, Esporte e Atividade Física: interação entre rendimento e saúde, Manole – SP 2002.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação, Pesquisa Social: teoria método e criatividade- Petrópolis; RJ: vozes, 1994

OLIVEIRA, V. M. Consenso e conflito da educação física brasileira – Campinas, SP: Papirus 1994.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. Teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. Terceira Edição. Barueri-SP; 1ª edição brasileira: Manole 2000.

POLO, G. B.; LEITE, M. T. Envelhecimento humano a ótica de pessoas idosas, Revista Contexto e Saúde, Editora Unijuí, Ano 3, Nº5, Jul./Dez., 2003, p. 107-127.

POLO, G. B. Velhice na ótica de pessoas idosas, monografia apresentada ao curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ como requisito parcial para o título de Bacharel em Enfermagem, Ijuí, julho de 2003.

RETONDAR, J. J. M. Jogo: ponto de encontro entre deuses e homens, Esporte, jogo e imaginário social, Nilva Teve Ferreira, Vera Lúcia Menezes Costa-RJ: Shape 2003.

SIMÕES, R. Corporeidade e Terceira Idade: a marginalização do corpo do idoso. 3ª edição. Piracicaba: Editora UNIMEP, 1998.

SHEPHARD, R. J. Envelhecimento, atividade física e saúde, São Paulo: Phorte, 2003.

SANTOS, S. O desenvolvimento motor ao longo da vida, Esporte e Atividade Física: interação entre rendimento e saúde, Manole – SP 2002.

VOTRE (et al). Representação social da mulher na educação física e no esporte, editora central Gama Filho, 1996, organizador Sebastião Votré.

VOTRE, S.; OLIVEIRA, A B.C. Hinos e gritos de guerra no futebol: construindo e reconstruindo o imaginário, Esporte, jogo e imaginário social, Nilva Teve Ferreira, Vera Lúcia Menezes Costa-RJ: Shape 2003.

Imagens da velhice e do envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social

António Ribeiro¹

Liliana Sousa²

RESUMO:

O envelhecimento é um processo inevitável e um constructo social (imagem). Neste estudo aprofunda-se o conhecimento das imagens do envelhecimento em profissionais envolvidos nos cuidados sociais e de saúde a pessoas idosas. Administrou-se a escala ImAges a 240 sujeitos: enfermeiros, médicos, técnicas de serviço social e engenheiros (comparação). Os resultados indicam que: i) as imagens são similares entre profissionais, conjugando “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva”; ii) os engenheiros apresentam médias mais elevadas em “incompetência relacional e cognitiva”. Os profissionais necessitam de mais formação em gerontologia para adequar as imagens à realidade do envelhecimento e da velhice.

Palavras-Chave: imagens; velhice e envelhecimento; profissionais de saúde e acção social.

¹ António Ribeiro

Enfermeiro, Mestre em Geriatria e Gerontologia. Enfermeiro Especialista no Hospital Infante Dom Pedro – EPE, Aveiro. Investigador na Universidade de Aveiro.

Morada: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810-193 Aveiro, Portugal
E.mail: toperib@gmail.com

² Liliana Sousa (autor para contacto)

Psicologia, Doutorada em Ciências da Educação e Agregada em Ciências da Saúde. Directora do Mestrado em Gerontologia da Universidade de Aveiro. Professora Auxiliar na Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro

Morada: Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Universidade de Aveiro, 3810-193 Aveiro, Portugal
E.mail: lilianax@cs.ua.pt

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um privilégio e uma conquista social. Mas, é também um desafio, designadamente para as instituições e profissionais que trabalham no âmbito da promoção do envelhecimento activo e bem sucedido. Trata-se de um processo normativo que envolve as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais inevitáveis com o passar do tempo. Mas, é igualmente um constructo social, pois as sociedades criam representações e imagens que acabam por caracterizar e compor esse processo. O termo *ageism* (idadismo em português) foi inicialmente utilizado para indicar a discriminação dos mais velhos. Mas, ao longo do tempo passou a incluir a discriminação baseada na idade cronológica. Por isso, neste estudo optámos por introduzir o termo *velhismo* para especificar a discriminação em relação aos mais velhos.

Tem-se demonstrado que socialmente a velhice e o envelhecimento tendem a ser representados de modo negativo. E, como essas imagens são transversais na sociedade, também ocorrem em profissionais que trabalham com idosos, podendo influenciar a forma como apoiam as pessoas idosas. Assim, neste estudo procura-se aprofundar o conhecimento das imagens da velhice e envelhecimento em grupos profissionais que por norma estão envolvidos nos cuidados sociais e de saúde a pessoas idosas: enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social.

2. IMAGENS DA VELHICE E DO ENVELHECIMENTO: IDADISMO E VELHISMO

As imagens constituem representações a partir da aparência externa do corpo humano, relacionando-se com os estereótipos que são simplificações das imagens (Featherstone & Hepworth, 1996). As pessoas tendem a, quase automaticamente, categorizar os outros (e os próprios) em torno de três dimensões: idade, raça e género (Kunda, 1999). De modo mais ou menos consciente, a idade determina a interacção, pois pela idade percebida infere-se um conjunto de características (cognitivas, funcionais, religiosas) (Cuddy & Fiske, 2002).

Butler (1969) introduziu o termo “ageism”, definindo-o como um processo sistemático de estereotipagem e discriminação social negativa das pessoas idosas. Paralelamente, como a sociedade espera que as pessoas se comportem de forma *adequada à sua idade* (Palmore, 1999), espera-se que os idosos tenham essas características negativas. É inegável que o envelhecimento é acompanhado por um conjunto de limitações, principalmente, relacionadas com o declínio das capacidades motoras e sensoriais. Contudo, coexistem com aspectos positivos, tais como a maturidade, sabedoria e experiência de vida. O inconveniente está em que as imagens da velhice e do envelhecimento tendem a assentar na sobre-generalização e na sobrestimação das incapacidades dos idosos, apesar da investigação ter vindo a evidenciar que tal não corresponde às características dos idosos (e.g. Sousa, Galante & Figueiredo, 2003).

O termo *ageism* na sua origem apenas se referia à discriminação negativa dos mais velhos, mas posteriormente assumiu-se que podia assumir um cariz positivo, negativo, neutro ou combinado (Palmore, 1999). Nos anos 1980 emergiram estudos que evidenciam que as imagens da velhice e ao envelhecimento ultrapassavam a simples enumeração de traços negativos e se evidenciam em subcategorias combinando aspectos positivos e negativos (Lutski, 1980). Actualmente, o termo *ageism* já emerge em alguma literatura como fazendo referência à discriminação baseada na idade cronológica (Palmore, 1999), dando origem, por exemplo, ao adultismo, isto é, a discriminação dos

adultos em relação aos adolescentes, julgando-os como imaturos, insubordinados e irresponsáveis. Assim, pensamos que o termo *velhismo* representa melhor o tópico em estudo, ou seja: as imagens em relação às pessoas idosas, que podem envolverem diversas dimensões (por exemplo, afetivas, cognitivas, físicas) e tendências (positiva, negativa, neutra).

3. AS IMAGENS PROFISSIONAIS DA VELHICE E ENVELHECIMENTO: MÉDICOS, ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE SERVIÇO SOCIAL

Todos os profissionais são membros de uma sociedade e, por isso partilham os seus valores, expectativas e imagens sociais (e.g. Choi & Dinse, 1998). Os médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social são os grupos profissionais que mais prestam cuidados e apoio às pessoas idosas, em diversos contextos. Apesar da vasta literatura sobre imagens da velhice e do envelhecimento, ainda há poucas referências específicas às imagens destes profissionais.

A função dos médicos centra-se no diagnóstico e tratamento da doença e na informação e educação para a saúde. Alguns estudos demonstram que entre os médicos o *velhismo* tende a manifestar-se em (e.g. Bowling, 1999; Hadjistavropoulos *et al.*, 2000): submeter as pessoas idosas a tratamentos menos agressivos, sendo esta decisão tomada com base apenas na idade cronológica; dedicar menos tempo ao diálogo com os pacientes idosos e desvalorizar as suas queixas, o que implica menor compreensão da situação clínica; desencorajar a actividade física, acreditando que os idosos “merecem descanso”, apesar dos comprovados benefícios para pacientes de todas as idades; subvalorizar e *sub-tratar* a dor, considerando como algo próprio da velhice ou associando a comportamentos infantilizados dos idosos que se “queixam de tudo”. Além disso, verifica-se que os médicos que se sentem desconfortáveis com o próprio envelhecimento e/ou têm pouco conhecimento sobre o processo de envelhecimento e em especial sobre questões geriátricas. Deste modo, falham em diagnosticar e oferecer tratamento adequado em condições geriátricas sensíveis, como depressão, incontinência urinária, disfunção sexual e abuso de idosos (Bowling, 1999). Esta situação é de enorme relevo em Portugal, onde não existe a especialidade de geriatria e a formação em gerontologia ainda escasseia.

A função dos enfermeiros centra-se especialmente em prestar cuidado de ajuda, dar informação e educar para a saúde (e.g. Courtney *et al.*, 2000). As atitudes dos enfermeiros que reflectem *velhismo* incluem (e.g. Carvalhais & Sousa, 2007): disponibilizar, especialmente em ambiente hospitalar ou de internamento, poucas oportunidades às pessoas idosas para serem independentes (por exemplo, realizando a sua higiene pessoal, sem dar oportunidade para o exercício da autonomia); dar menos importância ao direito dos pacientes idosos para tomarem decisões; subvalorizar as queixas, o que aumenta a probabilidade de se desenvolverem complicações; dar pouca atenção às necessidades associadas à idade (por exemplo, à diminuição da sensibilidade auditiva); estar menos preocupado e centrado na educação para a saúde. Koch & Webb (1996) observaram que, perante pacientes idosos, os enfermeiros tendem a negligenciar as necessidades individuais, desenvolvendo a actividade em rotinas inflexíveis.

Os técnicos de serviço social actuam na inserção, participação e adequação social (e.g. Cruz *et al.*, 2003; Choi & Dinse, 1998). Em geral, espera-se que os técnicos de serviço social tenham uma atitude mais favorável em relação às pessoas idosas, pela sua formação e prática descrita como mais humanista e centrada nas relações comunitárias (Cheung *et al.*, 1999). A literatura é muito

escassa em relação às imagens da velhice e do envelhecimento nestes profissionais, salientando-se que Cheung *et al.* (1999) não encontrou entre os técnicos de serviço social atitudes mais favoráveis em relação aos idosos.

4. IMPACTO DAS IMAGENS NA QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR DOS IDOSOS

As imagens têm duas funções (e.g. Sousa, 2006): permitem fazer juízos (para o melhor e o pior) e dão informação que regula a interacção com os outros. O seu impacto pode ocorrer a vários níveis: nos idosos, nos não-idosos (forma como vêem os idosos e encaram o próprio envelhecimento) e nas relações sociais.

A forma como se *fala* da velhice e do envelhecimento tem um papel importante no funcionamento das pessoas idosas, assim: quando são mencionadas como inteligentes ou competentes, o reforço positivo associado torna-as mais capazes de se movimentarem de modo mais estável e rápido; da mesma forma, acreditar em estereótipos negativos sobre o envelhecimento, tais como senil, dependente ou frágil pode limitar as suas capacidades funcionais (Hausdorff, 1999). O impacto das imagens da velhice e do envelhecimento nos não-idosos revela-se principalmente, na forma como encaram a sua (futura) velhice. Os idosos representam para os mais novos a ameaça do *próprio destino* (Cuddy & Fiske, 2002): diminuição da beleza, saúde, sensações e aproximação da morte.

Diversos efeitos do *velhismo* para as pessoas idosas têm sido descritos na literatura: isolamento da comunidade e institucionalização desnecessária (Palmore, 1999); redução do sentimento de auto-eficácia, diminuição do rendimento e stress cardiovascular (Hausdorff, 2000; Levy, Ashman & Dror, 2000); contributo para os maus-tratos dos idosos (Curry & Stone, 1995).

Mais especificamente na interacção com os profissionais de saúde, a pesquisa tem demonstrado que as pessoas idosas estão em situação de desvantagem (Sousa, 2006). A crença de que as pessoas idosas são rígidas, têm dificuldades em mudar, apresentam deterioração das capacidades mentais, são doentes, estão cansadas, são incompetentes, tristes e têm falta de interesse pela interacção social, leva os profissionais a um conjunto de atitudes e práticas, por exemplo: acreditar que a psicoterapia não é adequada para os idosos (e.g. Reekie & Hansen, 1992); infradiagnóstico de depressão, ansiedade, dor crónica ou excesso de incapacidade, pois são confundidos com elementos do envelhecimento normal (Izal & Montorio, 1999); tendência para atribuir com mais frequência aos idosos, do que aos mais jovens, diagnósticos do tipo orgânico (como demência) e mais tratamentos farmacológicos (Izal & Montorio, 1999).

Os efeitos do *velhismo* encontram-se, igualmente, na forma como os idosos são tratados nas instituições sociais e de saúde de apoio a idosos, por exemplo: quando se examina a comunicação usada nessas instituições verifica-se pouca atenção às necessidades de afiliação e apoio social dos utentes (Grau, Chandler & Saunders, 1995), sendo comum a utilização de linguagem infantilizadora por parte dos profissionais (Ryan, Hummert & Boich, 1995), a qual reforça comportamentos ou atitudes de dependência da parte dos idosos. O *velhismo* negativo por parte dos profissionais que prestam apoio aos idosos, acaba por se reflectir em atitudes profissionais que podem impedir a promoção do envelhecimento activo.

5. OBJECTIVOS

Este estudo exploratório procura aprofundar o conhecimento sobre as imagens da velhice e do envelhecimento em profissionais que trabalham com idosos: técnicos de serviço social, médicos e enfermeiros. Consideram-se, ainda, outras variáveis: idade, género, zona de residência e (in)existência de experiência de trabalho com pessoas idosas. Os resultados permitirão analisar como essas imagens podem estar a ter impacto nos cuidados aos idosos e no trabalho em equipa entre os profissionais.

6. METODOLOGIA

Instrumento

Neste estudo utilizou-se um questionário e a escala ImAges, aplicados por auto-preenchimento. O questionário incide em variáveis sociodemográficas (idade, sexo, zona de residência e profissão) e profissionais (experiência profissional na área da velhice/envelhecimento actual e passada). Optou-se pelo uso da escala ImAges (Sousa, Cerqueira & Galante, 2002), pois foi desenvolvida para a população Portuguesa e demonstrou uma boa consistência interna (α de Cronbach = 0.86). Este instrumento compreende 32 itens, organizados em escala de Likert de 5 pontos (1- discordo totalmente; ...; 5- concordo totalmente).

Estudo psicométrico da escala ImAges

O estudo psicométrico da escala ImAges foi aferido para a amostra em estudo através da análise em Componentes Principais (rotação varimax com Kaiser normalization). Neste processo algumas alterações emergiram que exigiram a adequação da escala à população em estudo. Assim, optou-se por eliminar o item 2 (“a velhice pode ser boa ou má, dependendo dos que nos rodeiam”) por apresentar uma baixa correlação. Posteriormente, foram eliminados os itens 1 (“uma pessoa velha não cuida do seu aspecto físico”), 5 (“uma pessoa velha tem menos responsabilidades e obrigações”), 6 (“uma pessoa velha vive das suas recordações”), 7 (“uma pessoa velha sente muitas dores físicas”), 14 (“uma pessoa velha não reconhece que precisa de ajuda”), 17 (“as pessoas velhas são todas iguais”), 18 (“uma pessoa velha não domina as novas tecnologias”), 21 (“uma pessoa velha precisa de muito descanso”) e 30 (“uma pessoa velha é dependente e por isso precisa da ajuda dos outros”), pois não saturaram em nenhuma componente ou saturaram em várias componentes. Optou-se por uma solução de 3 componentes por ser a que melhor se ajustava aos dados (quadro 1).

Atendendo ao conteúdo dos itens em cada factor foi-lhe atribuída a seguinte designação: factor 1 – “dependência, tristeza e antiquado”; factor 2 – “incompetência relacional e cognitiva”; factor 3 – “maturidade, actividade e afectividade”. Em relação à estrutura factorial obtida pelas autoras da escala, essencialmente, verifica-se a eliminação do factor “inutilidade”. A análise da variância explicada indica que os 3 factores explicam 39,6% da variância total. Calcularam-se, ainda, as correlações entre os itens da escala, que são em geral boas, variando entre 0,218 (item 4) e 0,373 (item 29). Para analisar a consistência interna da escala calculou-se o α de Chronbach, verifica-se

que os valores do α para a escala global (0,703) e para cada factor são bons, pois apenas o factor 2 apresenta um valor ligeiramente mais baixo (factor 1 = 0,823; factor 2 = 0,569; factor 3 = 0,648).

Amostra

Definição da amostra

Construiu-se uma amostra de 240 sujeitos: 60 médicos; 60 enfermeiros; 60 técnicos de serviço social; 60 engenheiros. Cada subamostra deveria incluir: 15 homens com idade até aos 44 anos; 15 homens com 45 anos ou mais; 15 mulheres com idade até aos 45 anos; 15 mulheres com 45 anos ou mais. A subamostra de engenheiros foi incluída para permitir comparação com as outras profissões, pois está desligada das áreas de intervenção dirigidas à população idosa.

Recolha da amostra

A escala foi administrada a uma amostra por conveniência respeitando os critérios definidos. Apenas em relação aos técnicos de serviço social houve alterações: a escassez de homens a exercer esta profissão, acarretou a decisão de recolher apenas elementos do sexo feminino; assim, a amostra compreende 60 técnicas de serviço social. A aplicação decorreu durante o ano de 2006 junto de profissionais que trabalham em serviços diversos: Sub-Regiões de Saúde, Câmaras Municipais, Centros de Saúde, Hospitais, Universidades, Instituições Privadas de Solidariedade Social e Centro Distrital de Solidariedade e Segurança Social. Os questionários foram distribuídos pessoalmente ou por correio electrónico, solicitando-se o auto-preenchimento e garantindo a confidencialidade. Alguns sujeitos levavam os questionários para casa, para posterior preenchimento, e devolviam por correio o e.mail; outros preenchiam no momento imediato à entrega. O preenchimento do instrumento demora cerca de 10 minutos.

Caracterização da amostra

A amostra compreende 240 sujeitos, distribuídos por profissão, grupo etário e sexo de acordo com o previsto na definição da amostra. Tal apenas não se verifica em relação aos técnicos de serviço social, onde apenas foram inquiridas mulheres.

Entre os inquiridos predomina a residência urbana (quadro 2), sendo que as subamostras apresentam distribuições diferentes: os médicos têm mais residência urbana e os enfermeiros mais rural. A média de anos de experiência profissional para a amostra global é 17,33 anos (quadro 2), não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as profissões.

Quanto à (in)existência de experiência profissional com idosos (quadro 2) as sub-amostras distribuem-se de modo diferente, essencialmente porque os engenheiros raramente têm essa experiência. Os restantes profissionais tendem a ter experiência com idosos: 80% dos enfermeiros; 68,3% dos médicos; 65% das técnicas de serviço social. A média de anos de experiência profissional com idosos para a amostra global é de 5,16 anos (quadro 2).

Quanto à (in)existência de experiência profissional actual de trabalho com idosos (quadro 2), verifica-se a predominância do “não” em todas as profissões, apesar de tal ser mais saliente entre

os engenheiros (nenhum trabalha actualmente com idosos). As técnicas de serviço social são as que mais trabalham actualmente com idosos (45%), enquanto os enfermeiros e médicos surgem em seguida com percentagens iguais (36,7% trabalha actualmente com idosos).

6. RESULTADOS

Imagens da velhice e do envelhecimento

No quadro 3 apresentam-se os resultados relativos à escala ImAges para a amostra global e subamostras. Na amostra global verifica-se que os inquiridos apresentam uma média superior no factor “maturidade, actividade e afectividade” (3,38), seguindo-se o factor “incompetência relacional e cognitiva” (3,28), ambas as médias indicando que os sujeitos tendem a “concordar” ou “não concordar, nem discordar” com esta imagem da velhice e do envelhecimento. O factor “dependência, tristeza e antiquado” apresenta a média mais baixa na amostra global (1,92), indicando que os inquiridos “discordam totalmente” ou “discordam”.

Na análise de cada subamostra pode observar-se que: o factor “dependência, tristeza e antiquado” apresenta média inferior em todas as subamostras; o factor “incompetência relacional e cognitiva” é o segundo com média superior nos enfermeiros, médicos e técnicas de serviço social, e tem a média inferior nos engenheiros; o factor “maturidade, afectividade e actividade” apresenta a média superior nas subamostras, com excepção dos engenheiros.

Além disso, enfermeiros e médicos e enfermeiros e técnicas de serviço social, apresentam distribuições idênticas pelos factores, ou seja, os dados sugerem que têm imagens similares da velhice e do envelhecimento. Os médicos e as técnicas de serviço social têm médias idênticas nos factores “maturidade, actividade e afectividade” e “dependência, tristeza e antiquado”; mas diferentes no factor “incompetência relacional e cognitiva”, em que as técnicas de serviço social apresentam uma média significativamente mais baixa do que os médicos.

Os engenheiros apresentam médias idênticas aos outros profissionais no factor “maturidade, actividade e afectividade”. Mas diferenciam-se no factor “dependência, tristeza e antiquado”, pois apresentam uma média significativamente mais elevada. E, diferenciam-se em relação aos enfermeiros e às técnicas de serviço social no factor “incompetência relacional e cognitiva”, pois apresentam uma média significativamente mais elevada.

