

Volume I

Luis Marcelo Mendes
Patricia Carlesso Marcelino
(Organizadores)



Interfaces em **envelhecimento** **humano**



Edição
Fac-similar

méritos
editora

Interfaces em
envelhecimento
humano

Volume I

**Conselho Editorial de Ciências Humanas Méritos Editora
(2013-2014)**

Alessandro Batistella

Doutorando em História (UFRGS) / prof. na UPF / Brasil

Arisa Araújo da Luz

Doutora em Educação (Unisinos) / profa. na UERGS / Brasil

Elio Masferrer Kan

Doctor en Antropología (ENAH) / prof. en la Escuela Nacional de Antropología e Historia / México

Elzbieta Budakowska

Doctor of Sociology (University of Warsaw) / profa. in the same institution / Poland

Gerson Wasen Fraga

Doutor em História (UFGRS) / prof. na Universidade Federal da Fronteira Sul / Brasil

Gilmar Mantovani Maroso

Doutor em História (PUCRS) / prof. na Universidade Luterana do Brasil

Jaime Giolo

Ph.D. em Educação Superior Brasileira (Unicamp) / prof. na Universidade Federal da Fronteira Sul

João Carlos Tedesco

Ph.D. em Ciências Sociais (Università degli Studi di Milano) / prof. na UPF / Brasil

Luiz Carlos Tau Golin

Ph.D. em História (Universidade de Lisboa) / prof. na UPF / Brasil

Nadir Antonio Pichler

Doutor em Filosofia (PUCRS) / prof. na UPF / Brasil

Thaís Janaina Wenczenovicz

Ph.D. em História (UFGRS e Instytut Studiów Iberyjskich i Iberoameryka) / profa. na UERGS / Brasil

Valentina Ayrolo

Doctora en Historia (Univ. Paris I, Panthéon-Sorbonne) / profa. en la Univ. Nacional de Mar del Plata / Argentina

Luis Marcelo Mendes
Patricia Carlesso Marcelino
(Organizadores)

Interfaces em **envelhecimento** **humano**

Volume I



Edição
Fac-similar

Passo Fundo

2014

méritos
editora

2014 – Versão livro em papel
2021 – Versão fac-similar em e-book

© Livraria e Editora Méritos Ltda.
Rua do Retiro, 846
Passo Fundo, RS, CEP 99074-260
Fone/fax: (54) 3313-7317
Página na internet: www.meritos.com.br
E-mail: sac@meritos.com.br

Charles Pimentel da Silva
Editor

Jenifer B. Hahn
Auxiliar de edição

Léo Hélio Dellazzari
Revisão final

◆ Importante: As opiniões expressas neste livro, que não sejam as escritas pelos organizadores em seus capítulos, não representam ideia(s) destes. Cabe, assim, a cada autor a responsabilidade por seus escritos.

◆ Todos os direitos reservados e protegidos pela lei nº 9.610 de 19/02/1998. Partes deste livro podem ser reproduzidas ou transmitidas, desde que citados o título da obra, o nome da autora, da editora e os demais elementos de referência, conforme normas da ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas.

I61 Interfaces em envelhecimento humano / organizado
por Luis Marcelo Mendes e Patricia Carlesso
Marcelino. – Passo Fundo: Méritos, 2014.
v.1. 280 p.

1. Envelhecimento humano 2. Direitos humanos
3. Saúde do idoso 4. Inclusão social 5. Gerontologia
6. Qualidade de vida I. Mendes, Luis Marcelo (Org.)
II. Marcelino, Patricia Carlesso (Org.)

CDU: 613.98

Catálogo na fonte: bibliotecária Marisa Miguellis CRB10/1241

ISBN da versão em papel: 978-85-8200-036-6

Impresso no Brasil

Apresentação

O envelhecimento humano pode ser definido como um processo gradual, universal e irreversível, onde acontecem modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, consequência da ação do tempo e é gradual, porque não se fica velho de um dia para o outro; é universal porque afeta todos os indivíduos de uma espécie numa forma similar. As evidências indicam que o processo de envelhecimento pode ser acelerado ou desacelerado por fatores ambientais e comportamentais, mas não pode ser revertido.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, de 2010, o grupo dos idosos foi o o grupo que mais cresceu na última década, e, por sua condição, inspira cuidados.

Sob esse ponto de vista, é pertinente salientar que a promoção da saúde acontece mediante ações que viabilizam o empoderamento do indivíduo, compreendendo suas potencialidades numa sociedade que almeja desenvolver-se. É preciso que haja uma inter-relação entre pessoas envolvidas e ambientes a serem trabalhados. Assim, poderia emergir, por exemplo, um programa com ações que incentivem a construção do conhecimento da saúde individual e coletiva, visando o autocuidado.

O empoderamento é uma estratégia de desenvolvimento comunitário que busca aumentar o poder e a autonomia dos indivíduos, para que estes dirijam seus próprios destinos.

Os cidadãos precisam tomar posse deste poder que lhes é conferido, que muitas vezes é negligenciado por falta de informação. O empoderamento implica o rompimento com a lógica assistencial dominante, que privilegia o saber de um e silencia o saber de outros, a relação é de parceria e não hierárquica.

Em tempos de modernidade, “onde tudo que é sólido se desmancha no ar”, conforme apregoaram Marx e Engels, é preciso repensar e redimensionar o pensamento no sentido de propiciar um entendimento acerca da liquidez de todas as coisas.

Assim, este livro tem a premissa principal de dimensionar a questão da velhice num parâmetro poliédrico, para revelar as inúmeras compreensões acerca da velhice. Essa nova forma de pensar, religando os saber, redesenhando as relações entre família, sociedade e Estado em torno da velhice, visa uma rearticulação do pensamento a partir da pluralidade forjada no âmago dessas inúmeras transformações sociais desencadeadas pela modernidade. Essa nova matriz epistemológica prima por uma visão holística do envelhecimento humano para propor alternativas de mudança do paradigma da velhice no Brasil.

E assim nasceu esta coletânea *Interfaces em envelhecimento humano*, permeada de reflexões e ações idealizadas por docentes da ULBRA Carazinho e por profissionais de diversas áreas das ciências sociais e da saúde, convidados especiais, e que se mantêm envolvidos com o tema, bem como demonstram preocupação em vislumbrar novas possibilidades de ações significativas para nossos idosos.

Boa leitura!!

Os organizadores

Sumário

APRESENTAÇÃO.....	7
CAPÍTULO I - ENVELHECIMENTO HUMANO NA MODERNIDADE: EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA	
<i>Luís Marcelo Mendes</i>	11
CAPÍTULO II - DIGNIDADE DA PESSOA IDOSA NEGRA, A PARTIR DO DIREITO HUMANO À SAÚDE: EXPERIÊNCIA DE PASSO FUNDO	
<i>Luciano Nunes Belitzki, Leandra Têsser da Costa</i>	29
CAPÍTULO III - PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA E GRUPOS DE CONVIVÊNCIA: GARANTIA DE INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA IDOSA	
<i>Marcia Líliliane Barboza Kurz, Marisa Ignez Orsolim Morgan</i>	49
CAPÍTULO IV - ALFABETIZAÇÃO NA TERCEIRA IDADE: UM SONHO POSSÍVEL?	
<i>Eloisa de Ávila Pauletto, Rosa Maria Gomes Neuwald</i>	65
CAPÍTULO V - RODAS DE LITERAPIA: ENVELHE(S)ER AO SABOR DA LITERATURA	
<i>Cristina Momberger Zanferrari</i>	75
CAPÍTULO VI - EDUCAÇÃO GERONTOLÓGICA PARA UM ESTILO DE VIDA SAUDÁVEL	
<i>Juliana Marchiori Lara, Patricia Carlesso Marcelino</i>	91

**CAPÍTULO VII - ULBRATI – UMA TRAJETÓRIA NA
PROMOÇÃO DE SAÚDE**

Lidiane Requia Alli Feldmann..... 105

**CAPÍTULO VIII - PREVALÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS**

Elisa Locatelli Weich, César Gilmar Trojahn Filho 123

**CAPÍTULO IX - ESTADO NUTRICIONAL DE IDOSOS
HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS**

*Cássia Cassol Damo, Francine Marchiori,
Juliana Marchiori Lara*..... 139

**CAPÍTULO X - QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS PARTICIPANTES DE UM GRUPO
DE IDOSOS**

*Silmara Thais Mariosa, Francine Marchiori,
Juliana Marchiori Lara*..... 155

**CAPÍTULO XI - FORÇA MUSCULAR DE QUADRÍCEPS EM
IDOSOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA**

Bruna Klein, Lia Mara Wibelinger, Eliane Lucia Colussi 171

**CAPÍTULO XII - DESIGN E AVALIAÇÃO ERGONÔMICA
DO AMBIENTE CONSTRUÍDO: REFEITÓRIO COM ÊNFASE
NA USABILIDADE**

Ana Claudia Gaicoski Pinto, Joice Cristiane Bettio..... 185

**CAPÍTULO XIII - LINGUAGEM CORPORAL NO PROCESSO
EDUCATIVO ESTÉTICO DO IDOSO**

Patricia Carlesso Marcelino, Graciela Rene Ormezzano..... 213

**CAPÍTULO XIV - ALONGAMENTOS ADAPTADOS
PARA IDOSOS**

Daniel Ecker Padilha, Patricia Carlesso Marcelino 239

CAPÍTULO XV - RECEITA\$ PARA ENVELHECER

Gilmar Mantovani Maroso 267

Capítulo

I

Envelhecimento humano na Modernidade: Efetivação do princípio da dignidade da pessoa humana

Luís Marcelo Mendes¹

A Modernidade desencadeou inúmeros fenômenos sociais que ocasionaram uma mudança no paradigma das relações entre os indivíduos em escala global, em especial, nos conceitos relacionados ao envelhecimento humano. A sociedade moderna baseada numa perspectiva capitalista precariza a condição de vida dos indivíduos, uma vez que está atrelada a um modelo calcado no consumo.

Esse modelo expõe inúmeras mazelas sociais, dentre as quais, o fenômeno da invisibilidade social apenas para os que não estão dentro de seus padrões. Nesse cenário, os idosos destoam dos *novos padrões* impostos pela sociedade

¹ Mestrando em Direito pela Universidade Federal de Santa Maria na Linha Direitos da Sociobiodiversidade e Sustentabilidade; especialista em Direito Constitucional Contemporâneo pela Universidade de Passo Fundo; graduado em Direito pela Universidade Luterana do Brasil e professor do curso de Direito da ULBRA Carazinho. E-mail: mendesczo@gmail.com

moderna, ocasionando com isso uma vulnerabilidade social que os impele à condição de *invisíveis*, e conseqüentemente à exclusão social.