Idade, sexo, zona de residência e experiência profissional com a população idosa

Os dois grupos etários (até 44 anos e 45 anos ou mais) seguem a tendência global da amostra, em que o factor com média superior é “maturidade, actividade e afectividade”, seguindo-se “dependência, tristeza e antiquado” e, por último, “incompetência relacional e cognitiva”. Nos factores “maturidade, actividade e afectividade” e “incompetência relacional e cognitiva” não há diferenças significativas entre os dois grupos etários. Mas, no factor “dependência, tristeza e antiquado”, o grupo com idade igual ou superior a 45 anos apresenta uma média estatisticamente superior ($t=0,9917$; $p=0,0166$). Os profissionais de ambos os sexos seguem a organização de imagens já descrita para a idade, não emergindo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos nos diversos factores. Ao nível da zona de residência as médias dos factores mostram a

tendência observada para os grupos etários e sexo, não existindo diferenças significativas entre aqueles que residem em zona rural e urbana. Em relação à experiência profissional junto da população idosa mantêm-se a tendência geral da amostra em todos os factores. E não há diferenças estatisticamente significativas, pelo que a experiência de trabalho com idosos parece não afectar as imagens da velhice.

Grupos de imagens da velhice e do envelhecimento

Para melhor compreender como os factores interagem na formação de grupos de imagens procedeu-se à análise de clusters (K-means, squared Euclidean distance) (quadro 4). O cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade) abrange 43,8% dos sujeitos da amostra, o cluster 2 (competência, independência e maturidade) envolve 13,8% dos inquiridos e o cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) respeita a 42,1%. Ou seja, apenas 13,8% dos inquiridos apresentam imagens positivas. Os restantes inquiridos dividem-se entre imagens essencialmente negativas e imagens positivas, mas moderadas. Estes grupos de imagens não variam com a idade, anos de experiência profissional e anos de experiência profissional com idosos.

Em seguida analisou-se com base em frequências observadas e esperadas como os clusters variam com o grupo etário, sexo, profissão e experiência profissional com idosos dos inquiridos. Os resultados indicam que: i) o cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) tende a ocorrer com mais frequência entre o grupo etário mais novos (até 44 anos); ii) em relação ao sexo não se observam tendências; iii) os residentes em zona urbana apresentam uma frequência superior à esperada no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas), enquanto aqueles com residência rural apresentam uma frequência inferior nesse cluster; iv) o cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade) é mais frequente em quem não tem experiência de trabalho com idosos e não trabalha actualmente com idosos, e o cluster 2 (competência, independência e maturidade) tem frequência superior em quem tem experiência de trabalho com idosos e trabalha actualmente com idosos.

No que respeita à profissão observa-se que os enfermeiros têm frequências observadas superiores às esperadas no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas) e inferiores às esperadas no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade); os engenheiros têm frequências observadas superiores às esperadas no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade) e inferiores às esperadas no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas). Os médicos têm frequências observadas superiores às esperadas no cluster 3 (competência, independência e maturidade moderadas). As técnicas de serviço social têm frequências observadas superiores às esperadas nos clusters 2 (competência, independência e maturidade) e 3 (competência, independência e maturidade moderadas); e tem frequências observadas inferiores às esperadas no cluster 1 (incompetência, dependência e imaturidade).

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Estrutura e conteúdo das imagens

A análise da estrutura e conteúdo das imagens sugere que se caracterizam por: moderação, multidimensionalidade e inconsistência. A moderação é evidente nas médias obtidas nos factores, ou

seja, situadas tendencialmente no “não concordo, nem discordo”. Este é um elemento comum a outros estudos (e.g. Sousa & Cerqueira, 2005), tendo sido associado no âmbito do Teste de Associação Implícita de Harvard (e.g. Neto et al., 2007) a imagens implícitas: as pessoas não dizem o que pensam, quer porque *não querem*, quer porque não são capazes. As imagens emergem como multi-dimensionais, pois englobam conteúdos diversos: afectivos (tristeza e afectividade); sociais (antiquado, incompetência relacional); cognitivos (incompetência cognitiva e maturidade); físicos (dependência e actividade). Estes resultados são consistentes com outras pesquisas (e.g. Sousa, Cerqueira & Galante, 2002), contudo também estão em desacordo com outros dados que indicam que o envelhecimento do corpo representa a velhice e o envelhecimento (e.g. Heikkinen, 2000). Encontra-se, igualmente, inconsistência nas imagens, por exemplo, ao analisar-se os conteúdos dos dois factores que emergem com média superior, verifica-se que coexiste maturidade e afectividade com incompetência relacional e cognitiva. O cariz moderado e multi-dimensional, associado a esta inconsistência poderá indicar que as imagens mais extremas sejam de índole mais implícita (Neto et al., 2007), podendo manifestar-se de forma escondida e, logo, pouco objectiva para quem detém essas imagens.

Imagens dos profissionais: médicos, enfermeiros e técnicas de serviço social

Os resultados indicam que as três profissões que exercem funções ao nível dos cuidados e apoio psicossocial aos idosos apresentam imagens similares, enquanto os engenheiros apresentam algumas diferenças. Assim, médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social têm imagens muito similares, apesar de terem funções diferentes (e.g. Cruz et al., 2003; Choi & Dinse, 1998). Adicionalmente, enfermeiros e médicos e enfermeiros e técnicos de serviço social apresentam médias estatisticamente similares nos três factores. Mas, médicos e técnicos de serviço social apresentam uma diferença significativa no factor “incompetência relacional e cognitiva”, em que as técnicas de serviço social apresentam uma média significativamente mais baixa. Este resultado vai de encontro a estudos que indicam a tendência para a valorização de aspectos mais positivos na velhice em profissionais com funções de natureza mais psicossocial (Cruz et al., 2003). Contudo, esta diferença poderá também estar associada ao contexto de exercício profissional: os médicos atendem as pessoas com mais frequência em situação de doença e/ou incapacidade (mais do que os enfermeiros, que assumem uma função na saúde comunitária superior); e as técnicas de serviço social exercem actividade muito em contexto comunitário, junto de pessoas autónomas e independentes.

Os engenheiros apresentam médias idênticas aos outros profissionais no factor “maturidade, actividade e afectividade”, mas mais elevada nos restantes factores. Ou seja, nos factores de cariz negativo são os profissionais que apresentam médias superiores. Apresentam as imagens mais negativas e parecem reflectir a tendência negativa das imagens descritas como predominantes na sociedade (e.g., Sousa, 2006). Os dados obtidos pela análise de cluster dá informação adicional, reforçando a anterior. Considerando as profissões verifica-se em todas uma maior percentagem de inquiridos se situa no cluster “incompetência, dependência e imaturidade”, uma percentagem muito próxima situa-se no cluster “competência, independência e maturidade moderadas” e uma percentagem inferior se encontra no cluster “competência, independência e maturidade”.

A comparação das frequências observadas e esperadas em cada profissão nos clusters indica que: os engenheiros tendem a situar-se no cluster “incompetência, dependência e imaturidade”; os

médicos e enfermeiros no cluster “competência, independência e maturidade moderadas”; e as técnicas de serviço social no cluster “competência, independência e maturidade”. Ou seja, há uma tendência para que os profissionais que trabalham junto da população idosa apresentem imagens menos negativas da velhice e do envelhecimento.

Imagens: influência da idade, género e zona de residência

Neste estudo o género e a zona de residência não parecem influenciar as imagens dos inquiridos. Apesar de alguns estudos indicarem que as mulheres têm tendência a ter imagens mais negativas, principalmente, porque a sociedade que valoriza a juventude tende a ser mais negativa para com as mulheres velhas do que para com os homens velhos.

A idade dos inquiridos apresenta algumas tendências diferenciadoras. Trata-se de um factor importante no âmbito das imagens dos profissionais em relação à velhice e ao envelhecimento, uma vez que, por norma, os profissionais são sempre mais novos do que os seus clientes idosos. O grupo com 45 anos ou mais apresenta uma média superior no factor “dependência, tristeza e antiquado”, ou seja, os profissionais com mais idade acentuam um factor mais negativo. A análise de clusters reitera este dado, pois o cluster “competência, independência e maturidade moderadas” tende a ser mais frequente no grupo etário até aos 44 anos. Pode notar-se uma tendência para que as imagens da velhice e do envelhecimento se tornem algo mais negativas nos mais profissionais com mais idade. Estes profissionais, muito provavelmente, tiveram menos formação nas áreas da geriatria e/ou gerontologia, pois esta formação é recente e a apetência para formação é superior nos mais novos, muitas vezes porque estão num momento de maior investimento nas carreiras. Verifica-se, ainda, que estão mais próximos da velhice e, provavelmente, a viver a velhice de pessoas significativas, confrontando-se com necessidades de prestação de cuidados e/ou com a deterioração de algumas capacidades. Além disso, podem começar a sentir a velhice próxima e a temerem algumas das doenças e incapacidades mais comuns nesta idade. A influência da idade nas imagens da velhice e do envelhecimento não é consensual na investigação. Os estudos menos recentes indicavam que quanto mais novos fossem os indivíduos mais atitudes negativas teriam em relação aos idosos (Lutsky, 1980). Contudo, pesquisas posteriores não confirmam essa ideia: nuns casos não indicam diferenças etárias (cf. Harris, Page & Begay, 1988); noutros indicam que os idosos têm imagens mais favoráveis em relação à velhice do que os jovens (cf. Jackson & Sullinvan, 1988).

Imagens: influência da experiência profissional com idosos

Neste estudo não se verificam diferenças significativas nas imagens quando confrontadas com a experiência profissional actual e passada junto da população idosa. Apesar disso, a análise de clusters revelou algumas tendências: a experiência de trabalho com idosos tende a tornar as imagens um pouco mais positivas, talvez porque os profissionais têm a oportunidade de confrontar as imagens com a realidade, verificando que muitos idosos são autónomos, activos e independentes. A investigação tem indicado que, quer os jovens, quer os idosos, que experienciaram elevado nível de contacto com pessoas idosas demonstram maior conhecimento sobre o processo de envelhecimento e menos estereótipos em relação às pessoas idosas (Lupien & Wan, 2004).

Implicações

Impacto das imagens nos cuidados aos idosos

Em geral, as consequências de imagens negativas centradas na idade são similares às associadas a qualquer discriminação em relação a qualquer grupo: as pessoas discriminadas tendem a adoptar as imagens negativas dos grupos dominantes e a conformar-se com essas imagens (Palmore, 1999). Os dados sugerem que os profissionais tendem a esperar que as pessoas idosas sejam: incompetentes, dependentes e imaturos. Embora esta tendência não seja generalizável, pois também se verifica que alguns profissionais são mais positivos. Mas, talvez o maior relevo esteja no seu cariz implícito: as pessoas nem sempre têm consciência e controlo intencional sobre os processos de percepção social e julgamento sobre o que motivou as suas acções, ou seja, muitos processos mentais funcionam de modo implícito (Greenwald & Krieger, 2006). As imagens da velhice e envelhecimento parecem ser implícitas, conjugando a desejabilidade de ter imagens mais positivas com a forte assimilação social e mental de imagens negativas. Assim, os profissionais podem estar a tentar manter as suas imagens mais positivas ou moderadas, ao mesmo tempo que têm tendências mais negativas.

Impacto no trabalho em equipa

A integração dos serviços sociais e de saúde no apoio às populações, especialmente às idosas, é um dos desafios aos profissionais e instituições neste momento em Portugal e em diversos países. Esta integração permitirá: partilha de informação em diversas áreas (como, habitação, saúde e serviços de protecção social); uso conjunto e integrado de recursos humanos e materiais; desfragmentação do apoio prestado às populações.

Atendendo a similaridade das imagens e à sua tendência negativa, o trabalho em equipa, pode resultar num reforço entre os vários profissionais dessas imagens. Contudo, o facto de alguns elementos apresentarem imagens mais moderadas e positivas poderá exercer alguma influência positiva. Principalmente, as técnicas de serviço social emergem como elementos importantes, pois são o grupo profissional onde tendencialmente emergem mais imagens positivas. De qualquer forma, a principal implicação parece ser a necessidade de formação nesta área, de modo a tornar as imagens mais realistas e ajudar os profissionais a adequarem a sua prática às especificidades daqueles para quem trabalham.

Uma das principais limitações deste estudo é o uso de apenas um instrumento para caracterizar as imagens da velhice e do envelhecimento. A literatura recomenda o uso de instrumentos diversos para melhor compreender a complexidade das imagens. Estudos posteriores devem incluir outros instrumentos de recolha de dados e analisar a influência dos contextos em que os profissionais exercem a sua prática e a formação que têm na área de geriatria/gerontologia.

8. CONCLUSÕES

Os principais resultados indicam que as imagens da velhice e envelhecimento em médicos, enfermeiros e técnicas de serviço social são similares. Contudo, sugerem uma tendência para que

sejam um pouco mais positivas nas técnicas de serviço social, daí que a inclusão destes profissionais em equipas integradas de saúde e acção social possa ser uma mais-valia para a emergência de imagens mais adequadas da velhice. De qualquer forma, releva-se a necessidade de formação específica sobre o processo de envelhecimento e sobre as características e necessidades específicas da população idosa junto destes profissionais. De facto, a escassez de formação nas áreas da geriatria e gerontologia tem emergido como uma das razões mais importantes na sobrevalorização do idadismo e *velhismo*.

Os dados sugerem que as imagens destes profissionais serão próximas das mantidas pela sociedade em geral. No entanto, atendendo à formação e prática será importante que estes profissionais possam ser actores da transformação das imagens sociais negativas sobre a velhice e o envelhecimento, levando-as a aproximar-se da realidade da vivência da velhice.

Os resultados apontam para a inexistência de influência do género e da zona de residência. Mas sugerem alguma influência da idade e da experiência de trabalho com idosos. As imagens dos inquiridos com idade superior ou igual a 45 anos tendem a ser mais negativas e a experiência de trabalho tende a tornar as imagens mais positivas. Principalmente, saliente-se como o confronto com as pessoas idosas acaba por mostrar a variabilidade das vivências da velhice: ou seja, a velhice não é para todos uma fase de diminuição global do funcionamento; muitos idosos mantêm níveis de funcionamento e competência muito elevados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bowling, A. (1999). Ageism in cardiology. *British Medical Journal*, 319(7221): 1353-1355.
- Butler, R. (1969). Age-ism: another form of bigotry. *Gerontologist*, 9(4): 243-246.
- Carvalhais, M. & Sousa, L. (2007). Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *Revista Electrónica de Enfermagem* (accepted).
- Cheung, C.; Chang, C. & Lee, J. (1999). Beliefs about elderly people among social workers and the general public in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 14(2): 131-152.
- Choi, N. & Dinse, S-L. (1998). Challenges and opportunities of the aging population. *Educational Gerontology*, 25(6): 595-661.
- Courtney, M.; Tong, S. & Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 6(2):62-69.
- Cruz, J.; Fontes, M.; Santos, J. & Bergo, M. (2003). Percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus-tratos no espaço familiar. *Textos Sociais de Envelhecimento*, 6(2), 1-13.
- Cuddy, A. & Fiske, S. (2002). Doddering but dear: process, content and function in stereotyping of older persons. In N. Todd (Ed.), *Ageism Stereotyping and prejudice against older persons* (pp.3-26). Cambridge, Massachusetts: Bradford Book.
- Curry, L. & Stone, J. (1995). Understanding elder abuse: The social problem of the 1990s. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1: 147-156.
- Featherstone, M. & Hepworth, M. (1996). Images of Aging. In: Birren J, ed. *Encyclopedia of Gerontology: Age, Aging and the Aged*. San Diego: Academic Press: 743-751.

- Grau, L.; Chandler, B. & Saunders, C. (1995). Nursing home residents' perceptions of the quality of their care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33: 34-41.
- Greenwald, G. & Krieger, L. (2006). Implicit bias: scientific. *California Law Review*, 94, 4: 945-967.
- Hadjistavropoulos, T.; LaChapelle, D.; Hale, C. & MacLeod, F. (2000). Age and appearance related stereotypes about patients undergoing a painful medical procedure. *The Pain Clinic*. 12 (1): 25-33.
- Harris, M.; Page, P. & Begay, C. (1988). Attitudes toward aging in a south-western sample. *Psychological Reports*, 62(3): 735-746.
- Hausdorff, J. (1999). Positive talk about elderly can have an effect on they function. *Journal of American Geriatric Society*, 22: 13-28.
- Heikkinen, R-L. (2000). Ageing in autobiographical context. *Ageing Society*, 20: 467-483.
- Izal, M. & Montorio, I. (1999). Comportamiento y salud en la vejez. En M. Izal, I. Montorio *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis: 115-137.
- Jackson, L. & Sullivan, L. (1988). Age stereotypes disconfirming informations and evaluations of old people. *Journal of Social Psychology*, 128(6): 721-729.
- Koch, T. & Webb, C. (1996). The biomedical construction of ageing: implications for nursing care of older people. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (5): 954-959.
- Kunda, Z. (1990). *Social cognition*. Cambridge: MIT Press.
- Levy, B.; Ashman, O. & Dror, I. (2000). To be or not to be: the effects of aging stereotypes on the will to live. *Journal of Death & Dying*, 40: 409-420.
- Lupien, S. & Wan, N. (2004). Successful ageing. *The Royal Society*, 359: 1413-1426.
- Lutsky, N. (1980). Attitudes toward old age and elderly persons. In C. Eisendorfer (ed.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. New York: Springer.
- Neto, F., Sriram, N., Nosek, B. A., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (2007). Explorar as atitudes e crenças implícitas: Lançamento de um site da internet em língua portuguesa. *Psicologia, Educação e Cultura*, XI, 165-173.
- Palmore, E. (1999). *Ageism. Negative and Positive*. New York: Springer Publishing Company.
- Reekie, L. & Hansen, F. (1992). The influence of client age on clinical judgments of male and female social workers. *Journal of Gerontological Social Work*, 19: 67-82.
- Ryan, E.; Hummert, M. & Boich, L. (1995). Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *J L Soc Psychol*, 14: 144-166.
- Sousa, L. & Cerqueira, M. (2005). As imagens da velhice em diferentes grupos etários: um estudo na população portuguesa. *Kairós (Brasil)*, 8 (2): 189-206
- Sousa, L. (2006). Impacto das imagens da velhice na qualidade de vida e bem-estar dos idosos. *Salud(i)Ciencia*. <http://www.siiicsalud.com/dato/dato48/06511000.htm>
- Sousa, L.; Cerqueira, M. & Galante, H. (2002). How images of old age vary with age: an exploratory study among the Portuguese population. *Reviews in Clinical Gerontology* (accepted).

Sousa, L.; Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos – um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37: 364-371.

Quadro 1. Componentes da matriz da escala ImAges

Itens	Componentes		
	Factor 1 Dependên- cia, tristeza e antiquado	Factor 2 Incompetên- cia relacional e cognitiva	Factor 3 Maturidade, actividade e afectividade
Uma pessoa velha é triste e amargurada	0,488	0,283	0,017
A velhice é uma fase da vida especialmente difícil	0,065	0,660	-0,036
Uma pessoa velha geralmente é pobre	0,463	0,208	-0,139
Uma pessoa velha tem um discurso incoerente	0,662	0,287	-0,003
Uma pessoa velha não admite os seus erros	0,546	0,382	-0,004
Uma pessoa velha sente menos as emoções (alegria, tristeza, ...)	0,571	-0,111	-0,219
Uma pessoa velha é doente	0,575	0,380	-0,076
A velhice é uma segunda infância	0,341	0,425	-0,031
Uma pessoa velha é egoísta	0,663	0,219	0,033
Uma pessoa velha tem pouca criatividade	0,565	0,315	-0,074
A velhice é a fase da deterioração das capacidades físicas	0,034	0,567	-0,234
Uma pessoa velha tem conhecimentos que já não interessam	0,600	-0,216	-0,214
Uma pessoa velha precisa que tenham paciência com ela	0,217	0,614	-0,008
Uma pessoa velha já deu o seu contributo ao mundo	0,427	0,109	-0,192
Uma pessoa velha sente-se bonita	-0,059	-0,017	0,610
Uma pessoa velha é inútil, parada e preguiçosa	0,662	-0,131	-0,041
Uma pessoa velha tem vontade de viver	-0,208	0,120	0,559
A velhice é um a fase da vida especialmente	0,032	-0,282	0,591
Uma pessoa velha é um a pessoa amorosa e carinhosa	0,037	-0,162	0,589
Uma pessoa velha continua a ter uma vida normal	-0,189	-0,390	0,516
Uma pessoa velha é aborrecida, rabugenta, teimosa	0,543	0,107	-0,007
Uma pessoa velha é activa e esforça-se por assim continuar	-0,116	0,057	0,599

Quadro 2. Caracterização da amostra: residência e experiência profissional

Profissão	Enfermeiros		Médicos		T. serviço social		Engenheiros		Total	
Zona de residência (1)										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Rural	24	40	7	11,7	18	30	18	30	67	27,9
Urbana	36	60	53	88,3	42	70	42	70	173	72,1
Anos de experiência profissional (2)										
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
	18,45	10,923	17,66	11,519	17,56	12,208	15,67	12,360	17,33	11,737
Experiência de exercício profissional com idosos (3)										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	11	18,3	19	31,7	21	35	55	91,7	106	44,2
Sim	48	80	41	68,3	39	65	5	8,3	133	55,4
Anos de experiência profissional com idosos (4)										
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
	6,98	7,30	7,88	10,79	5,64	8,25	0,10	0,66	5,16	8,25
Experiência de exercício profissional actual com idosos (5)										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	38	63,3	38	63,3	33	55	59	98,3	168	70
Sim	22	36,7	22	36,7	27	45	0	-	71	29,6

(1) As profissões apresentam distribuições estatisticamente diferentes pelas áreas de residência: $\chi^2 (3) = 12,4855$; $p \leq 0,001$.