Na condição de vulneráveis, os idosos estão mais propensos a situações que envolvem negligência e violência propagadas pelas várias esferas sociais (familiar-social-estatal). Nesse sentido, é necessário repensar o papel da legislação pátria e das políticas de inclusão social com vista a suplantarem essa celeuma social e materializar o princípio da dignidade da pessoa humana para os idosos.

O envelhecimento humano e sua relação com a Modernidade

A Modernidade altera a percepção de espaço/tempo do ser humano e a sua relação com o mundo. Assim o “ser moderno” encontra-se “em um ambiente que promete aventura, poder, alegria, crescimento, autotransformação e transformação das coisas ao redor – mas ao mesmo tempo ameaça destruir tudo o que temos, tudo o que sabemos, tudo o que somos” (BERMAN, 1982, p.15), operando, dessa maneira, uma transformação vertiginosa sobre o modo de vida das sociedades ocidentais através da anulação de “todas as fronteiras geográficas e raciais, de classe e nacionalidade, de religião e ideologia: nesse sentido, pode-se dizer que a modernidade une a espécie humana” (BERMAN, 1982, p. 15). Porém, paradoxalmente, essa mesma modernidade constitui uma “unidade de desunidade: ela nos despeja a todos num turbilhão de permanente desintegração e mudança, de luta e contradição, de ambigüidade e angústia” (BERMAN, 1982, p. 15).

A sociedade capitalista² fruto da modernidade opera sob a influência do processo de globalização da economia³ e passa reconfigurar a sociedade tradicional numa sociedade de risco⁴,

² Para Foucault, a sociedade capitalista produziu “uma sociedade em que os indivíduos são arrancados de sua comunidade natural e reunidos uns aos outros numa forma, de certo modo nivelada e anônima, a da massa. O capitalismo produz a massa. O capitalismo produz, por conseguinte, o que Sombart não chama exatamente de *unidimensionalidade*, mas de que dá a exata definição. O capitalismo e a sociedade burguesa privaram os indivíduos de comunicação direta e indireta uns com os outros, e eles foram constrangidos a se comunicar por intermédio de um aparelho administrativo e centralizado. [Eles] reduziram portanto os indivíduos ao estado de átomos, de átomos submetidos a uma autoridade abstrata com a qual não se identificam. A sociedade capitalista também sujeitou os indivíduos a um tipo de consumo maciço que tem as funções de uniformização e de normalização. Enfim, esse economia burguesa e capitalista fadou os indivíduos a, no fundo, só se comunicar entre si pelo jogo dos signos e dos espetáculos” (2008, p.154).

³ Na acepção de Boaventura de Sousa Santos, “os traços principais dessa nova economia mundial são os seguintes: economia dominada pelo sistema financeiro e pelo investimento em escala global; processos de produção flexíveis e multilocais; baixos custos de transportes; revolução das tecnologias de informação e de comunicação; desregulação das economias nacionais; preeminência das agências financeiras multilaterais; emergência de três grandes capitalismos transnacionais: o americano, baseado nos EUA e nas relações privilegiadas deste país com o Canadá, o México e América Latina; o japonês, baseado no Japão e nas suas relações privilegiadas com os quatro pequenos tigres asiáticos e com o resto da Ásia; e o europeu, baseado na União Européia e nas relações privilegiadas desta com a Europa de Leste e com o Norte da África. Estas transformações têm vindo a atravessar todo o sistema mundial, ainda que com intensidade desigual consoante a posição dos países no sistema mundial” (2011, p. 29).

⁴ Para Beck “o que mais chama a atenção nos conflitos provocados por estes riscos é o fato de que âmbitos de decisão antes despolitizados tornaram-se politizados em função da percepção pública dos riscos; e eles permanecem – geralmente sob formas artificiais e lutando contra a resistência das poderosas instituições que monopolizam estas decisões – abertos à dúvida pública e ao debate. Desta maneira, na sociedade mundial de risco são anunciados e discutidos publicamente durante a noite temas e objetos de discussão que já foram decididos a portas fechadas durante o dia, como, por exemplo, decisões sobre investimentos, a composição química de produtos e medicamentos, programas de pesquisa científica, o desenvolvimento de novas tecnologias. Tudo isso passa repentinamente a necessitar de uma justificação pública, e ainda será possível criar e pôr em funcionamento um quadro institucional que

onde “a categoria da sociedade de risco tematiza o processo de questionamento das idéias centrais para o contrato de risco, a possibilidade de controle e a possibilidade de compensação de incertezas e perigos fabricados industrialmente” (BECK; GIDENS; LASH, 1997, p. 26).

Os avanços nas áreas das ciências e da técnica produzem uma sociedade que não consegue vislumbrar e muito menos controlar a produção dos riscos, em especial, os riscos à saúde humana e ao meio ambiente em longo prazo, tornando-os assim irreversíveis depois de desvelados (BECK, 1999). A hegemonia do sistema capitalista precariza as condições de vida, aumentando os problemas de ordem social, pois “nos contextos sociais caracterizados por uma individualização extrema, o terreno da vida íntima é o mais direta e indiretamente afetado pela maré de decepção” (LIPOVETSKY, 2007, p. 18).

A partir desse cenário desanimador, a ação da globalização, a concepção de novas tecnologias, a volatilidade da economia de mercado têm tornado tudo descartável, substituível na sociedade de risco. Esse modelo social impõe ao ser humano um novo modo de vida baseado no consumo, onde o indivíduo é induzido a um “estado de carência perpétua”, onde este deve consumir para poder legitimar a sua existência (LIPOVETSKY, 2007).

Nessa perspectiva, o indivíduo passa a desconhecer o seu papel dentro deste novo contexto social, eis que a globalização cria uma sociedade preocupada apenas com as relações de consumo dos indivíduos, liquefazendo os laços sociais. A prática dessa política econômica perversa exclui o indivíduo e traz como uma de suas consequências, a mais nefasta, o

possa legitimar e dar vida longa a este novo acréscimo à democracia” (1999, p. 176).

processo de *coisificação* do ser humano, onde este é reduzido a mero espectador da realidade social em que se encontra inserido, incapaz de mudá-la.

O fenômeno da exclusão social é consequência da metamorfose impetrada pela globalização que torna “todos os seres humanos seres descartáveis, reduzidos à condição de coisa, forma extrema da vivência da alienação e coisificação da pessoa” (MARTINS, 2003, p. 32). A sensação de insegurança desencadeada por esse processo tem afetado o modo de vida dos indivíduos na sociedade em escala global, com especial impacto na velhice.

Dessa forma, a modernidade tende a “periodizar a vida humana, institucionalizando as transições das pessoas da família para a escola ou o trabalho, instituindo a idade ideal para se casar ou se aposentar, entre outras” (BASSIT, 2000, p. 222). Ocorre a consolidação, a padronização e a universalidade de inúmeras conjunções institucionais, ocasionando uma maior segregação social. Isso “acarretou uma maior diferenciação no curso de vida, com limites claramente definidos por meio de idades cronológicas pré-definidas, que separam as diferentes fases da vida como a infância, a adolescência, a maturidade e as emergentes meias-idades e velhice” (BASSIT, 2000, p. 222).

Nessa perspectiva, os indivíduos em situação de vulnerabilidade social são os mais propensos a se tornarem *invisíveis*, ou seja, não são mais reconhecidos enquanto sujeitos, em especial, sujeito de direitos, “seja pela indiferença, seja pelo preconceito, o que nos leva a compreender que tal fenômeno atinge tão somente aqueles que estão à margem da sociedade” (PORTO, 2009)

Entre os fatores que deflagram o processo de invisibilidade social destacam-se os fatores de ordem social, cultural,

econômico e estético. A invisibilidade social pode desencadear processos depressivos relacionados com o abandono e com a própria aceitação da condição de *ninguém*, contudo, de outra banda, pode ocasionar um processo de mobilização organizacional dessa minoria no sentido buscar novamente visibilidade social (COSTA, 2014).

Sob essa ótica perversa, da invisibilidade social, o idoso geralmente acaba por ser arrastado por esse turbilhão de mudanças na estrutura social, e passa a ser refém dessa nova ordem social. O idoso, devido à sua condição física, passa por um processo discriminação social, uma vez, que destoa dentro do sistema econômico hegemônico, pois não consegue mais produzir e, por consequência, consumir da mesma forma que o resto da população. Nesse cenário, “o Estado lava as mãos à vulnerabilidade e à incerteza provenientes da lógica (ou da ilogicidade) do mercado livre, agora redefinida como assunto privado, questão que os indivíduos devem tratar e enfrentar com os recursos de suas posses particulares” (BAUMAN, 2005, p. 67).

A invisibilidade social associada à velhice acaba por demonstrar que a sociedade moderna tem menosprezo por esses indivíduos, ocasionando sua consequente exclusão, pois já que não consomem como antes, acabam por se tornar um fardo para esse modelo social. É por isso que os idosos são mais propensos a sofrer com a negligência e a violência, tanto no âmbito familiar, bem como as que se desenvolvem de maneira estrutural deflagrada pela sociedade e pelo próprio Estado.

Outra característica das relações sociais dos idosos no âmbito familiar tende a estar relacionada à sua condição de saúde, pois, se o idoso consegue desempenhar suas funções de maneira independente, sem a necessidade de auxílio, não será considerado um fardo. Contudo, a partir do momento

que vier a necessitar de cuidados especiais, em virtude de uma moléstia ou por limitações decorrentes da própria idade, passará a ser considerado uma carga para seus entes familiares.

Esse cenário é delineado pelo padrão adotado pela sociedade contemporânea, onde todos os indivíduos devem ser produtivos, uma vez que “são a sagacidade e a força muscular individual que devem ser estirados no esforço diário pela sobrevivência e aperfeiçoamento” (BAUMAN, 1998, p. 54). Assim, os idosos que não se enquadram dentro do *padrão social* determinado, via de regra, tornam-se *invisíveis* para o sistema familiar-social-estatal, e passam a sofrer silenciosamente com a negligência e violência propagada pelas várias esferas sociais.

A função da família, da sociedade e do Estado no combate a negligência e a violência contra o idoso no Brasil

A população mundial passa por um processo de envelhecimento. Enquanto a taxa de fertilidade atenua-se, a população de indivíduos com mais de sessenta anos deverá duplicar entre 2007 e 2050. Segundo dados da ONU, 64% das pessoas idosas estão localizadas nas regiões menos desenvolvidas, e as projeções apontam que esse número deve chegar a 80% em 2050 (ONU, 2014).

Com vistas a iniciar um debate global sobre a questão, a ONU, em 1982, realizou a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, de onde surgiu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. A intenção do plano consistia em assegurar um programa de ações internacionais, garantindo, em especial, a segurança nas áreas econômica e social das pessoas idosas, bem como assegurar

mecanismos para que essas pessoas possam contribuir com o desenvolvimento de seus respectivos países (ONU, 2014).