(2) As profissões apresentam médias de anos de experiência profissional estatisticamente similares: i) enfermeiros e engenheiros ($t=0,0973$; $p=0,1947$); ii) enfermeiros e médicos ($t=0,3500$; $p=0,7001$); iii) enfermeiros e técnicos de serviço social ($t=0,3376$; $p=0,6753$); iv) engenheiros e médicos ($t=0,8189$; $p=0,3612$); v) engenheiros e técnicos de serviço social ($t=0,7994$; $p=0,4011$); vi) médicos e técnicos de serviço social ($t=0,4816$; $p=0,9632$).

(3) Há 1 não resposta entre os enfermeiros. As profissões distribuem-se estatisticamente de modo diferente segundo a (in)existência de experiência profissional com idosos: $\chi^2 (3) = 76,259$; $p \leq 0,001$.

(4) Existem diferenças estatisticamente significativas entre os engenheiros e as restantes profissões: i) enfermeiros ($t=7,272$; $p=0,0002$); ii) médicos ($t=5,575$; $p=0,0001$); iii) técnicos de serviço social ($t=5,185$; $p=0,0001$). Não existem diferenças significativas entre os anos de experiência profissional com idosos entre as restantes profissões: i) enfermeiros e médicos ($t=0,7034$; $p=0,5931$); ii) enfermeiros e técnicos de serviço social ($p=0,1743$; $p=0,3486$); iii) médicos e técnicos de serviço social ($t=0,1024$; $p=0,205$).

(5) Há uma não-resposta entre os engenheiros. As profissões distribuem-se estatisticamente de modo diferente segundo a (in)existência de experiência profissional actual com idosos: $\chi^2 (3) = 34,4377$; $p \leq 0,001$.

Quadro 3. Imagens da velhice e envelhecimento (escala ImAge)

Factores	F1 – Dependência, tristeza e antiquado		F2 – Incompetência relacional e cognitiva		F3 – Maturidade, actividade e afectividade	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
Profissões						
Enfermeiros (N=60)	1,88	0,52	3,21	0,75	3,36	0,51
Médicos (N=60)	1,91	0,46	3,37	0,64	3,41	0,49
T. serv. soc. (N=60)	1,84	0,47	3,08	0,64	3,41	0,50
Engenheiros (N=60)	2,07	0,45	3,46	0,58	3,33	0,36
Global (N=240)	1,92	0,48	3,28	0,67	3,38	0,47

Enfermeiros vs engenheiros: existem diferenças estatisticamente significativas em F1 ($t=0,979$; $p=0,0413$) e F2 ($t=0,981$; $p=0,0369$); não existem diferenças significativas em F3 ($t=0,3148$; $p=0,6296$).

Enfermeiros vs médicos: não existem diferenças significativas em F1 ($t=-0,335$; $p=0,7387$), F2 ($t=-1,287$; $p=0,2016$) e F3 ($t=-0,548$; $p=0,5847$).

Enfermeiros e técnicos de serviço social: não existem diferenças significativas em F1 ($t=0,442$; $p=0,659$), F2 ($t=1,021$; $p=0,3096$) e F3 ($t=-0,542$; $p=0,5886$).

Médicos vs técnicas de serviço social: não há diferenças estatisticamente significativas em F1 ($t=0,774$; $p=0,4404$), F3 ($t=0$; $p=1$); existem diferenças estatísticas significativas em F2 ($t=2,463$; $p=0,0152$).

Médicos vs engenheiros: não há diferenças estatisticamente significativas em F2 ($t=-1,918$; $p=0,0575$) e F3 ($t=1,019$; $p=0,311$); há diferenças estatisticamente significativas em F1 ($t=-1,918$; $p=0,0575$).

Engenheiros vs técnicas de serviço social: existem diferenças estatisticamente significativas em F1 ($t=2,727$; $p=0,0074$) e F2 ($t=3,408$; $p=0,0009$); não diferenças estatisticamente significativas em F3 ($t=-0,629$; $p=0,5294$).

Quadro 4. Clusters de imagens da velhice e do envelhecimento

Clusters (*)	Cluster 1 (n=105) Incompetência, dependência e imaturidade	Cluster 2 (n=33) Competência, independência e maturidade	Cluster 3 (n=101) Competência, independência e maturidade moderadas
Factores (médias)			
Factor 1 – Incompetência relacional e cognitiva (1,92)	2,26 (+)	1,42 (-)	1,75 (-)
Factor 2 – Dependência emocional e física (3,28)	3,79 (+)	2,05 (-)	3,17 (-)
Factor 3 – Maturidade, afectividade e actividade (3,39)	3,16 (-)	3,61 (++)	3,55 (+)
Idade (42,21) (**)	43,51	40,73	41,35
Anos de experiência profissional (17,26) (***)	18,40	15,24	16,74
Anos de experiência profissional com idosos (5,17) (****)	5,12	4,52	5,44

Nota: os sinais (+), (++) , (-) e (-) apenas pretendem ajudar a comparar cada média com a média global do factor.

(*) A análise de pares de grupos diferentes (Teste Scheffé, $p < 0,05$) indicam que todos os grupos são diferentes.

(**) As médias etárias são todas estatisticamente similares (Teste T; $p < 0,05$).

(***) As médias de experiência profissional são todas estatisticamente similares (Teste T; $p < 0,05$).

(****) As médias de experiência profissional com idosos são todas estatisticamente similares (Teste T; $p < 0,05$).

As “perdas” como cenário propício para ocorrência de maus-tratos e abusos infligidos a indivíduos seniores.

José da Costa Calçada¹

RESUMO

Os maus-tratos ou abuso, negligência e violência infligida a seniores é um fenómeno que tem sido sub-diagnosticado e sub-notificado. Todos os actores sociais que prestam cuidados primários a este público encontram-se em posição privilegiada para a prevenção e detecção deste problema, bem como para a intervenção na protecção e tratamento das vítimas.

Palavras – Chave: Seniores, perdas, maus-tratos, abuso e gerontofilia.

¹ Director Técnico de resposta sociais dirigidas à população sénior, do Centro social e Paroquial de N.ª Sr.ª de Fátima Viana do Castelo.

Mestre em Sociologia da Cultura e dos Estilos de Vida pela Universidade do Minho.

Socioterapeuta de reabilitação de Toxicodependente pela Asociación del Proyecto Hombre de Madrid.

Licenciatura em Sociologia Geral pelo Instituto Superior de Matemática e Gestão de Lisboa.

Bacharelato em Sociologia Aplicada pelo Instituto Superior de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

contacto: jcostacal@portugalmail.pt

1. INTRODUÇÃO

Parado e atento à raiva do silêncio

De um relógio partido e gasto pelo tempo

Estava um velho sentado no banco de um jardim

A recordar fragmentos do passado...

Mafalda Veiga

Os maus-tratos ou abusos e negligência do sénior¹ é um fenómeno mais recente que outros tipos de abuso, como o dirigido à mulher ou à criança, sendo conhecido como um problema médico-sanitário e social há apenas três décadas². Trata-se de um problema de sub-diagnóstico ao nível sanitário e de sub-notificação junto das autoridades judiciais. O mau trato ou abuso existe sob várias formas: físico, psicológico, emocional, sexual, financeiro ou sob a forma de negligência.

Os maus-tratos ou abuso inflingidos aos seniores têm relação com as mudanças observadas nos valores sociais e particularmente com a alteração do estatuto social do sénior. Outrora, ele gozava de reconhecimento social, respeito e poder, e era a garantia de transmissão de conhecimento e tradições, numa sociedade onde a experiência empírica estava intimamente ligada à idade cronológica, o ser-se “velho”, era considerado um valor³.

¹ Alguns autores defendem que o termo idoso é o mais correcto na medida que identifica a pessoa com o estado de velhice, fase em que se acumulam no indivíduo as maiores desvantagens sociais, físicas e psicológicas. Bize e Vallier (1995), preferem usar o termo terceira idade para se referirem a este período da vida. Igualmente, a Organização das Nações Unidas (ONU) nos seus documentos utiliza-o dado que segundo esta, traduz melhor a ideia do último terço ou último quarto da vida quando o declínio do organismo mais se intensifica. A União Europeia optou pela expressão “sénior” para designar a população com mais de 50 anos.

Por fim outros assumem que não se pode medir ou quantificar todas as pessoas que atingem a “terceira idade” como pertencentes a este grupo, dado que o envelhecimento é um fenómeno pessoal que varia bastante de indivíduo para indivíduo não se acomodando a limites cronológicos precisos.

Ultimamente tem-se levantado a questão: Existirá uma quarta idade? Sendo esta usada para referenciar os maiores de 74 anos. Esta questão coloca-se na medida em que até há algumas décadas uma pessoa na terceira idade já estava bastante limitada. No entanto, graças à melhoria das condições de vida e ao avanço da medicina é hoje perfeitamente possível ser-se da “terceira idade” e ainda estar-se activo física e mentalmente, encontramos frequentemente, filhos pertencentes à terceira geração a cuidar dos seus progenitores. Deste modo surgiu a necessidade de criar um novo termo para designar a pessoa já no limiar das suas capacidades, daí a emergência do termo “quarta idade” ou “grandes idosos” (Calçada, 2006: 48).

² O reconhecimento público do abuso em seniores como um problema médico e social é relativamente recente: as suas referências na literatura datam apenas as três últimas décadas (Levine, 2003: 37).

³ Como bem demonstra Jean-Louis Fladrin: “no século XVII considerava-se que o filho devia tudo a seu pai porque lhe devia a vida: se ambos sofreram privações, o filho deverá primeiro auxiliar a seu pai e só depois o seu próprio filho” (Frandrín, 1992: 135) Estando manifesto, neste trecho o sintoma de um comportamento dominante na época para com aqueles seres ainda “em potência” que eram as crianças. Não obstante, é necessário notar que a expressão “em potência” muda de sentido consoante a dimensão do tempo em que é valorizada pela sociedade é o passado para a sociedade tradicional ou é o futuro para as sociedades modernas: como herdeiros do pensamento rousseauano, atribuímos ao ser humano, um ideal de “perfectibilidade”, e daí a criança ser plena de esperança, ser o futuro promissor; ao passo que os antigos e as sociedades tradicionais, a criança é acima de tudo inacabada e imperfeita, é um estorvo para os seus progenitores, a esperança que se deposita nela não deixar de ser muito limitada. O grande filósofo humanista, Montaigne, confessa que não se lembrar

Estima-se que mais de dois milhões de seniores sejam anualmente vítimas de abuso nos Estados Unidos da América (EUA) (Swagerty, 1999: 2808).

Em Portugal não há estudos populacionais que permitam estimar a magnitude do problema. O que sabemos é que queixas de maus-tratos aumentam na população sénior portuguesa. Dados recolhidos pelo «Núcleo Mulher e Menor» da GNR indicam que três em cada quatro idosos se confessa vítima de maus-tratos ou de outro tipo de negligência, sendo que no ano passado, se registou um aumento de quase 60% das queixas.

De acordo com dados avançados pela TSF, a GNR abriu 139 inquéritos por maus-tratos a idosos, entre Janeiro e Novembro de 2006, enquanto que, no ano anterior, o número de queixas não ultrapassou as 82 denúncias.

Segundo revelou o Chefe da Brigada de Investigação Criminal da GNR, Albano Pereira, *“em cerca de 85% das situações, os ofensores são homens e, quando são mulheres, utilizam formas mais subtis de violência, difíceis de provar”*.

Conforme refere o Diário Digital, existem factores de risco entre os idosos potenciais vítimas de maus-tratos, como o facto de ser mulher, ter pouca escolaridade, ser viúva, ter mais de 80 anos e viver com os filhos.

Podemos falar hoje no “o azar de se ser velho”, pois a maioria dos seniores portugueses vive no abandono, sem cuidados de saúde ou higiene. E nem as famílias nem o estado são responsabilizados.

O estudo da Universidade do Minho, da autoria de José Ferreira Alves, que analisou uma centena de seniores em três centros de dia de Braga, revela que a grande maioria se confessou vítima de negligência, abuso emocional, exploração financeira/ chantagem económica ou impedimento de controlo do seu dinheiro.

Os maus-tratos cometidos contra os idosos foram compreendidos, neste estudo, dentro de um referencial que procura entender a violência do comportamento a partir da violência estrutural que causa opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, bem como tendo origem em multicausalidades, não estando apenas implicados factores sociais, culturais, familiares e individuais, mas também, qualquer indivíduo de qualquer *status* socioeconómico, etnia, ou religião é susceptível de ser maltratado ou abusado.

O risco do sénior ser maltratado ou abusado também existe em instituições de apoio à terceira idade e hospitais, realidades que podemos constatar ao longo deste artigo.

2. CONTEXTO TEÓRICO

Os seniores têm de se ir adaptando aos sucessivos requerimentos que as sociedades industrializadas lhes vão propondo, e só mantendo esse ritmo de adaptação às novas e sucessivas propostas, conseguem manter uma imagem positiva de si, para si e para os outros. Esta perspectiva entende que o processo de envelhecimento recebe influências pela forma como interagem os

do número exacto dos seus filhos que morreram em casa da ama! Enquanto que o idoso era um depósito do saber-fazer (know-how) acumulado que tinha como missão transmitir às gerações vindouras, (cf Ferry: 1997: 109).

factores subjectivos com os ambientais, culturais, bem como, na forma como os indivíduos se relacionam entre si.

Dentro deste panorama o fenómeno dos maus-tratos ou abuso infligidos em indivíduos seniores, neste artigo, são geralmente enquadrados com base nas seguintes teorias explicativas do abuso:

- a) A teoria do etiquetado/rotulado;
- b) O modelo do stress situacional que sustenta que os maus tratos ou abuso são um fenómeno situacional que ocorre quando se gera *stress* no cuidador, principalmente por incapacidade física ou mental da vítima por baixas condições sócio-económicas ou por falta de competência de *coping* do cuidador;
- c) A teoria da troca social – aqui o cuidador sentirá maior poder e menor recompensa na relação com a pessoa que é cuidada, uma vez que esta última está numa situação de fragilidade e vulnerabilidade, isso leva que se gere um terreno fértil para conduzir a qualquer tipo de mau trato. Neste pressuposto teórico foca que o *status* social da vítima, muitas vezes faz o balanço do grau de gravidade do mau trato infligido à vítima pelo cuidador;
- d) O modelo da violência transgeracional – sustenta que o abuso dever-se-á às aprendizagens ao longo da vida, recebidas pela observação e/ou experiência de abuso ou maus tratos do cuidador e que este quando encontra uma situação oportuna o reproduz e perpetua o modelo, tipos de maus tratos que passam de geração em geração, de “romance em romance familiar”;
- e) O modelo da violência bidireccional – este modelo sustenta que a violência e o abuso são um fenómeno bidireccional praticado tanto pela vítima como pelo agressor/cuidador;
- d) O modelo da psicopatologia do perpetrador – este modelo defende que o risco de abuso está intimamente com as características da personalidade do abusador/cuidador sobretudo com os aspectos do fórum da qualidade de vida ao nível da saúde mental;
- e) O modelo da violência intergeracional – uma vez que esta teoria desenvolve-se segundo duas perspectivas antagónicas: por um lado segundo a perspectiva da troca intergeracional que se baseia na tendência de ajuda mútua entre as diferentes gerações, entre o sénior e cuidador, que ainda é jovem; e por outro lado, a interpretação desta perspectiva da luta intergeracional, que faz com que ocorra a possibilidade de surgir o conflito de interesses entre a vítima e o cuidador, quando este último ainda é muito jovem.

Nesta pesquisa tivemos em conta a definição de mau trato ou abuso infligido ao idoso, como “o acto único e/ou repetido ou a falta de acção que ocorre no contexto de uma relação interpessoal (cuidador/idoso) na qual há uma expectativa de confiança e que causa danos ou perturbações à pessoa idosa quando essa relação de confiança é quebrada” (Ferreira-Alves, I Seminário da Terceira Idade, Universidade do Minho, 2006).

¹ Podemos definir como cuidador, a pessoa que cuida, entendendo por cuidar a acção de por diligência, atenção e solicitude na execução de uma coisa”. Aplicando este conceito de cuidador à pessoa que cuida de pessoas doentes podíamos definir “cuidador” como a pessoa que atende ou assiste a outra sem capacidade para o desenvolvimento dos seus auto-cuidados e actividades da vida diária.

2.2. O MEDO DAS PERDAS E A VULNERABILIDADE PARA OCORRÊNCIA E (RE) PRODUÇÃO DO ABUSO OU MAU TRATO AOS SENIORES

Os idosos convivem com uma sensação desconfortável de “perda”¹ e de “luto”, simultaneamente acompanhada com uma sucessão de acontecimentos demasiado rápida, que significa também a proximidade do seu próprio fim. A experiência do envelhecer, estudada sob o ponto vista fenomenológico por Max Scheler, é uma pressão do passado que aumenta, enquanto diminui a possibilidade de futuro, isto dito de outra forma, a vanguarda da morte é o envelhecimento: a perda de faculdades, de capacidades, de habilidades e/ou de competências sociais.

Quando os idosos pensam em “perdas”, estão geralmente a pensar em acontecimentos críticos da vida, como seja a morte de um ente querido (marido e/ou esposa, filho/a, neto/a...); mas quando se pede por favor a um idoso para que nos fale dessas perdas, a extensão das suas associações é no mínimo e frequentemente surpreendente.

Os seniores falam da dor de perderem os serviços que os familiares cuidadores lhes prestam e do receio que os abandonem, por causa de uma discussão, por parecerem que são “tontos” perante os adultos da segunda geração, por deixarem de ter a atenção dos filhos, em regra, depois de começarem a perder as faculdades e competências sociais de estarem à mesa com os restantes membros da família e de ter de passar a tomar as refeições sozinhos, em primeiro lugar e de seguida recolher-se no seu quarto, porque começam a reconhecer que estão a ficar senis, logo a sua presença é incómoda, agressiva e inútil para os outros, bem como por sentirem que já perderam tudo e agora só lhes resta esperar pelo momento da morte. Os seniores contam a lesão psicológica ou a dor emocional que lhes causa, quando os filhos/cuidadores os insultam e os tratam de sebento verbalmente, chamando-os de porcos, badalhocos, ... quando os humilham desta forma, estão a infligir-lhes um dor tão forte, que lhes provocam uma dor mais atroz, ainda mais, do que se fossem chibatadas de um azorrague. Este cenário deixa-os em situação de vulnerabilidade, propícia para predição do abuso psicológico², físico³ e para a negligência⁴.

Este tema tende a ser um assunto ‘tabu’, muitas vezes sub-referenciado pelas vítimas, visto que estas temam, entre outras, realidades: i) a perda do cuidador mesmo que seja abusivo; ii) ficar na solidão – sem ninguém que o cuide; iii) ser transplantado pelos seus familiares para uma instituição fechada, nomeadamente para o asilo, lar...; iv) perda da privacidade e do ambiente emocional produzido pelas relações familiares da família nuclear e extensa; v) medo da retaliação e recriminação de denunciar o abuso de que é vítima por parte do alegado abusador; vi) desconforto em relação à situação pública e ao aceitar a intervenção exterior de uma terceira pessoa ou

¹ Neste artigo considera-se a “perda” como acção de perder, de comprometer o futuro a nível da partilha dos afectos, de bens material, que compromete o seu futuro no que diz respeito à realidade que alimenta a (con)vivência na comunidade do indivíduo vulnerável como é o idoso (crónico) dependente, tanto ao nível micro (família) como macro (comunidade local) onde está inserido a sua residência domiciliária.

² Condutas que podem resultar em lesões psicológicas, como manipulação, intimidação, ameaças, humilhações, chantagem afectiva, desprezo ou privação do poder de decisão.

³ Como usa e abusa do poder do cuidador sobre a vítima. Quando o poder é o usado de uma forma intencional e não accidental da força por parte da entidade prestadora de cuidados que interaja com o sénior a seu cargo, com o objectivo de magoar, ferir ou destruir, encurralar a vítima privando da convivência social. Por isso encontramos vários tipos de maus-tratos que podem ser de origem física, emocional, que fundamentam em concepções culturais e religiosas.

⁴ Não satisfação de necessidades básicas, nomeadamente de alimentação, cuidados higiénicos pessoais e habitacionais, segurança e tratamento de roupas ou médico.

instituição para cortar com a situação; vii) medo de ser rotulado de mentiroso, porque ninguém vai acreditar na sua versão de que está a ser abusado, visto que intui que a versão da situação do cuidador abusivo vai ser mais idónea.

Neste texto não se vai fazer uma caracterização dos tipos de maus tratos ou de abuso, visto que Professor Doutor José Ferreira Alves, da Universidade do Minho, já o fez com mestria, em 2006, no I Seminário da Terceira Idade, uma vez que também nos inscrevemos, nessa mesma forma de caracterização, feita por ele. O interessante deste artigo, é transcrevermos como é que os nossos interlocutores vivem o medo das “perdas” e como eles intuem que isso é meio caminho andado para serem maltratados.

3. O MAU TRATO OU ABUSO DISSIMULADO

Constitui um constrangimento maior falar do tema de maus tratos ou abuso por parte da vítima, quando os abusadores que infligem maus-tratos são os próprios filhos, netos ..., sobretudo quando eles são exercidos de uma forma tão dissimulada, que os próprios maltratados e/ou abusados nem se quer se dão conta, até legitimam os comportamentos do seu cuidador (seus filhos, netos...) mesmo sendo estes abusivos, desculpam e minimizam tais actos amiúde, isto verifica-se quando pressionam os seus progenitores, de uma forma amigável, e à primeira vista, tudo parece que é feito com as melhores das intenções, e muitas vezes quase não tecem sugestões orais, levam o idoso a que tome a decisão de se afastar, bem como, de se isolar da família, mesmo vivendo no mesmo domicílio, como me segredou certo dia uma utente minha, que frequentava uma resposta social do ambulatório. Estamos perante um caso que formata o caso de abuso emocional ou abandono, visto que há a negação subtil dos afectos, isolamento e falta de comunicação, como nos depõe a Emília:

“Olhe, quando chego a casa do Centro de Dia (CD) às 18:00, tomo logo a refeição do jantar sozinha (uma malga de sopa), porque a minha família diz que eu já não tenho maneiras de estar à mesa, já me babo, já tremo a levar a sopa à boca, sujo tudo... Eles dizem-me que era melhor eu jantar sozinha e depois recolher-me no meu quarto, porque já não estou em temos de estar com as outras pessoas à mesa, eu até os entendo e acho bem que assim seja, eu já não estou em temos, de estar com....”, Aposentada, ex-professora de 79 anos.

O curioso é que esta minha utente nem sequer tinha consciência de que estava a ser maltratada, uma vez que o abuso ocorria de uma forma dissimulada, de modo latente e subtil pelos seus (sua prole), o qual a própria também o legitima, quando ritualiza no seu quotidiano a decisão de se retirar da convivência social da sua família nuclear, como o momento da toma das refeições.

Todos pensamos que o homem é um ser gregário, necessita da proximidade do outro e dos seus afectos para viver mais e com qualidade. Esta minha utente vivia na solidão, do seu quarto e via o “mundo passar” pela janela, numa casa em que vivia acompanhada por oito pessoas. O quarto era recôndito e solução ideal para ela e para os seus, para a sua inoportunidade, para esconder a sua inconveniência..., para esconder a falta de competências sociais para exercer algumas funções que exige a etiqueta, na representação da vida social do quotidiana, que não se compadece com a

contra-quotidianidade, por isso maltrata. Tentei fazer alguma coisa por ela. Mas só eu é que via que ela não vivia com qualidade de vida, ela via que os seus estavam a fazer o melhor para ela.

Estamos perante a situação de solidão, que não surge de todo, por se querer estar só, por fora, mas por dentro, que deriva do reconhecimento do sentimento de não se ter quem nos (re) conheça, quem nos ame e quem nos mime. Há muito pouco que nos une! Logo podemos dizer, que não existem seniores que vivem na solidão sem haver a solidão na família. A solidão é uma forma de violência mais atroz, na qual o que mais dói não é tanto a dor em si, mas a solidão que a dor da violência deixa a descoberto, e em regra, não temos em nós quem no-la cicatrize e a conforte.

A solidão é uma experiência interior que tudo o que é erosivo, quase tudo que vivemos na nossa vida nos “atira” para a dor, sofrimento... só de pensarmos na solidão, ficamos assustados de não termos a quem recorrer para que possamos pensar. Por isso, quem vive na solidão está privado da existência de vida mental, uma vez que esta exige a presença, dentro de nós, de pessoas que nos dêem uma vida rica em afecto (que nos alimentem).

A solidão provoca uma dor tão violenta interior que nos impede de pensar e que nos vai fragilizando e magoando, que nos faz rapidamente desaparecer da cena do mundo, como manifesta uma minha utente que foi transplantada pela vontade da família num lar de apoio à população sénior, dizia-me: “ (...) se eles me põem num lar depressa vou para o outro mundo, para o cemitério” (Maria de 82 anos de idade). De facto, os seus familiares insistiram contra a vontade dela e colocaram a idosa num lar, mas constatou-se que ela, não viveu lá, para além de dois dias, faleceu ao terceiro dia da sua estadia na sua nova residência. Até tinha tudo, mas faltava-lhe o pouco que era seu e que os seus lhe davam. O medo da “perda” do seu cantinho no seio da família e do seu espaço de residência é intuído por esta interlocutora, como uma espécie de vivência antecipada da morte.

De facto, esta realidade denota um tipo de morte, que tem origem no cortar com o calor e convívio da família e redes sociais de vizinhança... Já se sofre muito com as “perdas” ao longo da história de vida de cada indivíduo, o sénior quando intui que vai ser institucionalizado junta ao medo da “perda” ao longo da vida, o medo imaginário que a instituição de acolhimento o pode vir a privar, como: a desumanização, a (des) individualização, a privacidade, a identidade individual ou diminuição da liberdade para tomar decisões pessoais. Ou seja, receia perder aqueles aspectos que constituem a autonomia pessoal (cf. Kim e Rovner, 1996: 3-9), que não tenhamos ilusões, pois por muito gerontoptismistas que sejamos, temos de admitir que num processo de institucionalização há sempre perdas.

4. A REPRODUÇÃO DO MAU TRATO OU ABUSO

Toda esta realidade traz-me ao espírito um texto de um autor desconhecido ou ignorado que me forneceu o professor Mário Pedra, que diz o seguinte:

“Era uma vez um homem muito velho, quase cego e surdo, com os joelhos a tremer. Quando se sentava à mesa para comer, mal conseguia segurar a colher para levar os alimentos à boca.

O velho derramava a sopa na toalha e, quando afinal, acertava na boca, deixava sempre cair um bocado pelos cantos.

O filho e a nora dele achavam que era uma porcaria e ficavam com nojo.

Finalmente, acabaram por fazer com que o velho se sentasse num canto atrás do fogão de lenha”.

Também se costuma encontrar a situação de (re) produção de maus-tratos aplicados pessoas seniores, quando estes na fase da sua vida anterior à velhice ou durante a sua segunda idade, maltrataram os seus progenitores, na presença dos seus filhos adolescentes, hoje é maltratado pelos seus quase do mesmo jeito, há uma espécie de vingança (trans) geracional, de “acertos de contas” e de paga pelos maus-tratos e abusos infligidos aos avós, como manifesta a Maria Marques:

“Eu fazia o meu pai dormir num palheiro numa cama com o colchão meio velho, não lhe levava refeições quentes, obrigava-o a alimentar-se de enlatados que lhe ia comprar um miúdo órfão da aldeia, em troca de um 1 Euro. Isto não é nada comparado com o que ele fazia ao meu avozinho...” Porque o meu pai obrigava o meu avô a comer por trás do fogão da cozinha e numa tigela de barro, a mesa do avozinho eram os seus joelhos, mas o que era mais grave é que eles não lhe davam o suficiente para comer e para matar a fome, passaram a leva-lhe a comida numa tigela de barro escuro e não via mal nenhum nisso, mas o que era mais grave era a pouca quantidade de alimento e que o avozinho estava a morrer encravado no seu leito e desnutrido.

Tantas vezes via o meu avô olhar para a mesa com os olhos distantes, muito vezes cheios de lágrimas a cair pelo seu rosto abaixo, que pena me dava, mas eu na altura era pequena, a minha palavra não contava para nada! ... Um dia o meu avô partiu a bendita tigela de barro na qual lhe era servida a refeição pelo meu pai, foi um barulho tão grande lá em casa que o meu pai, com tanta raiva faz uma gamela tosca de madeira, onde passou a servir os alimentos ao meu avô... Um dia estava tão triste com o que via ... que pensei em vingar-me de tudo isto... encontrei um pedaço de uma tábua velha e com um canivete comecei a escavá-la até que o meu pai me perguntou: “que estás a fazer minha filha? Estou a fazer uma gamela para ti, para quando fores velho comeres...”. O meu pai furioso pregou-me um valente estalo... por isso não lhe consegui perdoar até hoje, ele tem de pagar aquilo que fez...”, (nossa entrevista de 48 anos).

Aqui temos presente a actualização do mito do adágio popular: “filho és pai serás conforme fizeres assim encontrarás”, ou seja, o eterno retorno e configuração do mau trato ou abuso infligido a pessoas vulneráveis, no nosso caso os seniores.

5. O MEDO DE VIR A VIVER A SITUAÇÃO DE ABANDONO

Os actores sociais seniores sentem medo de vir a viver a situação de abandono, do experienciar a situação da deserção de ao pé de si por parte do indivíduo (filho, prestadora, vizinho...) que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe oferecer os cuidados. O medo do abandono ou deste tipo de abuso infligido ao idoso é uma ameaça dissimulada, muitas vezes, provocam ameaça à sua própria saúde ou segurança.

Na nossa “superioridade” de adultos na “força da vida”, as mais das vezes, não nos damos conta que estes triviais acontecimentos e comportamentos da nossa vida quotidiana não têm qualquer

importância ou consideramos que são atribuições menores. A dor do sentimento de perda é perda. O que um idoso sente é a verdade real e é isto que temos de ter sempre em mente quando trabalhamos com ele.

O sofrimento da perda na terceira idade é uma dor crua e penetrante que pode ser devastadora, deprimente e causadora da ausência de qualidade de vida, nesta última fase da vida. O que lhes vale muitas vezes é o benefício da experiência e dos acontecimentos passados, podem perspectivar a perda, e encontram maneiras de se reconciliar ou resignar face à dor da perda, alguns tentam descobrir estratégias para a ultrapassar, “se falando de tal vai conseguindo ultrapassá-la”. Não sou psicoterapeuta, mas acredito que se um idoso falar na dor que está a sentir no momento, também ela irá passar, quanto mais não seja com a chegada do momento da morte.

Muitas vezes os idosos não procuram ajuda profissional através de instituições especializadas em aconselhamento, uma vez que para muitos deles, o aconselhamento e a terapia continuam ligados a um estigma, razão por que eles escondem as suas próprias necessidades e vulnerabilidades ao desabafar com um profissional. Se não que o diga a Maria Araújo, reformada de 80 anos, doente crónicodependente:

“Na minha vida tive muitas perdas, perdi os meus pais, amigos, um filho, dois netos, hoje estou aqui encravada nesta cama cheia de dores horríveis, que esta doença malvada (cancro nos intestinos) que parece que me consome as entranhas a cada segundo, não vejo que mal fiz a Deus, para que me desse esta doença..., o meu marido é incansável faz tudo para que não me falte nada, aqui em casa... os meus filhos (dois rapazes) são muito bons para mim, tenho muito medo que eles se cansem de cuidar de mim, estou-lhes a dar muito trabalho, muita cansaça, a provocar muita dor e sofrimento..., e pouco vale a pena, uma vez que estou desenganada pelo meu médico que daqui já não vai haver melhoras: só me resta esperar pela morte... a não ser por milagre de Nossa Senhora de Fátima é que escapo às garras desta maldita doença, porque é que o médico não me dá um comprimido para aliviar esta dor de uma vez? Ai senhor Dr. X que isto dói tanto, que mal eu fiz para que eu e a minha família merecemos isto!... Daqui a pouco vamos ter de nos separar de uma forma abrupta e sem dó nem piedade, vou ser privada e raptada à queima-roupa da companhia do meu marido e dos meus filhos!... Às vezes gostava de falar com alguém, com um psicólogo, talvez, para falar deste medo da dor e do desfecho que se aproxima brevemente... mas tenho medo que digam está tão doente e a ficar maluca...”, depoimento dado, numa das nossas visitas domiciliárias.

Não existe qualquer adoçante para os amargos efeitos das perdas, seja qual for a sua natureza, mas nos doentes portadores de doenças crónicas, a perda de saúde, a perda da dignidade como pessoa humana e de qualidade de vida, são realidades que o paciente suporta e que lhe são muito custosas de integrar, muitas vezes parece que a doença é intuída pelo doente como um ajuste de contas da onipotência com onisciência, por esta última ter cometido algo desacertado e que agora tem que exorcizar esse mal cometido sofrendo duma doença que lhe provoca dor física intolerável e mais do que isso os sentimentos produzidos pelo efeito da toma de consciência do processo de degeneração do corpo, da separação dos entes querido e do mundo que o rodeia, antecipa o desejo ardente do indivíduo de abandono do mundo e de que qualquer entidade transcendente o venha buscar, uma que este percebe que nem no “inferno se deve sofrer tanto”, logo vá para onde for haverá sempre alívio da dor. Por isso é muito bom que os profissionais

reconheçam esta realidade, independentemente dos seus pressupostos científicos e ponto de vista pessoais sobre o assunto, a vivência da realidade do paciente é decisiva, ainda que pensem de diferente modo do paciente. Os profissionais de saúde por muito que tenham integrado o sofrimento, as questões do alívio da dor derivadas da eutanásia (morte doce), o facto é que o medo da realidade da perda, de abandono, da separação temporária e permanente ou final dos seus entes queridos e do mundo da vida, são factos que provocam e agudizam ainda mais a dor da doença, que de por si já é tão atroz. Muitas vezes, porque os factos são desagradáveis, e não se sabe muitas vezes o que fazer e o que dizer ao paciente, adopta-se frequentemente a posição da negação pelas partes. Age-se como se não existisse nada.

Alguns familiares optam por abandonar o seu progenitor aos cuidados de uma prestadora ou internam-no numa instituição de cuidados continuados aos seniores, esta é a solução recorrente por muitos filhos, até que chegue o momento do término final, como pergunta o nosso entrevistado:

“Porquê morrer de uma forma degradante numa cama ou numa maca num corredor de hospital sozinho, quando é possível estar em casa junto da família? Porque é que insistem técnicos de saúde e sociais, em conjunto com a minha família e vizinhos em dizer-me que o melhor para mim é ir para um lar? Porque dizem que lá tenho tudo: cama, uma casa aquecida, higiene pessoal diária, refeições a tempo e horas, acompanhamento médico... Sim, tudo isso é muito bom, mas eu prefiro o meu cantinho, ainda que não tenha as condições ideais, gostava muito de acabar junto dos meus, se me levam para um lar ou para o hospital antecipam o meu fim...”, manifesta com as lágrimas nos olhos o F. Viana de 78 anos, reformado e viúvo, durante o dia é acompanhado por uma prestadora de cuidados geriátricos.

Nem sempre o conforto é sinónimo de qualidade de vida para o sénior crónicodependente. Muitas vezes os seus humildes aposentos e a companhia do seu gato quase lhe bastam com ajuda de um terceiro. O medo de perder o aconchego e o abandono deste último a cada momento é o que lhe provoca a dor atroz.

6. A PERDA DE AUTONOMIA E ALIVIO DO MAL-ESTAR MUTILADOR

Para aliviar este mal-estar mutilador, toda a rede de prestação de apoio social e cuidados de saúde continuados dirigidos a pessoas em situação de dependência terá de estar aberta às coisas que se relacionam com o medo da perda e da dor provocada pela doença terminal, deixar que o doente expresse em profundidade todo o seu sofrimento através de palavras, que os profissionais nestes casos tenham paciência para observar os princípios da logoterapia. Se os profissionais estiverem prontos para admitir os seus próprios sentimentos, os idosos crónico-dependentes terão mais facilidade em expressá-los por palavras.

Quando se aconselha e motiva estes idosos à revelação ilimitada e apropriada das nossas próprias experiências de perda e da dor da doença facilita a expressão das emoções deles próprios.

Que o profissional, no atendimento ao idoso, adopte uma postura correcta, que seja munida da proximidade física, do uso de vocábulos da sua matriz cultural, apresentando-se com calma durante o atendimento, para que o ritmo do idoso encontre uma âncora de identificação e recolhimento e

possa ser respeitada a sua identidade e trajectória biográfica. A proximidade física entre o profissional e o idoso tem a ver com a observação das reacções dos actores sociais; o estar frente-a-frente dá a possibilidade de seguir a mímica facial e, no caso do idoso já ter a audição diminuída (já sou duro de ouvido, como eles dizem), a observação dos movimentos da boca, postura adoptada e os comportamentos não verbais do profissional permite-lhe compreender melhor o que ele diz. A estranheza ou satisfação, como o idoso reage ao toque do profissional, são indicadores reveladores do seu estado de espírito e indicadores da sua auto-estima.

A importância de ouvir, aquilo que se chama na gíria científica de escuta-activa, um idoso sem interrupções, quando há uma interrupção há uma quebra do ritmo do diálogo, “perde-se o fio e a meada”, é muito difícil recomeçar no ponto em que foi interrompido, como diz Simom Biggs:

“As interrupções podem dar lugar a interpretações incorrectas, parecendo estamos perante uma pessoa desanimada, pouco inteligente ou com poucas capacidades de extroversão, e todos sabemos quanto estes atributos são valorizados nas sociedades ocidentais” (1993: 10).

Muitos idosos intuem nas interrupções falta de interesse pessoal, falta de empatia, falta de respeito, aquando o profissional no momento da consulta, como manifesta a Maria Rosa, reformada de 70 anos de idade:

“Sinto-me tão mal quando vou ao meu médico de família, ainda não entrei dentro do seu consultório, já me está a perguntar sem olhar para mim, o que é que tem? Nem me convida a sentar, fico de pé... começa logo a receitar sem olhar para mim, não escuta, não me pesa, nem me mede a tensão arterial, nem me observa... só conversa com a enfermeira ou a funcionária, para mim quase não me dirige a palavra. Acho que já não estamos no tempo disso, ele (o médico) está lá porque nós os doentes estamos deste lado. Senão não fazia sentido. O momento podia ser em si terapêutico, perde todo esse carácter e efeito. Quem diz este profissional podemos dizer os agentes de apoio domiciliário, o pessoal de enfermagem, os bombeiros voluntários. Há uma falta de postura no acto de atendimento ao cliente, que até dói...”. Será que estes profissionais ainda não perceberam que mais vale uma boa conversa do que uma caixa de comprimidos? Mas eu até nem falo nada, nem escrevo no livro de reclamações, como assim, o médico ninguém o tira de lá, ele sempre fez o que quis no posto médico. Já estou tão mal servida de médico, mas se digo alguma coisa..., tenho medo de ficar ainda pior. Porque as pessoas depois vingam-se de nós...”.

Na promoção de saúde e regressão da doença todos os actores sociais que trabalham numa instituição de saúde são todos importantes, à sua medida, para que o doente idoso recupera a saúde: desde o recepcionista, maqueiro, até ao enfermeiro e médico... Ora toda a gente já sabe disso..., mas o pior é que na prática não se verifica, até nas instituições hospitalares que têm o certificado europeu de qualidade. Por isso, os maus-tratos físicos, muitas vezes, estão onde não se espera que ocorram, senão vejamos o que o nosso interlocutor nos vai revelar:

“No dia 7 de Abril de 2007, pelas 12:45 Horas assisti a algo insólito numa instituição de saúde numa capital de distrito X (não vale a pena revelar), o que importa é a verdade dos factos, o leitor pensará assim, mas

este entrevistado devia revelar o nome da instituição, ele pensa que não, diz o nosso interlocutor, que saiu da sala do raio X para o corredor de urgências com o seu filho de três anos ao colo, de súbito aparece ao fundo do corredor o maqueiro a trazer de rastos pelo chão um pessoa idosa do sexo masculino, o idoso gritava deixa-me, deixa-me...O maqueiro continuava-o a arrastar naquele corredor de urgências por entre as macas que carregavam doentes idosos abandonados ali e quase moribundos, cumprindo a sua tarefa de maqueiro exemplar, levando de rastos o idoso até ao fundo do corredor, onde abriu uma porta de uma sala, onde atirou de arremeço o velhote, fechando de seguida a porta... Pois era um corredor bastante grande, cheio de um lado e doutro, com macas, com idosos doentes e algumas macas onde estavam esses idosos doentes estavam rodeados dos seus familiares, mas ninguém disse nada, ninguém se manifestou, nesse corredor havia gabinetes médicos e alguns médicos que estavam lá dentro a trabalhar vieram à porta ver o que se estava a passar, limitaram-se a ver o que se estava passar, mas nada disseram ou fizeram... Só se ouviu uma voz tímida de um Sr. que passava depois de ser observado pelo médico, que expressou: “O que é isto!... Onde é que estamos!...”

Neste depoimento podemos ver que a agressividade tem, para todos nós, muito mais de receptividade do que repulsa ou de ameaça. Ninguém dos presentes se manifestou, para ver que o ser humano quando interage fora do seu contexto, perde a capacidade de reagir, consagra e legitima com facilidade os modos de agir e de fazer, ainda que sejam procedimentos errados praticados por terceiros.

7. MEDO DE DENUNCIAR

Os idosos muitas vezes não denunciam as situações porque têm medo que lhes tirem o pouco que ainda lhes resta, temem as retaliações e represálias que podem advir, deste acto, no futuro. Por um lado produziram a imagem de que o Sr. DR. de Medicina é uma figura intocável. A pessoa idosa numa fase de dependência sente-se mesmo o “elo mais fraco”. Por outro lado, notam que o seu envelhecimento não é simplesmente um processo físico, mas é também um estado de ânimo, um estado vulnerável, dão-se conta dos riscos que correm, se denunciarem o precário atendimento que têm por parte dos agentes envolvidos na prestação de cuidados continuados, e mais, dão-se conta que correm riscos por estarem a perder faculdades, porque se fosse na faixa etária antecedente eles não corriam tais riscos porque eles próprios sabiam como se defender. Por outro lado, sentem que já não têm capacidades para reivindicar uma optimização dos seus direitos e deveres de cidadania, como acontecia “antigamente”, como manifesta o Manuel de 92 anos:

“Porque quando eu era novo, isto não acontecia, agora que sou velho, sou obrigado a aceitar, estes tratos inconvenientes...porque se não, fico sem nada, não me ligam nenhuma... se nós dizemos alguma coisa, dizem logo são velhos ‘chatos’, já sabemos como eles são... são como a canalha, são duas vezes meninos. Custa-me tanto ouvir estas frases! E depois ninguém faz nada, só nos agoniamos.... Por isso não vale a pena!...”