A Assembléia Geral da ONU, implantou em 1991 o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas. Nesse encontro foram delineados dezoito direitos essenciais para as pessoas idosas, estando dentre os mais importantes o direito à independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade. Já em 1992, desenvolveu-se um plano de ação, no Princípio das Nações Unidas em favor das pessoas idosas, adotando a Proclamação do Envelhecimento. Assim, a ONU declarou o Ano Internacional do Idoso em 1999 (ONU, 2014).

Nesse sentido, em 2002, a Segunda Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em Madrid, buscava o diálogo no sentido do desenvolvimento de uma política em nível mundial sobre o envelhecimento para o século XXI. O debate foi pontuado por uma mudança na prioridade das pessoas idosas, com vistas a assegurar atitudes, políticas e práticas que contribuíssem para afiançar uma melhor qualidade de vida aos idosos (ONU, 2014).

A velhice passou a figurar como tema central na sociedade brasileira, haja vista, que as projeções estatísticas delineadas no último censo do IBGE apontavam para o envelhecimento da população brasileira. Segundo dados do IBGE, “os idosos – pessoas com mais de 60 anos – somam 23,5 milhões dos brasileiros, mais que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas” (SDH, 2014). Da comparação entre as pesquisas realizadas em 2009 e 2011, revela-se que “o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhão de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões de pessoas” (SDH, 2014).

Nesse sentido, o envelhecimento humano assume papel de relevância, pois a partir desses dados é possível delinear políticas tanto locais como globais nas áreas de econômicas e sociais, a fim de preparar a família, a sociedade e o Estado para essa nova realidade, com ênfase, na deflagração de ações para coibir a negligência e a violência sofrida por idosos. No âmbito social e estatal, a negligência e a violência contra a pessoa idosa têm assumido contornos alarmantes, tornando-se um problema crônico no Brasil. Com o intuito de combater esse tipo de violação, o Estado criou inúmeros mecanismos legais, com o objetivo de penalizar a conduta desses violadores e resgatar a dignidade da pessoa idosa.

A Constituição Federal de 1988 traz em seu bojo o princípio da dignidade da pessoa humana⁵, mais exatamente em seu art. 1º, inc. II, onde “reconheceu expressamente que é o Estado que existe em função da pessoa humana, e não o contrário, já que o homem constitui-se como finalidade precípua, e não meio da atividade estatal” (SARLET, 2012, p. 106). Esse preceito se irradia por todo o texto constitucional, bem como servirá como base para a elaboração de legislações infraconstitucionais que visem resguardar preceito da dignidade da pessoa humana.

⁵ Nesse sentido, Sarlet afirma que “a Constituição de 1988 foi à primeira na história do constitucionalismo pátrio a prever um título próprio destinado aos princípios fundamentais, situados – em homenagem ao especial significado e função destes – na parte inaugural do texto, logo após o preâmbulo e antes dos direitos fundamentais. Mediante tal expediente, o Constituinte deixou transparecer de forma clara e inequívoca a sua intenção de outorgar aos princípios fundamentais a qualidade de normas embaçadorase informativas de toda a ordem constitucional, inclusive dos direitos fundamentais, que também integram aquilo que pode se denominar de núcleo essencial da Constituição material. Igualdade sem precedentes em nossa evolução constitucional foi reconhecido no âmbito do direito positivo, do princípio fundamental da dignidade da pessoa humana (art. 1º, inc. III, da CF), que não foi objeto de previsão no direito anterior” (2012, p. 104).

A Constituição, através de seus princípios fundamentais, reflete um conjunto de valores que caracterizam a coletividade política e econômica da nação (SILVA, 2013). Apensar de os direitos fundamentais terem sua aplicação imediata determinada pelo art. 5º, § 1º da Carta Magna, sabe-se da problemática da eficácia da norma constitucional, haja vista, que esta pode ser limitada por uma “série de fatores situados além do direito” (PÉREZ LUNO, 2012, p. 57).

Em seu art. 229 do texto constitucional, preconiza o dever dos pais na criação e educação dos filhos, bem como determina que os filhos têm o dever de auxiliar os pais na velhice. A redação do referido dispositivo legal influenciará o processo de repersonalização da família e da constitucionalização dos institutos do direito de família, desencadeando a transcendência do modelo de família, calcado numa estrutura funcional econômica-política-religiosa-procracional para família baseada na socioafetiva (LÔBO, 2011).

Nesse sentido, a Carta Magna, preceitua em seu art. 230 o amparo às pessoas idosas. Para tanto, o legislador coloca a família, a sociedade e o Estado como responsáveis pela efetivação desses direitos, “o que gera a necessidade de uma postura ativa e responsável de todos, governantes e governados, no que concerne à afirmação e à efetivação dos direitos fundamentais de todas as dimensões” (SARLET, 2012, p. 62), cabendo a estes a defesa da sua dignidade e bem-estar, bem como afiançar-lhes o direito à vida.

É necessário frisar que, no § 1º do referido dispositivo legal, o legislador determinou que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.” A inserção do art. 230, §1º e §2º na Carta Magna demonstra a tentativa do legislador em tentar alterar a realidade social onde o idoso encontra-se inserido (BRASIL, 2014a). Assim,

o processo de repersonalização das relações familiares está atrelado ao princípio da dignidade da pessoa humana, pois ela “retoma o itinerário da afirmação da pessoa humana como objetivo central do direito” (LÔBO, 2011, p. 25). Nessa nova acepção de família, esta reassume o seu papel tradicional de prestar auxílio físico-psíquico-social ao idoso, primando pela sua qualidade de vida.