Porém esta situação deixa-o vulnerável para que ocorra o tipo de abuso, nomeado de negligência¹ e/ou auto-negligência e para a prevalência deste tipo de abusos ou maus-tratos. Sendo o último tipo

¹ Entende-se como a recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso que o indivíduo tem de prestar cuidados.

de abuso praticado por indivíduos idosos que vivem na solidão, com pouca rede social e comunicacional, por isso sentem que são um fardo pesado para outrem, daí a exibição de comportamentos que ameaçam a sua saúde ou segurança à sua integridade física, como nos depõe, de uma forma bastante angustiado, o Artur Gonçalves:

“Estou para aqui encravado nesta cama, o meu filho e a minha nora não querem saber de mim, os meus netos passam-se meses que não me vêm ver, só pelas festas de ano. Isto tudo porque neste momento vivo maritalmente com uma companheira, uma vez que a minha primeira esposa já morreu à 20 anos, e os meus nunca aceitaram que eu arranjasse uma companheira. Oh, mas tenho tantas dores de estômago, dói-me tudo cá por dentro, parece-me que tenho um bicho do monte (lobo, raposa, leão) cá dentro a comer-me, a consumir-me (é assim que Artur descreve o seu cancro). Já deixei de tomar os medicamentos, para quê tomá-los, dizem que tira as dores, eu não vejo nada... Só me apetecia pegar numa navalha e acabar comigo de uma vez, às vezes as dores são tantas que me farto de dar murros na minha cabeça, e grito porque é que não morro, o que é que estou cá fazer... Mas o que mais me dói é sentir que quanto mais doente estou, mais abandono sou pelos meus familiares directos, porque vivem aqui no mesmo lugar e sabem do meu estado de saúde... e não me vêm ver...”.

Podemos intuir pelo depoimento prestado que o risco de abuso, provocado pelo abandonado aumenta a par da doença. Segundo os estudos Cooney & Mortimer (1995) de Dyer et al (2000) que o risco de abuso aumenta em idosos com demência, mas segundo o depoimento encontramos o risco de abuso de abandono à medida que aumenta e avança a cronicidade da doença.

O medo de abandono pelos seus filhos faz com que o progenitor idoso coloque os seus bens no nome dos filhos ou pelo menos a cota disponível. Há muitos idosos que o fazem com a esperança de ver se tudo melhora, se as relações interpessoais melhoram, se passam a ser melhor tratados depois do filho receber toda a sua herança ou cota disponível, o que é certo é que essa esperança, esse desejo ardente de melhoria e de querer viver em paz, cedo se transforma em desespero, chegando a levar alguns idosos em pensarem no suicídio para por termo a tal sofrimento emocional, como depõe a nossa entrevistada Maria Madalena de 77 anos:

“Eu já não me dava muito bem com o meu filho, com a minha nora já não nos suportamos à muito, mas como vivemos todos na minha casa e ela já é tão velha, pensei que era por causa disso que eles não se davam comigo, talvez quisessem uma casa com melhores condições, até que o meu filho já me tinha falado nisso, a minha nora diz se eu não puser a casa ao filho é como lhe dar uma facada... Certo dia conversei com o meu filho e disse-lhe ponho-te a casa com reserva de vida, diz-me ele isso não me dá para pedir o empréstimo ao banco... Mas é nesta condição que eu te ponho a casa, o meu filho fez-me tamanho barulho que estava a ver que ele me batia e disse-me repetidamente: está a desconfiar de mim, pensa que depois a vou por na rua!... O ambiente em casa tornou-se de cortar à faca. Bem, passada uma semana, como o ambiente ia cada vez pior, eu repetia-lhe vez sem fim se não estás bem, deixa-me na minha casa e vai alugar um apartamento, para viveres tu, a tua mulher e tua filha: deixa-me em aqui em paz! Passado um mês, como o meu filho não saiu de casa, nem o ambiente melhorou, pensei cá comigo, isto nunca mais muda se eu não lhes puser a casa, um dia à noite chamei o meu filho e disse-lhe vá eu decidi colocar-te a casa no teu nome, vai falar com o advogado para resolver isso. A partir de então o ambiente começou a melhorar lá em casa. Chegou o dia da escritura fomos todos juntos assinar, tudo correu bem. Uma semana passada deste acto, o inferno começou... Têm feito *judarias* todos os dias, para ver se saio de casa vou

para um lar ou para casa de alguém... já não aguento tanto maltrato, não apoio na confecção da alimentação, nos dias de festa saem de casa, não me deixam nada para comer... Já pensei em ligar todas as bocas do fogão sair de casa quando eles viessem ao ligar a luz incendiava-se tudo, ficava tudo reduzido a cinzas, nem para mim nem para eles. Sento-me tão enganada, tão traída!..., Não sei o que fazer...”.

Este depoimento manifesta a amargura da nossa interlocutora, perdeu tudo aquilo que lhe dava estrutura e algum poder de decisão, que era a sua casa.

8. MAUS-TRATOS QUANDO SE PERDE A SAÚDE MENTAL E AS FORÇAS FÍSICAS

Os pacientes seniores com deterioração da sua saúde física e psíquica cada vez vivem mais tempo, após ter sido diagnosticado o início da sua doença mental. Podemos dizer que a sua maioria vive na comunidade e inseridos na família. Por isso é aconselhável que os cuidados de doentes psicogerítricos devem ser desenhados dentro do modelo teórico bio-psico-social.

Em geral, um dos objectivos do tratamento deste tipo de doentes, será manter este paciente psicogerítrico a funcionar independente, cultivando o seu estilo de vida tanto tempo quanto possível, no seu próprio domicílio. Mas muitas das vezes os seniores portadores de alguma doença como esquizofrenia e neurose maniaco-depressiva, que são mal-tratados fisicamente, os seus agressores, geralmente familiares irmãos justificam os seus maus-tratos físicos com objectivo de obter a domesticação e tirar o “diabo do corpo” doente mental, como depõe a nossa interlocutora:

“O meu irmão ontem deu-me uma coça tão grande, enquanto me dava golpes, bofetadas, lambadas... ia dizendo tu não és maluca tu fazes-te de maluca, os malucos dominam-se e curam-se à pancada, para que ganhem medo e respeito às pessoas e saibam andar no mundo. Já que não te curam os medicamentos, curo-te eu à porrada... Já fiz queixa na polícia. Agora vamos ver o que lhe vai acontecer...”, M. Feio, de 66 anos idade, reformada e licenciada, em Biologia.

Este interlocutor ainda tem capacidade para denunciar os abusos, se quiserem. Mas o mais grave é o mau trato infligido a doentes portadores de doença de alzheimer que já não têm capacidade para fazer qualquer denúncia de maus-tratos, do seu representante legal, que ao mesmo tempo desempenha o papel de seu cuidador.

9. ABUSO SEXUAL

A perda do marido ou da mulher (viuvez) por vezes deixa os indivíduos vulneráveis e frágeis em risco de abuso sexual..., criando um ambiente de desprotecção em que o viúvo ou viúva fica vulnerável ao abuso sexual, em que o idoso/a fica vulnerável a episódios de qualquer tipo actividade sexual não consentida, ou quando se trata de um sénior incapaz de dar o seu consentimento. As vítimas têm particular receio de represálias, se disserem a terceiros o que é que vão pensar do assunto; e muitas vezes não dizem por vergonha e porque estão subjacentes os sentimentos de culpa e vergonha, auto-estima reduzida, não estando a vítima disposta a tomar medidas legais, sobretudo quando o agressor é um vizinho, para evitar quebrar laços de vizinhança e evitar o julgamento público da comunidade local. Quando o agressor, apresenta um perfil *gerontófilo*¹, e é um (des) conhecido da comunidade, residindo noutra local do de onde trabalha temporariamente, como depõe a M. Jacinta, reformada, viúva, de 80 anos de idade:

“Fiquei viúva há um ano. Estou bastante frágil e às vezes só me apetece chorar... Sabe o que me aconteceu na semana passada Sr. Dr. ..., Fui trabalhar para um campo que tenho perto de onde, agora, estão a fazer os acessos à auto-estrada e um malandro de um camionista quis me fazer mal, abusar de mim, fazer sexo comigo... ainda me botou as mãos à garganta ao mesmo tempo que aí desapertando as suas calças e tentava despir-me a saia... não me fez mais nada porque eu comecei a gritar por socorro e o tipo deixou-me e fugiu. Parece que esse tipo já tem tentado com outras pessoas, mais ou menos da minha idade, não fui à polícia denunciar porque tenho medo que ele se vingue depois de mim, eu como sou uma pessoa viúva não tenho a protecção do meu marido, os meus filhos estão no estrangeiro, não me podem proteger....”.

Parece que estamos perante um perfil, que formata o de *gerontófilo*, para classificar, de alguma maneira o indivíduo que manifesta a sua preferência sexual mórbida por pessoas idosos – uma vez que tenta praticar e abusar sexualmente de várias pessoas de idade avançada, sem o seu próprio consentimento.

10. CONCLUSÃO

Temos que ter em conta, uma outra realidade da vida que é o carácter final dos factos: isto é, a “morte” de uma relação de parentesco ou de amizade. O medo do abandono, do “isolamento angustiante e triste” é uma das graves crises da sociedade de bem-estar, que produz vítimas e sobreviventes. Uma coisa como o abandono, manipulação, humilhação... sem vítimas é algo que não acontece.

Fomos habituados a ver que o lugar do sénior, qualquer que fosse a sua idade e/ou condição físico-mental, era a sua casa ou a casa dos seus filhos e familiares. Aí se sentiam acolhidos, mimados, tidos em conta. Porque todos os filhos tinham, para com os seus pais, uma espécie de dívida eterna de amor e de gratidão, que nunca estaria suficientemente saldada. Em sociedades ou famílias onde a referência da matriz hebraico-cristã está presente, como a do Alto-minhota. Encontramos, por um

¹ A **gerontofilia** é uma *parafilia* que se refere à atracção sexual dos não-idosos pelos idosos. A palavra gerontofilia vem do grego: *geron*, que significa (velho, ancião, velho) e *philia*, que designa “amor”. Pode ser a atracção sexual de um homem jovem por uma mulher madura (*gerofilia* ou *anililagnia*), ou de uma mulher jovem por um homem madura.

lado, a obrigação de tratar bem os seniores, encontramos casos que quase citam de cor o texto sagrado deuterocanônico Bem Sira (ou Eclesiástico), dizendo: “*meu filho, ampara o teu pai na velhice e não o deixes em nenhum dia da sua vida. Mesmo se a inteligência lhe for faltando, sê indulgente com ele e não o ultrajes, tu que estás na força da vida. A caridade que exerceres com o teu pai será esquecida, e ser-te-á levada em conta em troca dos teus pecados*” (Sir 3, 12-14). Por outro lado, encontramos casos de abuso ou maus-tratos inflingidos aos seniores, em regra, de uma forma mitigada, subtil e dissimulada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association, (1999). *Elder abuse and neglect: In search of solutions* [Brochure], Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Baker, A. (1975), “Granny battering”. *Modern Geriatrics*, 5, 20-24
- Baltes, P. & Smith, J., (2002), *New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of fourth age*. Plenary lecture prepared for the Valencia Forum, Valencia. Spain
- Brammer, A. & Biggs, S., (1998), “Defining elder abuse”, *Journal of Social Welfare and Family Law*, 20 (3), pp.285-304.
- Burston, G., (1975), “Granny-battering (letter)”, *BMJ*, 3, 592
- Buttler, R. N., (1999), “Warning signs of elder abuse”, *Geriatrics*, 54, 3
- Calçada, J., (2006), *Turismo, Saúde e Termalismo Sênior: A produção de imagens e práticas sociais dos destinos termais*, Braga, Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho.
- Cooney, C. & Mortiner, A., (1995), “Elder abuse and dementia: a pilot study” *International Journal of Social Psychiatry*, 41, 4: 276-283
- Dyer, C. & Rowe, J. (1999), “Elder abuse”, *Trauma*, 1: 163-169
- Ferreira-Alves, J., (2003), *Saúde mental e maus-tratos a idosos. Comunicação apresentada às I Jornadas de Saúde Mental no Idoso*. Porto
- Gold, D. & Gwyther, L. (1989). The prevention of elder abuse: An educational model. *Family Relations*, 38: 8-14.
- Goldberg & Williams (1998). *A user’s guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER.
- Ortiz, Luís Agüera, (2001), *Psiquiatria Geriátrica*, Barcelona, Ed. Masson.

O Papel do Enfermeiro na Formação dos Prestadores de Cuidados Informais

Olga M. T. Pousa¹

RESUMO

Na nossa sociedade quase todas as famílias têm um elemento idoso ao qual têm que prestar cuidados, de forma a manter o seu bem-estar. Hoje em dia, a prestação de cuidados está mais direccionada para o indivíduo, de forma a satisfazer as suas necessidades e não as da sua família. Por essa razão, esta só procura ajuda especializada em situações urgentes. No entanto, é necessário mudar essa tendência, pois cada vez se torna mais importante que os profissionais de saúde acompanhem, também, as famílias de forma a ajudá-las a melhor compreender o seu papel na prestação de cuidados ao seu familiar idoso.

Palavras Chave: Idoso, prestador de cuidados, instruir, apoiar.

¹ Enfermeira, Centro de Saúde Carvalhosa/Foz do Douro
E-mail: opousa@gmail.com

“... cuidar de um familiar que sofre de uma doença crónica, envolve um grande dispêndio de tempo e energia por períodos de tempo potencialmente longos, envolve tarefas que são desagradáveis, desconfortáveis, desproporcionadas e muitas vezes é um papel que não foi previsto.”

Hanson (2005, pág. 352)

No exercício da sua actividade, o enfermeiro, para além da participação na vigilância e tratamento da doença aguda ou crónica, é confrontado com o desafio de desenvolver e implementar estratégias para promover a saúde e prevenir a doença. Essas estratégias consistem, entre outras coisas, em efectuar os ensinamentos à família, tendo em conta a individualidade de cada uma delas, para que estas possam cuidar dos seus familiares idosos da melhor forma possível, assumindo, assim, o papel de prestadores de cuidados informais.

De acordo com a definição da *American Nurses Association* (1992), o cuidado de saúde domiciliário é uma síntese da enfermagem comunitária e de aptidões de outras especialidades da enfermagem. Envolve a finalidade da prevenção primária prestada à comunidade pelos enfermeiros comunitários e as finalidades das prevenções secundária e terciária dos indivíduos, em colaboração com a família e outros prestadores de cuidados. Estes cuidados de saúde domiciliários devem ser planeados, coordenados e deveriam estar disponíveis para satisfazer as necessidades do indivíduo e família, a qual irá ter um papel fundamental na continuidade dos cuidados para a promoção da saúde.

Assim, é fundamental criar estratégias adequadas para a formação de prestadores de cuidados informais, que irão trabalhar em conjunto com a equipa de enfermagem, proporcionando, ao familiar idoso, bem-estar e a melhor qualidade de vida possível. Isto inclui: (i) a adaptação dos ensinamentos às necessidades da família e da sua realidade domiciliária, uma vez que existem prestadores de cuidados também idosos e com dificuldades e os filhos muitas vezes estão longe, tem o seu trabalho a sua casa e família para cuidar; (ii) disponibilizar informação sobre os recursos existentes na comunidade; (iii) supervisionar os cuidados no domicílio apoiando, motivando e responsabilizando a família pela manutenção do bem-estar do seu familiar idoso.

Mas, para que a formação dos prestadores de cuidados informais tenha êxito, esta deve decorrer em três fases:

1. O cuidador é convidado a observar os cuidados realizados pelo enfermeiro;
2. O cuidador é convidado a colaborar com o enfermeiro na realização dos cuidados;

3. O cuidador é convidado a fazer com a supervisão do enfermeiro.

Como diz um provérbio Chinês (anônimo, sd): “... o que me dizem esqueço, o que vejo entendo, o que faço aprendo.”

Os enfermeiros de família encontram-se numa excelente posição para compreender os desafios com que os idosos se deparam, a dinâmica de prestação de cuidados por familiares e o stress que isso produz. Assim, estes podem trabalhar em conjunto com as famílias para aliviar a sua sobrecarga. Contudo, para que tal ocorra, o enfermeiro tem que construir uma parceria eficaz com a família e com as estruturas sociais de apoio domiciliário para maximizar as capacidades destas, minimizando as suas vulnerabilidades, e servir de ponte para o sistema de cuidados formais (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.).

Assim, o enfermeiro deve ensinar, informar, encaminhar e apoiar as famílias, protegendo, tanto o familiar idoso como a própria família prestadora de cuidados, de qualquer complicação que possa surgir.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERGER, L. e POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas, uma Abordagem Global*. Edição revista e corrigida, Lusodidacta, pág. 21 a 61.

HANSON, S. et al. (2005). *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação*. 2ª edição, Lusociência, Lisboa, pág. 349 a 367.

NOGUEIRA, M. (2007). “Qual o papel da enfermagem em contexto domiciliário”, *Revista APECSP*, nº 2, Fevereiro.

STANHOPE, M. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos – O Enfermeiro Comunitário nos Cuidados Domiciliários e nos Lares/Albergues*. 4ª edição, Lusociência, Loures, pág. 881 a 913.

Recortes Fotográficos: O Cumprimento e o Descumprimento do Estatuto do Idoso.

Adriana Imbriani Marchi Veiga¹

Marcelo Travain²

RESUMO

Este artigo é resultado de pesquisa teórica e de campo sobre o direito dos idosos, nos dias atuais, tendo, como base, o Estatuto do Idoso. A população mundial está envelhecendo e as pessoas precisam estar preparadas e conscientes de seus direitos para que possam lutar por eles. Desta forma, viu-se a possibilidade de sensibilizar e instigar as pessoas através de uma exposição fotográfica social, com recortes diferenciados, que contemple o artístico e coloque em evidência a percepção dos direitos dos idosos, destacando o descumprimento dos mesmos. Buscou-se destacar a linguagem fotográfica no âmbito da Antropologia visual, mostrando-se a importância da utilização da imagem como instrumento de transmissão de idéias, sendo parte essencial para a compreensão do conteúdo abordado em forma de texto.

Palavras-chave: Antropologia Visual, Estatuto do Idoso, fotografia artística, fotografia social.

¹ Professora de fotografia e Coordenadora do Projeto de Pesquisa "Produção imagética e vida social: O uso da fotografia na sociedade contemporânea", na Universidade Norte do Paraná; Mestranda em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Londrina.

² Aluno do Curso de Artes Visuais-Multimídia e de iniciação científica, integrante do projeto de pesquisa "Produção imagética e vida social: O uso da fotografia na sociedade contemporânea".

E-mail: scelotravain@hotmail.com

A linguagem fotográfica vem tendo uma enorme expansão em diversas áreas, entre elas, a das ciências sociais, a da saúde e do jornalismo. Desde a sua invenção, faz-se presente na vida social, tanto em festas populares, como em eventos políticos. É capaz de eternizar momentos e transmitir, ao observador, diversas e infinitas interpretações. Ela é a elaboração minuciosa de diferentes estratégias de aproximação com o objeto e de desenvolvimento da percepção que, em junção com a Antropologia Visual, possibilita a reflexão sobre questões sociais de grande relevância. Propõe-se, com a Fotografia Artística, ângulos diferenciados para o olhar da fotografia social, buscando-se desta forma, interpretar valores, experiências e emoções. Através da fotografia, vislumbrou-se a possibilidade de levar o observador a sensibilizar-se, com o objetivo de divulgar os direitos dos idosos, que, embora existam oficialmente, em nossos dias, não são conhecidos e, por este motivo, nem sempre cumpridos ou reclamados pela sociedade.

Optou-se por focar, neste artigo, os idosos e seus direitos, por ser este, um tema de grande relevância científica e social, pois, atualmente, discute-se muito sobre o envelhecimento, a longevidade e a importância de se conhecer todos os direitos da terceira idade para que esta possa usufruir os anos a mais que conquistou ao longo da vida. A população idosa está crescendo cada vez mais com o passar dos anos e precisa estar ciente dos seus direitos, pois uma sociedade consciente e ativa dificilmente será enganada. Busca-se mostrar que o idoso vem conquistando um espaço cada vez mais importante na sociedade brasileira, deixando de ser visto simplesmente como um dependente na família.

O aumento da expectativa de vida, resultante do progresso científico e da melhoria do sistema de saúde, fez da longevidade um fato que, com certeza, marcará a história da humanidade do século XXI. Desse modo, todos precisamos estar preparados para a realidade do envelhecimento. Outro fator de grande relevância, que contribui para este aumento, seria a queda da taxa de fecundidade. Conforme dados do IBGE, no Brasil, 44% das mulheres em idade reprodutiva têm menos de dois filhos. Isso se deve às mudanças sociais que ocorreram, a partir da década de 60, no comportamento das mulheres, afetando o emprego, a educação e ainda o casamento.