No intuito de resguardar os direitos do idoso, acompanhado o contexto da Carta Magna, o Estado brasileiro promulga a lei 8.842/94, com o objetivo implantar a Política Nacional do Idoso. A redação dessa lei reforça a premissa do art. 230, §1º e §2 da Constituição Federal de 1988, ao apontar novamente que cabe à família, à sociedade e ao Estado resguardar “os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida.” A lei 8.842/94 amplia o leque de direitos da pessoa idosa, bem como delimita os seus direitos sociais, a partir da criação de mecanismos para a promoção de sua autonomia, integração e participação na sociedade (BRASIL, 2014b).

Seguindo os preceitos contidos em nossa Carta Magna e na lei 8.842/94, foi criado o Estatuto do Idoso, lei 10.741/03, onde assegurou-se que o idoso tem seus direitos fundamentais resguardados, bem como goza de proteção integral determinada à responsabilidade da família, da sociedade e do Estado em zelar pela sua saúde, tanto física como mentalmente, bem como oportunizar seu aprimoramento moral, intelectual, espiritual e social, balizado pela acepção da liberdade e da dignidade (BRASIL, 2014c). Entretanto, apesar desses inúmeros mecanismos de efetivação da dignidade da pessoa idosa, o poder público não consegue responder de forma satisfatória à efetivação dessas legislações. Isso se deve principalmente à

crise do Estado brasileiro, crise esta que perpassa as esferas estruturais e econômicas.

A legislação pátria não consegue superar a problemática e resguardar o direito da pessoa idosa, uma vez que esta desconhece seus direitos e encontra dificuldade em ativar o rol de garantias asseguradas nas legislações que realizam sua tutela. Nesse sentido, as esferas sociais (familiar-social-estatal) fazem uso do direito para legitimar suas práticas em detrimento do idoso, pois o direito possui um “*corpus* de textos que consagram a visão legítima, justa do mundo social” (BOURDIEU, 2006, p. 212). O direito resguarda a ordem estabelecida, contudo, essa ordem representa a visão do Estado e da elite hegemônica, desvelando assim a relação inerente entre direito e poder com seus consequentes desdobramentos no contexto social.

O direito exerce o papel de sistema simbólico, ou seja, de mecanismo de conhecimento, de comunicação e dominação. Figura como um poder que constrói a realidade com o objetivo de criar ordem dando dessa forma sentido ao mundo (BOURDIEU, 2006). Portanto, ao compreender a construção da realidade, por intermédio da prática de seus atores, é ventilada a possibilidade tornar visível a violência simbólica incutida na subjetividade dos reprimidos, modificando assim suas práticas, no intuito de alterar seu estilo de vida.

É necessário romper com a estagnação do Estado, a fim de que o idoso possa realmente efetivar o acesso aos direitos garantidos dentro do ordenamento jurídico brasileiro, em especial, os que tangenciam a questão da pessoa na velhice. Para tanto, é preciso pressionar o sistema pela concretização

das promessas do Estado democrático de direito⁶ e da efetivação das garantias fundamentais.

Esse processo de resgate dos direitos perpassa por várias esferas: a jurídica, a política, a educacional e a ideológica, criando condições necessárias para pressionar o Estado e garantir o andamento da democracia. O direito deveria ter por princípios norteadores assegurar uma relação social harmoniosa entre os sujeitos. No entanto, não tem evoluído no mesmo ritmo que a vida em sociedade exige, pois está calcado em posições tradicionais, preso ao formalismo exacerbado (MONREAL, 1988).

É necessário repensar o direito, uma vez que os novos direitos e a complexidade das relações, aliados à morosidade do aparato jurídico estatal, tornam fundamental pensar em novos mecanismos de resolução de conflitos. Para tanto, o poder judiciário e os magistrados devem atuar primando pela materialização das garantias fundamentais contidas no texto constitucional objetivando a construção de uma sociedade que garanta a justiça a todos. Dessa forma, “os juízes e todo o aparato judiciário devem atuar visando proteger e beneficiar a pessoa humana, procurando assegurar a justiça nas relações entre as pessoas e os grupos sociais” (DALLARI, 2007, p. 86).

O Estado não consegue programar políticas sociais eficientes, a fim de diminuir a desigualdade social, em especial,

⁶ Segundo Streck (2014, p. 147-148) “a noção de Estado Democrático de Direito está, pois indissociavelmente ligada à realização dos direitos fundamentais. É desse liame indissolúvel que exsurge aquilo que se pode denominar de plus normativo do Estado Democrático de Direito. Mais do que uma classificação de Estado ou de uma variante de evolução histórica, o Estado Democrático de Direito faz uma síntese das fases anteriores, agregando a construção das condições da possibilidade para suprir as lacunas das etapas anteriores, representadas pela necessidade do resgate das promessas da modernidade, tais como igualdade, justiça social e garantia dos direitos humanos fundamentais.”

a ocasionada pela velhice. Sabe-se que a desigualdade social não pode ser suplantada por completo. Contudo, poderia, com a materialização das políticas públicas vigentes, que elencam pelo princípio da dignidade da pessoa humana abrandar as dificuldades sociais dos idosos.

Destarte, para que este princípio se concretize e se efetive, faz-se necessário a sua materialização, ou seja, “hablar de dignidad humana no implica harcelo de un concepto ideal o abstracto. La dignidad es un fin material. Un objetivo que se concentra en dicho acceso igualitario y generalizado a los bienes que hacen que la vida sea *digna* de ser vivida” (FLORES, 2006, p. 26).

Dessa maneira, seria possível a superação da condição de negligência e violência impelida no âmbito familiar-social-estatal contra os idosos. Destarte, para que o princípio da dignidade da pessoa humana presente na Constituição Federal de 1988, na Política Nacional do Idoso, em especial, no Estatuto do Idoso, concretize-se e efetive-se, é necessária a sua materialização, ou seja, que o idoso possa ter acesso ao mínimo de bens que garantam as condições de uma existência digna.

Considerações finais

O conceito de envelhecimento humano transmutou-se diante da sociedade moderna, que implanta novos paradigmas vinculados ao capitalismo e calcados no consumo. Esse novo modelo social expulsa os indesejados, ou seja, os que não podem consumir, onde esses sujeitos passam a ser considerados invisíveis.

Nesse sentido, o idoso, assume condição de vulnerabilidade social nesse novo modelo de sociedade, uma vez, que não possui mais condições de produzir como antes e,

por consequência, não pode consumir da mesma maneira e torna-se um pária dentro desse novo contexto social.

Viu-se, ainda, que, devido à não efetivação dos direitos assegurados pelo texto constitucional, os idosos ainda não têm se articulado no sentido de romper com o paradigma imposto pela sociedade. O direito seria uma importante arma no processo de materialização dos direitos fundamentais. Todavia, leis que disciplinam essa questão deveriam ser efetivadas pelo poder judiciário de forma mais contundente. Portanto, pode-se verificar que o ordenamento jurídico, através do direito, desempenha um duplo papel, servindo como instrumento de emancipação, mas também como entrave ao processo de conquista de direitos da pessoa idosa.

Neste ínterim, não se pode arquitetar uma análise sobre dignidade da pessoa humana sem abordar a esfera constitucional. Pode ser constatado que o princípio da dignidade da pessoa humana é um dos alicerces da Constituição de 1988, tendo por objetivo a promoção de um Estado social. Contudo, esse princípio deve ser materializado a fim de garantir um mínimo e este *mínimo* diz respeito ao acesso aos bens, alicerces de uma existência digna.

Portanto, verifica-se que, apesar de a legislação vigente assegurar a efetivação de inúmeras garantias para os idosos, embutidas na Constituição Federal, na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso, não se tem constituída uma ferramenta eficaz para viabilizar e materializar o acesso aos direitos fundamentais dos idosos. Assim, ainda há um longo caminho a ser percorrido. Faz-se necessária vontade, por parte do governo, e coragem ao poder judiciário para fazer valer as leis que efetivem a materialização do princípio da dignidade da pessoa humana para o idoso.

Referências

- BASSIT, Ana Zahira. O curso de vida como perspectiva de análise do envelhecimento na pós-modernidade. In: DEBERT, Guita Grin; GOLDSTEIN, D. *Políticas do corpo e o curso da vida*. São Paulo: Mandarim, 2000, p. 217-234.
- BAUMAN, Zygmunt. *Vidas desperdiçadas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- _____. *Globalização: as consequências humanas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- _____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- BERMAN, Marshall. *Tudo que é sólido se desmancha no ar – A aventura da Modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 1982.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. São Paulo: Saraiva, 2014a.
- _____. *Política Nacional do Idoso*. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm>. Acesso em: 06 set. 2014b.
- _____. *Estatuto do Idoso*. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm>. Acesso em: 06 set. 2014c.
- BECK, Ulrich. *O que é globalização? Equívocos do globalismo: respostas a globalização*. São Paulo: Paz e Terra, 1999.
- BECK, Ulrich; GIDENS, Anthony; LASH, Scott. *Modernização reflexiva*. São Paulo: Editora da Unesp, 1997.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- COSTA, Sérgio. Quase crítica: insuficiências da sociologia da modernização reflexiva. *Tempo Social - Revista de Sociologia da USP*. V. 16, n. 2, nov. 2004. p. 73-100.
- DALLARI, Dalmo de Abreu. *O poder dos juízes*. 3.ed. São Paulo: Saraiva, 2007.
- FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica*. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FLORES, Joaquín Herrera. *Los derechos humanos: una visión crítica*. Universidade Pablo de Olavide. Tese. (Doutorado em Direitos Humanos e Desenvolvimento). Sevilla, Espanha, 2006. Mimeografado.

- LIPOVESTSKY, Gilles. *A sociedade da decepção*. Barueri: Manole, 2007.
- LÔBO, Paulo. *Direito civil: famílias*. São Paulo: Saraiva, 2011.
- MARTINS, José de Souza. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. 2.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- MONREAL, Eduardo Novoa. *O direito como obstáculo à transformação social*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris, 1988.
- ONU. *A ONU e as pessoas idosas*. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-e-as-pessoas-idosas/>>. Acesso em: 06 set. 2014.
- PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. *Perspectivas e tendências atuais do Estado constitucional*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.
- PORTO, Juliana. *Invisibilidade social e a cultura do consumo*. Disponível em: <http://www.dad.pucrio.br/dad07/arquivos_downloads/43.pdf>. Acesso em: 06 set. 2014.
- SARLET, Ingo Wolfgang. *A eficácia dos direitos fundamentais*. 11.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2012.
- SANTOS, Boaventura de Sousa. Os processos da globalização. In.: _____. (Org.). *A globalização e as ciências sociais*. São Paulo: Cortez, 2011.
- SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS. *Dados sobre o envelhecimento no Brasil*. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2014.
- STRECK, Lenio Luiz. *Hermenêutica jurídica e(m) crise: uma exploração hermenêutica da construção do direito*. 11.ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2014.
- SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 36.ed. rev. atual. São Paulo: Malheiros, 2013.