A Lei nº 10.741/03 define, como idosos, as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos e estabelece que é dever de todos (família, comunidade, sociedade e Poder público) garantir a eles condições de vida adequadas.

Segundo Cappi e Kalache (2007), no período de 1910 a 2006, as pessoas passaram a viver mais vinte e nove anos, em média. Deve-se levar em conta, também, que o importante agora não é viver mais, mas sim viver mais e melhor, considerando-se, de forma integrada, todos os aspectos: físico, mental, espiritual e financeiro. O Brasil, ao contrário dos países desenvolvidos, envelheceu muito antes de se tornar rico, fato que leva muitas pessoas a não conseguirem usufruir os anos a mais que conquistaram ao longo da vida, tendo-se, como resultado, idosos vivendo uma vida de forma inadequada, o que poderia ser diferente se os mesmos fossem respeitados em seus direitos. O sistema público de saúde no Brasil ainda não está preparado para esse grande aumento da expectativa de vida. Desta forma, destaca-se a importância dos governos elaborarem políticas públicas voltadas ao bem-estar da população idosa.

Atualmente, mesmo com todo avanço nas diversas áreas, ainda é muito grande a desinformação sobre o idoso e sobre as particularidades do envelhecimento em nosso contexto social. Segundo Kalache e Gianetti (2007), é preciso enxergar a velhice como um momento positivo em nossa vida. Alerta-se, também, que as pessoas devem programar ainda jovens a sua velhice. Gianetti (2007) afirma que “na vida podemos ser credores ou devedores, mas tudo tem seu preço.” Você pode poupar sofrimento mais tarde, buscando estilos de vida saudáveis e ativos agora. As pessoas idosas, muitas vezes, acabam ficando sedentárias, deixando de fazer muitas coisas que poderiam ajudá-las a se sentir mais realizadas e, ao mesmo tempo, deixariam de ser consideradas como dependentes e um incômodo, na visão de algumas pessoas. Kastenbaum (1981), afirma que homens e mulheres idosos se deram conta, depois do envelhecimento, de que conseguem ter satisfação na vida tanto quanto os jovens. O autor salienta que, mesmo existindo idosos que reclamam muito da velhice, há inúmeros deles que se sentem realizados, dizendo que conseguiram obter o que realmente queriam, ao longo de suas vidas, e que continuam aproveitando cada dia, relatando que as coisas que fazem agora são tão interessantes quanto as que faziam antes. É importante ressaltar o fato de que muitas dessas pessoas realizadas na velhice, tiveram um passado de experiências favoráveis e que, atualmente, podem continuar em seu emprego, têm um rendimento razoável e um grau de educação bom, conseguindo assim manter-se ativo mesmo depois da aposentadoria.

Manter-se ocupado na velhice é algo muito importante e de grande satisfação para os idosos, segundo Skinner e Vaughan (1985), para muita gente, ela começa com a aposentadoria, sendo que a mesma, sendo adiada, poderia então adiar a velhice, mas a aposentadoria tardia não é muito interessante para as pessoas, pois a maioria delas não vê a hora de se aposentar. Muitas pessoas aposentam-se, mas não querem deixar seu trabalho e viver uma vida sedentária; anseiam pela aposentadoria como um merecido descanso, pois lutaram muito por isso ao longo de sua vida, mas nem por isso querem ficar tardes e noites pensando em como preencher seu tempo livre. Muitas pessoas acham que fazem um benefício ao ajudarem os idosos em suas tarefas diárias, poupando-os, entretanto, isto pode prejudicá-los, pois os impede de continuar a ter uma vida normal, lhes dando sentido de utilidade, levando-os ao tédio por falta de ocupação. Isso é praticado, algumas vezes, por exemplo, nos asilos, com muitas ajudas desnecessárias oferecidas aos idosos, o que acaba por acelerar, cada vez mais, a sua morte.

O fato da pessoa conseguir realizar seus afazeres sozinha já é uma grande gratificação para ela. Essas ajudas desnecessárias não acontecem de uma forma geral, pois existem muitos asilos, ou “lares”, como preferem chamar, que seguem as normas corretamente, com várias atividades diferenciadas e fazendo o possível para que os idosos se sintam úteis, tendo essa preocupação maior apenas quando o idoso tem problemas físicos e realmente precisa de maiores cuidados.

Pode-se verificar a importância dos idosos para a sociedade, através da pesquisa realizada pelo IBGE em 2002. Esta relata que quase seis milhões de idosos têm filhos e outros parentes sob sua responsabilidade e que, atualmente, está crescendo ainda mais o número de netos e bisnetos que vivem sob a custódia dos avós. Este é um dado fundamental para acabar com a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes. Pode-se perceber que o mesmo desempenha um papel sócio-econômico de fundamental importância na família. Este fato pode contribuir para o

rompimento de preconceitos contra esta parcela da população, que muitas vezes é associada à inutilidade social.

Desta forma, se a velhice começar a ser encarada como uma fase normal na vida haverá uma mudança significativa em relação ao papel e à importância do idoso na sociedade brasileira, inclusive porque este ainda sofre muito preconceito em nossa sociedade. Portanto, é importante ressaltar que as condições sócio-econômicas do idoso brasileiro refletem a desigualdade social existente no país. Sendo a pobreza na velhice resultante desta desigualdade social brasileira, além da proteção social precária.

Um destaque, no nosso país, a favor da terceira idade, é Brasília, que foi a primeira localidade a criar a Subsecretaria para Assuntos do Idoso, além de instituir o Estatuto do Idoso, regido por princípios que registram o direito das pessoas mais velhas. O Estatuto do Idoso representa um grande avanço da legislação brasileira, iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas.

A iniciativa do projeto de lei Nº 3.561 de 1997 foi resultado da mobilização dos aposentados e pensionistas (COBAP), uma grande vitória tanto para a população idosa quanto para o resto da sociedade. O estatuto, além de preocupar-se com direitos dos idosos, também volta-se para sua vigilância e defesa, por meio de instituições públicas. Com esse objetivo de assegurar os direitos dos idosos, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República realiza um trabalho essencial na divulgação do Estatuto e na implementação de suas ações, em parceria com os Estados e Municípios.

O Estatuto do Idoso foi criado em 2003, para melhorar as condições de vida da população acima de 60 anos. Segundo Guedes (2004), infelizmente, no Brasil e até mesmo em outros países, estabelecer direitos não implica em cumpri-los. Para a maioria da sociedade, os idosos ainda passam despercebidos, quando, por exemplo, são abandonados em asilos pela família. Esse fato ocorre devido à falta de educação e preparo ainda na infância. Além disso vários lugares no Brasil ainda não possuem infra-estrutura adequada para receber toda essa massa da terceira idade.

Guimarães (2007), do Conselho Consultivo da Sociedade Brasileira de Geriatria, destaca que um conjunto de ações bondosas não irão resolver o problema do envelhecimento no Brasil. É preciso de fato ver o envelhecimento como uma questão de cidadania, pois sem isso o estatuto do idoso não será cumprido pelo governo e, como sempre, este vai continuar se omitindo em relação a ele. Segundo o autor, um dos principais pontos do estatuto a serem cumpridos seria a distribuição gratuita de medicamentos para os idosos, pois, na área da saúde, o Ministério da Saúde age como se a população brasileira ainda estivesse nos anos 70. O governo preocupa-se apenas com programas que visam a criança e a mulher, e o resto da população é tratada como um todo, não havendo distinção. Mas tratar uma pessoa de 75 anos com pneumonia, por exemplo, e outra de 50, com a mesma doença, é muito diferente.

O Estatuto do Idoso, em seu artigo 8º, define o envelhecimento como direito personalíssimo e a sua proteção como um direito social, complementando, em seu artigo 9º, que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa, a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas públicas que venham a permitir um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

O estatuto define diversas medidas de proteção às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Entre as principais estão:

- O atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos prestadores de serviços à população;
- A garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais;
- Impossibilidade dos planos de saúde cobrarem valores mais elevados dos idosos;
- Atendimento preferencial no Sistema Único de Saúde (SUS);

O mais importante em relação ao Estatuto do Idoso é que ele possa ser colocado em prática, deixando de ser apenas um documento sancionado pelo governo, pois mesmo que ainda possam haver demandas dos idosos não atendidas por ele, se as que ele contempla forem realmente executadas, já será um bom começo para que esta população tenha seus direitos reconhecidos na prática e não apenas no papel.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Segundo uma pesquisa realizada em 2006 por Venturi e Recamán¹ (2006), a maioria da população brasileira idosa já ouviu falar no Estatuto do Idoso, mas nunca leu, acreditando ser uma garantia dos direitos sociais, com destaque para a defesa da saúde, da aposentadoria e de alguma outra renda.

Embora, inicialmente, na pesquisa realizada, apenas um em cada sete idosos relate, espontaneamente, ter sofrido algum tipo de violência pela sua condição de pessoa idosa, após a divisão, contendo dez formas de maltrato e desrespeito, mais de 1/3 dos idosos afirmaram já ter sofrido alguma violência por conta da idade. Muitas vezes, os pais e os filhos bêbados ou drogados agredem os idosos de sua família, tanto física como moralmente. Está aí um fato muito importante para que o estatuto seja praticado. Neste contexto, o Estatuto prevê, em seu artigo 96, que:

¹ Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na 3ª idade. Pesquisa realizada pelo Núcleo de Opinião Pública da FPA, sob a coordenação do cientista político Gustavo Venturi e da socióloga Marisol Recamán. analista, Vilma Bokany; processamento de dados, Rita Dias. com a iniciativa da Fundação Perseu Abramo (FPA) com parcerias: SESC nacional e SESC São Paulo, 01 a 23 de abril de 2006.

Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

A maioria da população idosa (73%) sabe da existência do Estatuto do Idoso, porém, quase sempre apenas por ouvir falar (61%). Entre estes, o desconhecimento total é ainda maior entre os idosos (27%) do que entre os não idosos (18%).

No Brasil, o que não falta são leis que defendam os idosos. Além do Estatuto do Idoso, existem também medidas muito importantes, como a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) e a Política Nacional de Saúde do idoso (Portaria MS – 1.395/99). Poderíamos dizer, então, que não nos falta legislação, mas sim a verdadeira aplicabilidade dessas leis. O idoso tem direito a atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviço à população, pois isto está na lei. Mas não é o que, na maioria das vezes, vem sendo feito. Eles precisam esperar muito tempo na fila para que possam ser atendidos, em relação à aposentadoria, ao atendimento de saúde, à inclusão de programas sociais, ao recebimento de medicamentos gratuitos, como prevê o Estatuto.

Podemos ressaltar esse desrespeito aos direitos em geral e ao *“direito de atendimento preferencial imediato e individualizado”* (contido no artigo 3º do Estatuto do Idoso), quando percebemos a *indústria de banquinhos*. Os idosos esperam tanto em filas, que alguns empresários atentos aproveitaram para alugar banquinhos nas portas de algumas instituições públicas e privadas. Isso é um símbolo do desrespeito, da vergonha, e da incompetência no atendimento às pessoas que envelheceram e só acontece porque o direito que o idoso tem de atendimento imediato não está sempre cumprido. O idoso não tem direito à fila especial, mas sim a atendimento imediato, que é o que reza o estatuto, definido na lei, ou seja, o que era moral e ético, virou direito. Tais situações acontecem porque o idoso não tem sequer acomodações dignas para esperar para ser atendido. E se faltam até mesmo cadeiras, que dirá recursos e respeito.

Para que isso mude, é preciso que a população conheça melhor os seus direitos, pois se uma sociedade é consciente e ativa, torna-se um instrumento difícil de ser enganado e até mesmo controlado. Se as famílias se unirem aos idosos, respeitando os seus direitos, haverá uma grande evolução comportamental e, certamente, poderemos substituir o banquinho, por uma imagem mais digna da pessoa idosa.

O desrespeito com a população idosa, que como já foi mostrado, vem aumentando cada vez mais. Considerando que os jovens de hoje serão os idosos de amanhã, teremos que fazer algo para que

esta falta de aplicabilidade dos direitos previstos em lei também deixe de existir ao longo do tempo. É claro que nada acontece de uma vez e o Estatuto do Idoso, em si, é realmente jovem, não só no Brasil, mas em todo o mundo. Mas considerando que o mundo começou a tratar efetivamente dos direitos do envelhecimento digno em 1982, através da Assembleia Geral da ONU, vinte e cinco anos depois aqui estamos ainda lutando para que esta situação mude.

Um modo eficaz de tentar sensibilizar as pessoas quanto ao descumprimento do Estatuto do Idoso, é a fotografia. Ela é um processo de abstração legítimo na observação. Há muito tempo ela já vem sendo reconhecida como um testemunho, um depoimento silencioso que, assim como a pintura, a escultura ou outros tipos de linguagens, carrega a marca de seu autor. Desse modo, é capaz de sensibilizar as pessoas perante as imagens registradas em relação à falta de respeito com os idosos.

A imagem fotográfica vem retratando culturas, pessoas, momentos, ou seja, fixando para sempre um instante preciso e transitório. As referências fotográficas, aliadas a outros documentos desempenham papel decisivo na reconstrução da História, pois são capazes de fixar o que nunca mais vai se repetir, guardando a memória de um tempo e mostrando a evolução cronológica dos fatos. A fotografia pode transmitir exatamente o que está acontecendo na cena, sem que sejam necessários palavras para expressá-la. Segundo Leal (*apud* ACHUTTI, 1997, contra-capá):

A fotografia é um aprendizado de observação paciente, de elaboração minuciosa de diferentes estratégias de aproximação com o objeto, de desenvolvimento de uma percepção seletiva, de uma vigilância constante e de prontidão para captar o acontecimento no momento do conhecimento (...)

A fotografia vem sendo muito utilizada na comunicação de massa e nas diversas áreas como instrumento de pesquisa, pois, assim como a escrita, a imagem fotográfica tem o grande poder de proporcionar ao leitor diferentes tipos de interpretação, conforme a formação e o meio do receptor. A imagem fotográfica também perpetua acontecimentos, um certo tempo e momento, com a diferença que, ao contrário da escrita, não é necessário ser iniciado-alfabetizado para se construir e dar um sentido a uma imagem. Seu caráter polissêmico permite diversas e infinitas leituras e, desta forma, justifica-se o uso da imagem fotográfica para sensibilizar o observador. Segundo Achutti, (2003):

De fato, a matéria-prima da fotografia – realidade refletida – são os reflexos luminosos do real triados pela mente do fotógrafo e inscritos com grãos de prata, mediante procedimentos químicos e a utilização de equipamentos específicos. Pois fotografar não é apenas refletir a realidade é, também, reflexionar sobre ela e nela refletir-se.

A fotografia não é apenas um retrato da realidade. Ela é capaz de ir muito além disso, pois ela é uma iluminada expressão do desejo, inspirando, nos mais destacados praticantes, uma necessidade de explicar o que fazem e o porque é tão valiosa. Ela recorta o visível, abstraindo algo legítimo e o transformando em fotográfico, o que resulta numa operação exercida sobre um quase passado ou sobre um presente que se extingue.

Além da informação visual confirmar algo que realmente é óbvio, ela também pode ser uma iniciação para reflexões renovadas, a partir dos indicativos que a imagem real, registrada do tempo, oferece ao observador. Essas imagens são portadoras de possibilidades de múltiplas leituras, principalmente quando foram produzidas com empenho e guiadas pela percepção sensível que as pessoas possuem. Desta forma, o observador interpreta a imagem do seu jeito, podendo interessar-se somente pela imagem em si, ou perceber, através dela, significados a serem investigados, algo muito mais amplo que um simples registro de um determinado tempo. (HUMBERTO, 2000).

Somente o caráter fragmentário da fotografia pode atribuir importâncias maiores para certas questões, pois ao serem captadas de uma realidade, as imagens podem ganhar novas interpretações, fazendo com que, desta forma, as pessoas conscientizem-se de algum fato que antes ainda não era relevante para elas. O olhar fotográfico é um hábito visual seletivo, repleto de percepções sensíveis e está presente em todos nós, mesmo que muitas vezes não é identificado de forma nítida (HUMBERTO, 2000).

Levando em consideração as colocações acima, entende-se que os recortes fotográficos, a partir da percepção dos direitos dos idosos, serão capazes de mostrar o descumprimento desses direitos, como também, as marcas e as conseqüências produzidas nessas pessoas. O discurso fotográfico, formado pelas expressões e pelos sentimentos expressos pelas imagens, será capaz de sensibilizar as pessoas quanto à percepção da importância de se colocar em prática todos os direitos que ainda estão no papel.

Segundo conceitos de Camargo (1997), considerando-se a linguagem como o modo através do qual as informações são transmitidas às pessoas, as imagens não vivem somente de figuração, algumas relações materiais, perceptivas e instrumentais também fazem parte de seus significados enquanto linguagem visual. A maneira como uma imagem é produzida diz muito mais a respeito dela e de quem a criou, mostrando, visualmente, informações mais ricas do que uma simples descrição verbal de um texto. Pode-se, desta forma, destacar que, ao fotografar os idosos em momentos em que há o descumprimento de seus direitos, como também as conseqüentes marcas provocadas com o tempo, torna-se visível uma série de informações que nos levam à reflexão sobre a problemática em discussão. O registro fotográfico sobre os direitos dos idosos sendo desrespeitados é passível de interpretações, o que pode levar à conscientização crítica dessa falta de respeito ao Estatuto do Direito dos Idosos.

Se ainda não há a percepção do Estatuto do Idoso na forma de descrição escrita e verbal, pela maioria dos cidadãos brasileiros, a linguagem fotográfica, pela sua capacidade de abstrair a realidade, pode gerar um discurso valioso, através de um olhar diferenciado sobre a problemática dos direitos dos idosos. Considerando desta forma, o mais importante na linguagem visual é o seu sentido global e não o significado que possa ter algum elemento específico de uma determinada imagem. O que importa é a relação e a dependência gerada entre uma imagem e uma descrição verbal, e não somente os significados diretos que esta possa ter.

A linguagem, entendida como um sistema de expressão capaz de transmitir informações entre as pessoas, é um meio utilizado para expor idéias. Desse modo, a fotografia também constitui um sistema de comunicação, embora não-verbal, pois, como a linguagem, expõem idéias.

A Fotografia social usada em função da Antropologia visual tem um efeito muito satisfatório, pois, através dela, é possível transmitir, em uma imagem, uma questão social de grande relevância nos dias atuais. O mineiro Salgado (2000, p.25), por exemplo, captura imagens mostrando a condição social do homem. Fotografou trabalhadores rurais, crianças, carvoeiros, migrantes, enfim, revelou “A luta do homem pela dignidade e por uma vida melhor” – nas palavras do fotógrafo. Usou, desta forma, a fotografia como um instrumento para criar discussão e fazer com que as pessoas, ao olharem suas imagens, reflitam sobre o que está acontecendo. Isso é possível porque a fotografia é a visão de uma realidade reinterpretada e as pessoas são capazes de entendê-la e conceituá-la em qualquer parte do mundo. Um texto, entretanto, oferece maior dificuldade de ser conceituado e lido em qualquer lugar do mundo. A fotografia é como se fosse uma linguagem universal, podendo ser lida por pessoas pertencentes aos mais diferentes contextos sociais. Salgado (2000) fala que a fotografia é uma criação tão fabulosa que, em uma fração de segundo, é possível passar uma expressão do real tão intensa que se comunica com o observador.

Grande parte da comunicação é feita via imagens e as pessoas deixam-se fotografar, pois assim estão participando dessa forma universal de linguagem que é capaz de sensibilizar os indivíduos, levando-os às mais variadas interpretações (PERSICHETTI, 2000).

Segundo Salgado (2000), a fotografia tem um grande poder de sintetizar várias coisas ao mesmo tempo, em uma só imagem: a cultura da pessoa que está fotografando, a ideologia e o momento histórico que o fotógrafo está vivendo, isso porque a pessoa é influenciada pelo ontem e pelo agora.

A representação fotográfica está condicionada pelo nível de informação, capacidade de olhar e habilidade técnica de quem a utiliza. O conceito de uma fotografia vai muito além de um simples *click*. Segundo Machado (1984), qualquer que seja a fotografia ou o referencial que a motiva, ela é sempre um retângulo que recorta o invisível. É como se o quadro da câmera recortasse o que deve ser valorizado, destacando um campo significativo e isolando-o de uma continuidade censurada, valorizando, desta forma, o pensamento fotográfico que a pessoa teve antes ou durante o processo do registro. Assim como o pintor, o fotógrafo também precisa efetuar uma escolha, para recortar, na continuidade do mundo, o campo que mais lhe interessa na cena, classificando seu olhar fotográfico e excluindo a invisibilidade extra-quadro de tudo aquilo que não convém aos seus interesses de enunciação, destacando, desta forma, o que se quer privilegiar.

Aparentemente, o enquadramento parece ostensivamente “errado” em relação aos padrões habituais, mas este “erro” revela, na fotografia, o que um olhar convencional jamais teria proporcionado ao observador. É fácil perceber a força que o recorte tem em uma fotografia quando ele aparece evidente, seccionando partes do objeto da cena, fazendo com que a continuidade do mundo apareça dividida de uma maneira brutal na imagem.

Machado (1984) reforça o fato de que, muitas vezes, o recorte do quadro tem a intenção de agir como elemento despersonalizador, mantendo a identidade de pessoas ou lugares que não podem ser revelados e, em outros momentos, usado-o de forma a revelar sentidos diferenciados, despertando a imaginação do observador e direcionando o seu olhar para o espaço ilusório do extra-quadro.

O domínio técnico fotográfico aliado ao olhar treinado do fotógrafo ou do antropólogo levam à construção de um trabalho fotoetnográfico relevante, não somente como mais uma simples técnica de pesquisa de campo, mas, também, como uma outra forma de narrativa que em junção com o texto etnográfico, enriquece e dá mais profundidade à percepção dos resultados obtidos com o trabalho. (ACHUTTI, 1997).

Ao desenvolver a pesquisa sobre o uso da imagem para sensibilizar as pessoas quanto aos direitos dos idosos, além da fotografia social, optou-se pelo uso, também, da fotografia artística, pelos seus recortes mais específicos que são capazes de mostrar com mais expressividade as conseqüências e as marcas que a vida deixou ao longo do tempo nos sujeitos objetos da pesquisa. Trabalha-se, desta forma, com recortes diferenciados e não somente com o registro social do descumprimento do Estatuto do Idoso, numa tentativa de obter o máximo de eficácia na transmissão de pensamentos e interpretações através dessas imagens. Enriquece-se, assim, a parte teórica de pesquisa com imagens que conseguem falar por si só, dando mais profundidade ao assunto abordado e valorizando, ainda mais, os resultados obtidos com a junção da palavra à imagem que, muitas vezes, sofre questionamentos pela supervalorização do texto, isso pelas múltiplas possibilidades que a fotografia têm de dialogar, em silêncio, com o observador.

A imagem fotográfica possui uma grande importância por registrar elementos da cultura material e do padrão tecnológico de determinada comunidade, documentando detalhes de rituais, principais características da indumentária, instrumentos de trabalho, entre outras coisas que retratam a vida de um determinado grupo de pessoas. Como ressaltou Guran (1994 *apud* ACHUTTI, 1997, p.66), o que se quer das fotografias, sejam elas jornalísticas ou antropológicas, é que sejam eficazes, isto é, que cumpram o seu papel como transmissoras de informação.

A imagem fotográfica carregará sempre o estigma de ser a realidade congelada no tempo e o fruto da imaginação e da interpretação do autor, pelo fato de ter nascido modificando comportamentos e provocando questões ontológicas. Ela também é considerada uma obra aberta, sujeita à múltiplas leituras e interpretações, segundo Andrade (2002). Quem fotografa precisa dar uma importância maior às questões culturais do instante momento, assimilando-as e levando em conta o contexto, no sentido mais amplo possível, por outro lado, o observador das fotografias precisa recebê-las e interpretá-las de forma contextualizada, principalmente pelo fato de que ela possibilita múltiplas leituras.

Através da fotoetnografia, é possível construir textos imagéticos de uma determinada cultura, fazendo construções tanto narrativas quanto descritivas. As fotografias registradas com um olhar treinado pela antropologia podem, isoladamente, ter bons planos descritivos, passando ao observador suas intenções, e quando agrupadas, em seqüência, podem compor ótimas elaborações narrativas (ACHUTTI, 1997).

Segundo Collier (1973), a fotografia não tem a função somente de mostrar o que já encontramos através de outros meios, mas, também, a de ampliar, realmente, os nossos processos visuais, ajudando-nos a desvendar conceitos sobre a natureza do homem e de suas culturas multifacetadas. As fotografias de ações e problemas sociais conduzem a uma área de pesquisa não-verbal, encontrando-se, nelas, estruturas sociais, identidade cultural e expressão psicológica. Elas podem

representar em certos grupos de pessoas, analisando-se fluxos e refluxos desses agrupamentos, observando-se o comportamento físico pessoal, a postura, as expressões faciais, e os gestos das mãos e dos braços. É possível abstrair fotografias de certos padrões básicos de dinâmica, mostrando-se, desta forma, a sua importância na interação social.

Uma das características da mensagem etnográfica é apresentar descrições discursivas da realidade e a fotografia faz parte disso de três formas:

- Como instrumento de pesquisa, onde ela é mais um método de documentação, juntamente com outros recursos usados para o registro de dados;
- Como elemento de interação na devolução de material fotográfico, estimulando, desta forma, o grupo estudado, abrindo um campo de diálogo e expressão da memória sobre as imagens desenvolvidas e fortalecendo os laços entre pesquisadores e pesquisados;
- Como elemento do discurso antropológico, sendo uma parte integrante de um “texto” que o antropólogo constrói ao propor uma interpretação da situação social que está sendo estudada no momento. Sendo que, assim, o texto que, tradicionalmente, é escrito, pode ser apresentado de forma imagética, como filme ou uma exposição fotográfica (GODOLPHIM, 1995, p.167-168).

As fotografias não podem somente se destacar na descrição, mas, também, de fato reconstituir o “clima” das situações vivenciadas, nas cores que elas apresentam, criando, desta forma, um ambiente de verossimilhança. Godolphim (1995) conclui que a imagem não ilustra meramente o texto, nem o texto apenas explica a imagem, ambos se complementam, propiciando uma melhor reflexão do assunto em questão, pois o ideal seria que as fotos estivessem costuradas ao texto, como as falas dos informantes, e não soltas pelas páginas. Isso em se tratando de fotos como “falas” que elas são, relatos da discursividade de uma experiência etnográfica. Mas se a intenção realmente for de texto e imagem como uma monografia ou um artigo, nada impede de se montar um audiovisual ou uma exposição fotográfica sobre o tema em questão.

De qualquer forma, o mais importante é que, seja num texto, numa exposição fotográfica ou num diaporama, a principal função da fotografia é a de auxiliar a transmissão do fluxo de pensamentos que conduz o antropólogo à compreensão da situação estudada, mesmo que o observador e o “leitor” das imagens possam sugerir outras tantas interpretações às apresentadas.

Quando tratamos de fotografia na antropologia, não estamos falando de fotojornalismo, pois há uma intencionalidade anterior: captar uma situação etnográfica e sociológica. É preciso comunicar, da melhor forma possível, a intencionalidade do pesquisador, numa tentativa de se transmitir a interpretação específica a que ele se propõe. Como todo ato comunicativo, ela necessita que as pessoas façam a leitura da imagem, compartilhem dos códigos necessários para a decodificação da mensagem que está contida nela. Por esta razão, é quase sempre necessário que se utilize de textos que a acompanhem. Textos que apresentem os referentes mínimos necessários para a sua análise. Isso devido às múltiplas leituras que a imagem fotográfica proporciona.

Tanto a escrita como a imagem estão amarradas ao contexto cultural: “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise” (GEERTZ, 1978, p. 15 *apud* ANDRADE, 2002, p.53).

O olhar antropológico é o de um observador participante, que além da cuidadosa coleta de dados e da compilação de documentos sobre o assunto abordado, também olha, cautelosamente e diretamente, para os instantes mais importantes. Olha cada comportamento na rotina do grupo de pessoas: sua vida social, suas dificuldades, suas expressões, sendo ele, não apenas testemunha do objeto, mas, sim um sujeito observando outros sujeitos, fazendo parte do que está sendo pesquisado. Ele observa apurando todos os sentidos em questão. Observa ouvindo. (ANDRADE, 2002).

As fotografias que abordam o descumprimento dos direitos dos idosos, assim como as suas marcas, mostram cuidados específicos quanto à sua rotina, suas principais dificuldades e suas expressões, fazendo com que, desta forma, a imagem consiga evidenciar o que realmente é capaz de despertar a sensibilidade das pessoas para um problema tão relevante nos dias atuais. A fotografia e a antropologia alimentam-se de uma mesma fonte: a observação. Porém, existe uma diferença muito grande entre registrar e ver. Essa diferença começa na atividade de olhar, no exercício de olhar, levando em conta que os processos perceptivos do verdadeiro “olhar”, conduzem à aproximação entre a arte de fotografar e a antropologia, ou ao seu distanciamento, pois quando se convive um pouco com ambas, percebe-se que a distância que as separa é a mesma que as aproxima. (LEOPOLDO E SILVA, 1992).

São esses laços e essas brechas que ligam antropologia e a fotografia: o observador participante e a observação do artista. Ambos são processos que apontam para soluções ou para problemas nas investigações e nas pesquisas.

A fotografia ajuda a aprofundar a análise antropológica, quando bem feita esteticamente, facilitando o melhor conhecimento de alguns significados do objeto em estudo.

Com o intuito de sensibilizar as pessoas através da imagem fotográfica, foi desenvolvido um estudo sobre as diversas possibilidades que a fotografia tem de desencadear um diálogo, em silêncio, com o observador, sendo capaz, desse modo, de denunciar o descumprimento dos direitos dos idosos, levando as pessoas a buscar o conhecimento dos mesmos e, a partir daí, lutar, exigindo que estes não fiquem somente no papel. A falta de conhecimento dos direitos, de um modo geral, é a causa principal do seu descumprimento.

Anexos – Recortes Fotográficos.



Antônio Zapielo – 77 anos (aposentado) – pescando no lago Jeboti (momento de lazer) – Apucarana – PR



Vicente Elvira – 65 anos (pipoqueiro a 16 anos) – em momento de trabalho – Apucarana – PR.



Maria Coelho 71 anos, aposentada.



Maria Coelho II, 71 anos, aposentada.



Dorival dos Santos, 70 anos, vendedor de ervas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHUTTI, Luiz Eduardo Robinson. *A universidade da fotografia*. Porto Alegre: Editora da UFRGS/Museu da UFRGS, 2003.
- ACHUTTI, Luiz Eduardo Robinson. *Fotoetnografia: Um estudo de Antropologia Visual, sobre cotidiano, lixo e trabalho*. Porto Alegre: Tomo Editorial e Livraria Palmarinca, 1997.
- ANDRADE, Rosane, *Fotografia e Antropologia: olhares fora-dentro*. São Paulo: Estação Liberdade; EDUC, 2002.
- CAMARGO, Isaac Antonio. *Reflexões sobre o pensamento fotográfico: pequena introdução às imagens e à fotografia*. Londrina: Ed. Da UEL, 1997.
- CAPPI, Luis Carlos Trabuco; KALACHE, Alexandre; FONSECA, Eduardo Giannetti da. Fórum da Longevidade. *Revista Veja*. Edição 1997. ano 40. nº8. 28 de fevereiro de 2007.
- COLLIER, John. *Antropologia Visual: a fotografia como método de pesquisa*. São Paulo: EPU, Ed. Da Universidade de São Paulo, 1973.
- FREUND, Gisèle, *Fotografia e Sociedade*. 2ª edição. Lisboa: Vega 1995.
- GUEDES, Daniel de Sousa. Qual O Valor Do Idoso, Em Uma Sociedade Em Que A Beleza E A Força Física São Idolatradas? "Nova Atenas" de educação tecnológica. V. 07, n.02, 2004
- GODOLPHIN, Nuno. *A fotografia como recurso narrativo: problemas sobre a apropriação da imagem enquanto mensagem antropológica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestrado em Antropologia social, 1995.
- HUMBERTO, Luis. *Fotografia, a poética do banal*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.
- KASTENBAUM, Robert. *Velhice: anos de plenitude*. São Paulo. Editora Harper e Row do Brasil Ltda, 1981.
- KOSSOY, Boris, *Fotografia e História*. 2ª edição revista. São Paulo: Ateliê Editorial, 2001.
- LEOPOLDO E SILVA, Franklin. Bergson, Proust: tensões do tempo. In: NOVAES, Adauto (org). *Tempo e história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- MACHADO, Arlindo. *A ilusão especular: introdução à fotografia*. São Paulo: Editora Brasiliense s.a., 1984.
- PERSICHETTI, Simonetta. *Imagens da fotografia brasileira*. Volume 1. São Paulo: Estação Liberdade: Editora SENAC, 2000.
- SKINNER, Burrhus Frederic; Vaughan M.E. *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. 4ª edição. São Paulo: Summus Editorial Ltda, 1985.
- SONTANG, Susan. *Sobre fotografia*. Tradução Rubens Figueiredo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- _____. *Desafios da Imagem: Fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais*. Vol.41. São Paulo. 1998.

- _____. *Fotografia e antropologia visual*. Disponível em:
<http://www.mnemocine.com.br/galeria/rodrigopires/antropo.htm> Acesso em: 24 outubro 2006.
- _____. *Fotógrafo: o olhar, a técnica e o trabalho*. Editora: SENAC.
- _____. *Sobre Antropologia e imagem*. Disponível em:
http://www.unicamp.br/aba/boletins/b31/b31_05.htm Acesso em: 02 novembro 2006.
- _____. *Estatuto do Idoso, Ministério da Saúde*. Brasília: Editora do estatuto do Idoso, 2006.
<http://ibge.gov.br> Acessado em: 05 maio 2007.

Envelhecimento à luz da Psicologia Analítica

Irene Gaeta Arcuri¹

RESUMO

Antes de tudo quando falamos em velhice devemos pensar em termos de processo. Em ciclo da vida, a velhice não é um fato estático, é o resultado e o prolongamento de um processo.

Viver até os 80 ou 90 anos tem um grande significado para nossa espécie. Ao designar de metanóia a segunda fase da vida significa que tempos que caminhar em termos de evolução e de crescimento. Quando tudo parece ter findado, quando há queda hormonal, os cabelos brancos, a aposentadoria, os filhos casando enfim um script que foi cumprido, o tempo ainda urge, há ainda uma fome de viver, muita coisa por fazer, por descobrir, por crescer e principalmente para desenvolver.

Na metanóia é o momento de retomada da consciência, do Ser como algo maior que transcende o ego, as relações parentais, podemos contribuir de forma mais abrangente.

Metanóia é um termo grego que indica transformação da própria idade pessoal onde novos valores podem ser adotados.

Jung faz uma ilustração clássica da metanóia mostrando o que liga e o que distingue da segunda metade da vida. É como se o foco mudasse e uma reorientação ocorresse.

Palavras chave: Psicologia analítica, Jung, Metanóia, Envelhecimento.

¹ Irene Gaeta Arcuri

E-mail: iarcuri@uol.com.br

Web: www.iarcuri.com

Doutorando em Psicologia (Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Mestrado em Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

Especialização em Práxis Artística e Terapêutica Interfaces da Arte. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

Antes de tudo quando falamos em velhice devemos pensar em termos de processo. Em ciclo da vida, a velhice não é um fato estático, é o resultado e o prolongamento de um processo.

A gerontologia desenvolveu-se em três planos: biológicos, psicológicos e social. Na verdade é uma ciência interdisciplinar, onde não se trata de explicar porque os fenômenos se produzem, mas de descrever sinteticamente, com a maior exatidão possível, suas manifestações.

JUNG (1972) *O homem normal é apenas uma ficção ainda que existam certas regularidades válidas para quase todos. A vida psíquica é um desenvolvimento que pode estacionar nas etapas iniciais da vida. ... "É como se cada indivíduo tivesse um peso específico próprio, e de acordo com ele subisse ou descesse, até encontrar o ponto de equilíbrio onde encontrasse seu limite.*

Nenhuma pessoa inteligente será por isso levada a ocultar segredos, pois sabe perfeitamente que o segredo do desenvolvimento psíquico jamais pode ser traído, simplesmente porque o desenvolvimento depende da capacidade de cada um.

Carl Gustav Jung afirmava que homens e mulheres na meia idade sofrem um processo de individuação, no qual expressam aspectos da personalidade até então negligenciados.

Algumas questões podem ser fundamentais na meia idade, abrir mão da imagem da juventude e entrar em contato com a finitude.

Considerar a vida como um processo ininterrupto no qual passamos estar em constante desenvolvimento é fundamental. Envelhecer pode ser perigoso quando na segunda metade da vida, carregamos o passado como um imenso fardo – os sentimentos, frustrações da vida, da vida não vivida, a urgência em amar quando não foi possível experimentar o amor em sua plenitude, os ressentimentos as mágoas.

O desafio é o abandono de tempo Kairós do passado que foi vívido abrindo fenda ao futuro. Mas a fixação aos afetos muitas vezes pode nos aprisionar neste passado e então o tempo cronos nos devora de novas descobertas para velhas situações ainda não solucionadas.

Precisamos revisitar o tempo e perceber de forma diferente a idéia de tempo, e principalmente acompanhando a sua dialética interna, o homem não está no tempo é o tempo que está no homem.

Viver até os 80 ou 90 anos tem um grande significado para nossa espécie. Ao designar de metanóia a segunda fase da vida significa que tempos que caminhar em termos de evolução e de crescimento. Quando tudo parece ter findado, quando há queda hormonal, os cabelos brancos, a aposentadoria, os filhos casando enfim um script que foi cumprido, o tempo ainda urge, há ainda uma fome de viver, muita coisa por fazer, por descobrir, por crescer e principalmente para desenvolver.

Na metanóia é o momento de retomada da consciência, do Ser como algo maior que transcende o ego, as relações parentais, podemos contribuir de forma mais abrangente.

Metanóia é um termo grego que indica transformação da própria idade pessoal onde novos valores podem ser adotados.

Jung faz uma ilustração clássica da metanóia mostrando o que liga e o que distingue da segunda metade da vida. É como se o foco mudasse e uma reorientação ocorresse.

O foco pode ser do Ego, pois não encontra neste lugar a fundação que outrora experimentou como base sólida, e se direciona para o Self.

Chamamos de ego um corpo de pensamentos emoções, sensações que define o universo pessoal garantindo a identidade física, social, e psicológica representando uma certa parcela do espectro psíquico, mas não é a sua totalidade. O desenvolvimento do ego é fundamental para a vida saudável do indivíduo, começa desde a primeira infância, para Freud o ego é primeira e principalmente um ego corporal.

Este ego corporal tende a se desenvolver da seguinte maneira: costuma-se concordar que a criança de início não pode distinguir entre eu e não-eu, entre sujeito e objeto, entre corpo e ambiente.

Na velhice há um redirecionamento em direção ao mundo interno as questões do ego deixam de prevalecer. O direcionamento que se dá em direção ao Self aponta para a possibilidade de vivenciar os aspectos transcendentais do Ser. Principalmente ao se deparar com o declínio das forças físicas, muitas vezes pode se experimentar as fontes inexauríveis de criatividade advindo deste centro superior chamado Self.

Isto ocorre principalmente quando o indivíduo pode experimentar a transcendência do Ego. O Self também chamado o Ser Interior ou o si mesmo, centro psíquico. É a fonte de nossas tendências mais elevadas tais como consciência altruística, vontade e amor.

Para uma melhor compreensão, contarei a estória de um príncipe Indiano.

Era uma vez um príncipe indiano chamado Sidarta, vivia cercado de riquezas, e sentia-se prisioneiro no próprio palácio, descontente com a própria vida, sentia um impulso interior que o levava a buscar o real sentido e significado da vida. Decidiu então fugir do seu palácio, para que pudesse conhecer o mundo além daquele no qual era prisioneiro.

Em sua busca, saiu para passear em sua carruagem pelos arredores de seu reinado, se deparou com um homem enfermo, desdentado, todo enrugado, curvado, apoiado numa bengala, titubeante e trêmulo. Ficou espantado, pois era privado de qualquer contato com a miséria humana e aquela visão nua e crua da realidade da natureza o deixou estarecido. Diante de uma visão tão cruel, perguntou ao cocheiro do que se tratava aquele ser tão frágil, debilitado. O cocheiro explicou-lhe então que se tratava apenas de um velho.

Sidarta reconheceu imediatamente seu próprio destino e de toda a humanidade e exclamou:

- “Que tristeza, vivemos embriagados pelo orgulho da juventude, e não vemos a velhice! Como somos fracos e ignorantes! De que servem os jogos e as alegrias, se eu sou a morada da futura velhice?”

Em nossa cultura, não existe a idéia clara do ciclo da vida, recebemos um intenso treinamento para apenas metade da vida, temos um script social muito claro a seguir até a idade de 50 anos ninguém tem dúvidas, mas depois de ter cumprido os deveres por assim dizer (estudar, se profissionalizar, casar, ter filhos, se aposentar, etc.) o que fazer com os próximos 10, 20, ou 30 anos de existência? Onde está a orientação sobre essa etapa da vida humana, que doravante será o tempo mais longo de nossa existência? É preciso então pensar nas questões que envolvem o envelhecimento, de forma que possamos fazer desta etapa da vida, tão um crescimento.

Na primeira metade da vida temos o desenvolvimento do ego, uma adaptação ao ambiente externo, à aquisição de certa autonomia nas escolhas de relacionamentos com pessoas, lugares, e coisas. Quando nos encontramos na segunda metade da vida nos deparamos então com os problemas do Self, onde as dificuldades se dão principalmente em lidar com o mundo interior. Desta forma podemos pensar na importância de um estudo, que possa auxiliar a compreensão desta etapa da vida.

A construção de uma nova ciência como a gerontologia vai ao encontro da proposta mais inovadora da atualidade, em termos científicos, no que diz respeito à mudança de paradigma, da visão de homem e de mundo, especialmente quanto aos conceitos de complexidade, interdisciplinaridade e finalmente transdisciplinaridade.

Por mais paradoxal que possa parecer, o estudo do envelhecimento passa a ser próprio da modernidade.

A percepção de um construto teórico tão inovador é ao mesmo tempo desafiante e assustadora. Desafiante, porque impõe um olhar em relação a questões nunca pensadas, como por exemplo: os desafios que a longevidade impõe à humanidade, a velhice como provável futuro de todos nós. Assustadora, porque não oferece nada pronto, o que leva a refletir sobre o velho ditado espanhol: *caminhante, não existe caminho; o caminho se faz ao caminhar*.

Desta forma, transitar em várias áreas do saber, para a construção de um novo conhecimento, nos transporta para o infinito, na medida em que a cada nova descoberta um universo se abre.

O questionamento sobre o envelhecimento existe há mais de 2700 anos. Heráclito elaborava uma fórmula complexa: *Viver de morte, morrer de vida*. Morin (1996: 279) faz uma reflexão acerca deste paradoxo:

Rejuvenescemos sem cessar. Cada batida de nosso coração irriga nosso organismo com sangue desintoxicado pelo pulmões. Rejuvenescemos 60 vezes por minuto. Eu rejuvenesço, vocês rejuvenescem, nossos moléculas fazem-no várias vezes por ano. Passamos o tempo rejuvenescendo, ou seja, vivemos da morte dessas células para rejuvenescer. Mas então por que morremos? Porque com o tempo, rejuvenescer é sumamente cansativo. Rejuvenescer é mortal. Por isto desgraçadamente morremos. Morremos de vida.

Jung nos fala que primeiramente o homem deve estabelecer, no mundo, vínculos sólidos, fundar uma família, construir uma situação. Mas, quando chega a maturidade, no declínio das forças, então é tempo de ser *si-mesmo*, no sentido mais profundo, ou seja, de procurar apreender a totalidade de nossa alma, aquela que não conhece as barreiras do tempo nem do espaço.

O homem que envelhece deveria saber que sua vida não está em ascensão nem em expansão, mas um processo interior inexorável produz uma contração da vida. Para o jovem constitui quase um pecado ou, pelo menos, um perigo ocupar-se demasiado consigo próprio, mas para o homem que envelhece é um dever e uma necessidade dedicar atenção séria ao seu próprio si-mesmo. Depois de haver esbanjado luz e calor sobre o mundo, o sol recolhe os seus raios para iluminar-se a si mesmo. (JUNG, 2000: 349)

A velhice é um território desconhecido para todos nós; poderíamos compará-la com o outono, pois já semeamos, plantamos e agora de uma certa maneira colhemos. Não sabemos, ao certo, o que o outono pode nos mostrar, porque na primavera não percebemos claramente o que foi gerado. A mudança no corpo nos remete às questões do espírito ou a um tipo de atenção à psique.

Para Prétat (1997: 42)

Precisamos conhecer sua realidade, tentando encontrar uma centelha de luz nas trevas de forças desconhecidas, vivenciadas quando a consciência mergulha em algo que se assemelha ao esquecimento. O aborrecimento das experiências internas e externas que surgem nesses momentos não pode ser evitado, ele precisa ser vivido. Quando descemos às profundezas da psique é importante permanecermos o mais possível presos ao mundo exterior para que possamos conservar uma noção da realidade externa, mesmo que dolorosa.

A leitura que fazemos do envelhecimento pode nos trazer sabedoria, se percebermos a sutileza que há nas entrelinhas. Ou seja, é preciso romper com os estereótipos impostos socialmente e se lançar ao desconhecido sem medo – ou, pelo menos, continuar prosseguindo apesar do medo.

A modernidade trouxe ao homem este desafio. Com o alto nível tecnológico, com a explosão demográfica, o homem se depara com algo inusitado: um período maior para ser vivido fora do processo produtivo nos moldes capitalistas, mas inserido em uma sociedade de classes e de consumo de mercadorias, para a qual há a necessidade de poder aquisitivo.

Jung (2000: 349) nos diz que *o ser humano não chegaria aos setenta ou oitenta anos se esta longevidade não tivesse um significado para a sua espécie. Por isto, a tarde da vida humana deve ter também um significado e uma finalidade próprios, e não pode ser apenas um lastimoso apêndice da manhã da vida.*

Não se trata, aqui, de falar das etapas da vida humana, até porque este seria um pensamento linear, quando na verdade estamos falando de mudanças de paradigma. Apenas não queremos dissociar a velhice do processo de desenvolvimento humano.

2. GERONTOFOBIA – O MEDO ANTE O DESCONHECIDO

Para Arcuri (2004), temos medo de envelhecer, em primeiro lugar, porque a partir daí a vida termina. Ponto final. E temos medo de envelhecer porque não teremos mais espaços sociais de reconhecimento e de sobrevivência. Haja estímulo ideológico a plásticas, ginásticas, cosméticos etc..

Contraditoriamente, o medo de envelhecer nos empurra para a velhice, no sentido de “parar o desenvolvimento, por se achar velho”.

O envelhecimento é visto pelo conjunto da sociedade como um tabu, como algo desagradável e que, portanto, deve ser negado. Lidar com as questões da velhice e do envelhecer, tanto nosso quanto do outro, requer uma abertura especial. Temos que ter a compreensão do envelhecimento como uma totalidade que não é simples e tampouco abstrata.

O envelhecimento tem várias dimensões, não podendo ser entendido apenas dentro de uma única perspectiva, pois o homem é multidimensional.

Simone de Beauvoir (1990:348) nos diz: *mesmo que nos venham sinais do corpo, eles são ambíguos. Pode-se ficar tentado a confundir uma doença curável com um envelhecimento irreversível.*

O paradoxo de nossa época é que as pessoas idosas gozam de melhor saúde do que outrora, permanecem “jovens” por mais tempo e a ociosidade só pode lhes pesar mais ainda.

Segundo os gerontologistas, viver os últimos vinte anos da vida em bom estado físico, mas sem nenhuma atividade útil, é psicológica e sociologicamente impossível. É preciso dar a esses sobreviventes motivos para viver. A “sobrevivência bruta” é pior que a morte (BEAUVOIR, 1990: 348).

Para Arcuri (2004) na modernidade, há uma desconstrução ideológica da categoria velhice, em relação às doenças tidas como próprias da velhice. São propostas formas preventivas para se chegar à velhice saudável. Há, também, uma mudança quanto ao mercado consumidor, pois, com a aposentadoria privada, alguns velhos passam também a ser consumidores, ou seja, o velho com recursos pode ser um velho que é capaz de utilizar a moda, prover a manutenção do corpo etc..

Para Featherstone (1998: 61):

Pode-se argumentar que nas sociedades ocidentais contemporâneas, esse processo é exacerbado pela forte ênfase na aparência física na imagem visual que é um dos elementos fundamentais que impulsiona a cultura de consumo. Nenhuma outra sociedade na história, como é frequentemente dito, produziu e disseminou tal volume de imagens do corpo humano através dos jornais, revistas, dos anúncios e das imagens do corpo em movimento na televisão e nos filmes. A paisagem física das grandes cidades, das construções e lugares nos quais fazemos compras ou nos divertimos estão cheias de imagens e réplicas do corpo humano. A vasta maioria dessas imagens, especialmente aquelas usadas para vender mercadorias e experiências por meio de anúncios, são imagens da juventude, saúde e beleza dos corpos. Uma boa parte da promoção da moda, indústria de cosméticos e de cuidado com o corpo apresenta esses ideais de corpos como algo que deveria ser atingido. A transformação do corpo que levará a uma transformação pessoal é algo que está ao alcance de todos nós. A mensagem divulgada é simples: Se você parece bem, você se sente bem.

3. GERONTOLOGIA: COMPREENDENDO O ENVELHECIMENTO

Como podemos, então, começar a nos perceber de maneira mais realista aos cinquenta, sessenta ou setenta anos como ainda tendo valor para nós, para a família e para a sociedade? Mas a aldeia global não vê no envelhecimento um motivo para celebrar. Pelo contrário, tem sim uma negação de tudo o que é velho. O atual desenvolvimento do capital nos transformou para a sociedade do “descartável”. Hoje, três quartos da humanidade são descartáveis, pois precisamos todos de

saúde, educação, transporte, segurança, moradia, alimentos etc. etc.. Se aos 25 anos, o homem já é “descartado” e pesa para o sistema, o que dizer dos velhos?

Talvez seja agora importante olhar todo este processo de uma maneira linear, falando um pouco sobre as seguintes fases: um período de crescimento, durante o qual o desenvolvimento construtivo prevalece sobre o declínio; um período de equilíbrio entre desenvolvimento e declínio; e um período de involução, uma época de declínio crescente.

De qualquer maneira, sempre me parece persistir o medo do envelhecimento, como se não houvesse a percepção do curso da vida. Um trecho clássico da literatura (GOETHE, 2002) retrata bem o homem contemporâneo, na luta contra o envelhecimento.

Quando Dr. Fausto assinou o pacto com o diabo, exigiu em primeiro lugar voltar a ser jovem. Mefisto, tendo-o guiado ao antro de uma bruxa, quando Fausto viu no lume o caldeirão no qual a poção mágica estava a ferver, teve uma náusea.

Dr. Fausto a Méfisto:

- Esta bruxaria demente enjoe-me. Asseguras-me que voltarei a ser novo com esses sortilégios? Precisaréi mesmo da ajuda desta velha bruxa? Será verdade que essa poção infernal me vai rejuvenescer de trinta anos? Pobre de mim se nada de melhor tens para me oferecer! A esperança já me abandona, não terá a natureza ou qualquer espírito nobre descoberto nenhum remédio para a velhice?

Méfisto:

- Ótimo! Esse remédio obtém-se aliás sem a ajuda de nenhum médico nem de nenhuma bruxa. Vai viver para o campo. Cultiva, desbrava a tua terra leva uma simples, sem sair do cerco limitado da tua propriedade. Alimenta-se de pratos grosseiros e poucos cozinhados. Vive como o teu gado e em sua companhia, e não te julgues muito orgulhoso para estrumar o solo. Aqui tens a melhor maneira, acredita-me de rejuvenescer aos 84 anos!

Fausto:

- Mas eu não estou habituado; não me convém nada manejar a pá e essa vida limitada não é do meu agrado!.

Mefisto:

- É por isso que precisas da bruxa!

Fausto é cada um de nós, pois aceitamos mais facilmente a morte do que a velhice. Envelhecer e morrer parecem-nos inelutáveis, pois é o destino de todos desde sempre!

Edgar Morin (1970) nos diz que as ciências do homem negligenciam sempre a morte. Contentam-se em reconhecer o homem pelo utensílio (*homo faber*), pelo cérebro (*homo sapiens*) e pela linguagem (*homo loquax*). Contudo, a espécie humana é a única para a qual a morte está presente durante a vida; a única que faz acompanhar a morte de ritos fúnebres, a única que crê na sobrevivência ou no renascimento dos mortos.

Então é um paradoxo não sermos educados para a morte também e durante o curso da vida.

Morin (1970:13) vai além, quando fala que:

A morte situa-se exatamente na charneira bioantropológica. É a característica mais humana, mais cultural do *anthropos*. Mas, se nas suas atitudes e crenças perante a morte, o homem se distingue mais nitidamente dos outros seres vivos, é aí mesmo que ele exprime o que a vida tem de mais fundamental. Não tanto o querer-viver, o que é um pleonasma, mas o próprio sistema do viver.

É evidente que a obsessão da sobrevivência, muitas vezes em detrimento da vida, revela no homem a preocupação lancinante de conservar a sua individualidade.

Basta observar o desenrolar de nossa vida para perceber como nos deparamos com a morte em várias instâncias: a infância morre e nasce a adolescência. A adolescência passa e nos tornamos adultos. Um nascimento requer uma morte e uma morte requer um nascimento.

Na mitologia grega, os deuses criaram o mundo, decidiram que não gostavam dele, destruíram tudo o que haviam construído e criaram um outro. A morte é um processo que não pára na natureza. Há também a imagem do deus morrendo e renascendo, aquele que é destruído de uma forma, reaparece novamente transformado.

Dionísio é desmembrado, mas Atenas, a deusa da sabedoria, salva seu coração e ele nasce novamente; como a Fênix, podemos ser temporariamente reduzidos a cinza, mas somos capazes de nos levantar, mais uma vez renovados. A forma pode ser destruída, mas a essência permanece para aparecer novamente em alguma outra forma.

O poeta alemão Goethe escreveu: *Enquanto você não morre e se levanta novamente, você é um estranho para a sombria Terra.*

Ou seja: no transcorrer de uma vida, experimentamos muitas formas diferentes de mortes psicológicas, sociais, profissionais etc.

Se estivermos derivando nossa identidade pessoal de um relacionamento pessoal e este terminar, estaremos diante da morte de quem temos sido. Da mesma maneira, se adquirirmos nosso sentido de vitalidade ou significado de vida a partir de uma determinada profissão e a perdemos, também morreremos pela forma que nos conhecíamos.

Temos, assim, a morte seguida da vida, o que podemos também considerar na questão do envelhecimento como a passagem de um corpo novo para o corpo velho, um processo de morte-renascimento no sentido de criatividade e de crescimento.

Na verdade são os eventos da vida que moldam a personalidade, fazer uma nova edição da identidade poderia levar o ser humano a uma nova dimensão em sua existência onde o Ser teria prevalência sobre o meramente humano.

4. METANÓIA – O DESENVOLVIMENTO HUMANO NA SEGUNDA METADE DA VIDA.

Dentro da psicologia analítica (Carl Gustav Jung) a segunda metade da vida é denominada de metanóia, onde podemos experimentar a consciência de nós mesmos como parte de algo mais amplo.

Metanóia é um termo grego que indica a transformação da própria identidade pessoal depois de uma experiência que transforma os valores até então adotados pelo indivíduo.

Jung retoma o termo para indicar o fenômeno de crise psicológica através do qual sucede a inversão radical de todos os valores sobre os quais está ordinariamente fundamentada a existência de um homem (PIERRI, 2002:323):

A ilustração clássica da metanóia dá-se por ocasião da análise do limiar que liga e distingue a primeira e a segunda metade da vida: nessa fase de passagem por-se-iam na sombra todos os valores sobre os quais o indivíduo está fundamentado, e contemporaneamente por-se-iam em luz outros valores que estão em oposição.

Brennan (2004) chama a atenção para questão da espiritualidade e coloca a crise presente na meia idade como uma possível forma de reorientação onde o foco ou o centro de atenção sai do ego em direção ao Self. Chamamos de ego um corpo de pensamentos, emoções e sensações que define o universo pessoal garantindo uma certa identidade física e psicológica, representa apenas uma parcela do espectro psíquico e não a sua totalidade.

Self é o centro espiritual, também chamado o Ser Interior, ou o Si Mesmo, Centro Psíquico. É a fonte de nossas tendências mais elevadas tais como consciência altruísta, vontade e amor. O Self é a fonte de amor, sabedoria, e inspiração criativa dentro do indivíduo. É o Centro Superior da personalidade, além do ego, e abre-se para ser uma fonte inexaurível de criação e compaixão. No movimento de retorno ao Self desenvolve-se uma outra forma de criatividade que emerge a partir do indivíduo frente a situações novas.

Essa criatividade é flexível, não traz em si uma estrutura repetitiva e nem está a serviço do passado psicológico do indivíduo. O Self é uma realidade ontológica universal. Transcende diferenças culturais. Na segunda metade da vida, pode haver um desenvolvimento da personalidade um retorno ao Self. Enquanto na infância e na juventude o mundo exterior nos chama, na meia-idade e nos anos maduros o mundo interior é que nos chama. Sendo assim muitas vezes o ambiente exterior cede lugar ao ambiente interior.

Desta ligação entre os níveis superiores do psiquismo é que o ser humano pode desenvolver um crescimento equilibrado, de forma a expandir a sua consciência. É uma esfera em expansão, muito mais do que uma linha reta. Esta forma de expansão não linear, ou expansão da consciência pressupõe uma expansão das atividades superação do egocentrismo ou das atitudes separatistas que nos afastam dos demais, enfim expansão que potencializa a criatividade que possibilita a expressão de todos os recursos que constituem a nossa totalidade.

Esta mudança de foco pode se tornar uma verdadeira revolução, onde a espiritualidade pode ser direcionada de forma inconsciente. A espiritualidade ou o chamado a espiritualidade pode ser uma

forma de um continuum do desenvolvimento, onde o questionamento: Quem sou realmente? Busca a resposta internamente. Apesar dos fatores externos da existência não serem negados eles mudam de ênfase não sendo priorizados.

Para Brenann (2004:65),

a espiritualidade na meia idade flui de uma nova atitude e orientação. A mudança de vida na meia idade é uma mudança revolucionária. Quando se entra na meia idade o Self torna-se central, substituindo o tão importante ego. Um novo ponto de vista e uma nova atitude afloram na pessoa, acompanhada por novos valores.

Primeira metade da vida	Segunda metade da vida
Ego	Self
Personalidade	Personalidade Inconsciente
Eventos externos	Eventos Internos
Conquistas	integração
Fazer	ser

Este processo de desenvolvimento presente na meia-idade pode durar três ou quatro décadas da vida. É uma retomada da própria história, é um chamado para integrar os aspectos que foram negligenciados até então, onde o passado pode ser externado, e reconfigurado.

A este processo de reconstrução e integração interior foi nomeado por Jung de Individuação, presente como desenvolvimento próprio da segunda metade da vida. A mesma devoção e atenção dada na primeira etapa de desenvolvimento humana deve agora ser direcionada e exige a mesma devoção. A pessoa na meia-idade deve entregar-se a si mesma para poder ser remodelada.

É preciso ser moldado pela sua própria história (passado), pelo seu mundo interior, pelas suas experiências e realidades únicas (presente), bem como pelo discernimento do Espírito, que nos guia através de novos vales e montanhas (futuro). (Brenann, 2004:67)

Dentro desta perspectiva o ser Humano está em constante processo de crescimento pessoal, realizando seu potencial não manifesto. Para Assagioli (apud HAMEL et alli.,2003)¹ o desenvolvimento espiritual é uma longa e árdua jornada, uma aventura por estranhas terras plenas de surpresas, de alegria e de beleza, de dificuldades e até perigos. Envolve o despertar de potencialidades até então adormecidas, a elevação da consciência a novos domínios, uma drástica transmutação dos elementos “normais” da personalidade e um funcionamento no âmbito de uma nova dimensão interior.

¹ Pesquisa realizada por Suzanne Hamel, Gilbert Leclerc, and Richard Lefrançois no Research Centre on Aging Sherbrooke University Geriatric Institute, Qc Canada

Enfim, a experiência do Self permite aos indivíduos entenderem a realidade diretamente sem interferência das emoções e preconceitos, e agir de acordo. Nesses indivíduos o eu vive no nível do ser, isto é, em unidade com eles mesmos, com os outros e com a vida. A possibilidade de ampliação da consciência presente na velhice, nada mais é do que a concretização de transformações nos sentimentos, pensamentos, percepção, intuição e criatividade, e naturalmente, na relação do indivíduo com o mundo. A diminuição das carências humanas pode ser possível quando o homem elevar o seu nível de consciência e completar-se com a sua própria natureza divina.

Do contrário, será eternamente perseguido pelo medo da perda, mesmo que tenha sido bem sucedido em obter posições e objetos do mundo material e esteja cercado de relacionamentos afetivos. Uma vez que desperte para as dimensões transpessoais da existência, a própria vida é considerada de uma perspectiva diferente. Um novo sentido de significado pode ser o conteúdo derivado da nova experiência.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ARCURI, I.P.G. *Memória Corporal: O Simbolismo do Corpo na trajetória da Vida*. São Paulo: Vetor, 2004.
- BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BRENNAN, J.B. *Meia idade e vida*. São Paulo: Paulus, 1991.
- _____. *Arquétipos Junguianos – A espiritualidade na meia-idade*. São Paulo: Madras, 2004.
- ERIKSON, E. *Childhood and society*. New York: Norton & Company, Inc., 1950.
- _____. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento, In *Textos Didáticos*. Campinas: IFCH/Unicamp, 1998.
- HAMEL, S. LECLERC G., LEFRANÇOIS R. *A Psychological Outlook on the Concept of Transcendent Actualization*. The International Journal for the Psychology of Religion, 13 (1), 3-15. Copyright, Lawrence Erlbaum Associates, Inc. London, 2003
- GOETHE. *Fausto Tragédia de Goethe*. São Paulo: Martin Claret, 2002
- JUNG, C. G. *O homem e seus símbolos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.
- _____. *Memórias, sonhos e reflexões*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- _____. *A prática da psicoterapia*. Petrópolis: Vozes, 1984.
- _____. *Fundamentos de psicologia analítica*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- _____. *O espírito na arte e na ciência*. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.
- _____. *Sincronicidade*. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- _____. *A natureza da psique*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.
- LIEVEGOED, B. *Fases da vida - crises e desenvolvimento da individualidade*. São Paulo: Antroposofica, 1984.
- MARTINS, J. Não somos cronos, somos kairos. In. *Revista Kairós*. Programa de Estudos Pós -Graduados em Gerontologia, PUCSP. Ano 1 nº1, EDUC, 1991.
- MORIN, E. *O homem e a morte*. Portugal: Publicações Europa América, 1970.
- _____. *O paradigma perdido: a natureza humana*. Portugal: Publicações Europa-América, 1973.
- _____. *Introdução ao pensamento complexo*. São Paulo: Editora Lisboa, 1990.
- _____. *Terra Pátria*. Porto Alegre: Sulina, 1995.
- _____. *Epistemologia da complexidade*. In Schinitmann, D.(org) *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- PIERI, P.F. *Dicionário Junguiano*. São Paulo: Paulus, 2002.

PRÉFAT , J. R. *Envelhecer*. São Paulo: Paulus, 1997.



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 Visual dos Alunos de Pintura (on-line)
- Canal de Televisão e Vídeo (online)



USC

Secretaria / salas de aula: Rua Nova do Tronco, 504, 4250-339 Porto
Tlfs: 964 068 452 / 964 756 736 - Correio Electrónico usc@sapo.pt
Horário da Secretaria: Segunda a Sexta-Feira, das 14h 30 às 18h 30