Dignidade da pessoa idosa negra, a partir do direito humano à saúde: experiência de Passo Fundo

Luciano Nunes Belitzki¹
Leandra Tesser da Costa²

A pessoa idosa negra deve ter garantidas todas as condições para realização de seus direitos humanos e, assim, proteger e assegurar sua dignidade, por si e pela sociedade em geral. No âmbito da ação do Estado, parece existir uma constante violação/negação dos direitos humanos da população idosa. No caso dos idosos negros, sua ação histórica tem convivido com práticas racistas ou com falta de políticas públicas proativas para o seu enfrentamento. Entre os mais transgredidos e desrespeitados, está o direito humano à saúde, o que pode sugerir que as atuais políticas públicas na área da saúde têm graves limites.

¹ Mestrando em História (UPF). E-mail: lucianobelitzki@hotmail.com

² Mestre em Envelhecimento Humano (UPF), docente do curso de Enfermagem ULBRA Carazinho. E-mail: Leandracosta2002@yahoo.com.br

Este capítulo pretende analisar como a política municipal da saúde contempla as pessoas idosas negras, no intuito de promover e realizar a sua dignidade.

Essa investigação partiu do fato de que o contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente em todo mundo, inclusive no Brasil. Essa rápida mudança no perfil demográfico, que incide diretamente nas condições epidemiológicas da população, deveria ser acompanhada por políticas públicas de saúde que assegurassem os direitos das pessoas idosas.

Considerando o princípio da descentralização da saúde no Brasil, que assegura aos municípios um papel fundamental na implantação do SUS, torna-se oportuna a reflexão do tema a partir de uma experiência municipal, o que justifica a opção pela experiência de Passo Fundo.

Dignidade humana e direito humano à saúde da pessoa idosa negra

A população brasileira está cada vez com mais idade: o número de idosos/as chegou a 21 milhões em 2006, superando o de crianças, que é 19,4 milhões. Essa é a constatação da pesquisadora Ana Amélia Camarano, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (CAMARANO, 2006, p. 2-9). No município de Passo Fundo, conforme pesquisa do IBGE, em 2010, a população total era de 184.826. Na faixa etária entre 60 a 100 anos ou mais, estima-se que haja 24.902 pessoas idosas. Contudo, as pessoas que se declararam negras e pardas são 30.340 entre a população idosa. Estima-se que nesta parcela haja 4.086 idosos/as negros/as, o que corresponde a 13,47% do total da população de idosos/as dessa cidade (IBGE, Censo Demográfico, 2010).

Isso permite afirmar que Passo Fundo, tal qual o Brasil, passa por um rápido processo de envelhecimento de sua população, exigindo do poder público municipal uma atenção específica à população idosa negra, no sentido de que seja respeitado o seu direito básico, que é o direito humano e correlato à saúde.

A população classificada na faixa etária dos 60 anos, muitas vezes, é tratada com eufemismos, como *terceira idade* e *melhor idade*. Contudo, apenas essa figura de linguagem *cortês*, por óbvio, não garante a efetivação de seus direitos.

Os fundamentos teóricos da dignidade podem ser lidos em muitos filósofos, como, por exemplo, Kant que define:

o homem, e em geral todo o ser racional, existe como fim em si mesmo, não só como meio para qualquer uso desta ou daquela vontade; em todas as suas ações, deve, não só nas dirigidas a si mesmo, como também nas dirigidas aos demais seres racionais, ser considerado sempre ao mesmo tempo como fim. [...] os seres racionais se denominam pessoas, porque a sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, isto é, como algo que não pode ser usado meramente como meio, e, portanto, limita nesse sentido todo capricho (e é um objeto do respeito).

[...] o homem não é uma coisa; não é, pois, algo que se possa usar como simples meio; deve ser considerado, em todas as ações, como fim em si mesmo. Não posso, pois, dispor do homem, em minha pessoa, para mutilá-lo, estropiá-lo matá-lo [...]

No reino dos fins tudo possui ou um preço ou uma dignidade. Aquilo que tem preço pode ser substituído por algo equivalente; por outro lado, o que se acha acima de todo preço e, portanto, não admite nada equivalente, encerra uma dignidade.

O que se refere às inclinações e necessidades do homem tem um preço comercial; o que, sem supor uma necessidade, se conforma a certo gosto, digamos, a uma satisfação produzida

pelo simples jogo, sem fim algum, de nossas faculdades, tem um preço de afeto; mas o que constitui a condição para algo que seja fim em si mesmo, isso não tem meramente valor relativo ou preço, mas um valor interno, isto é, dignidade (1960, p. 78-84).

A partir da citação de Kant, podemos entender que somente as coisas são usadas como meios, podendo ter preço, serem substituídas por um equivalente. O ser humano, em virtude, detém um *fim em si mesmo*, não pode jamais ser um meio. Por isso, tem um valor interno, conhecido como *dignidade*. Assim, devemos não tratar o ser humano como uma coisa, um meio, que possibilita dar-lhe um valor comercial e que permite ser trocado por algo equivalente. E não pode ser assim porque há nas pessoas uma condição humana de *fim em si mesmo*, incorporando-nos a um valor inerente, que é a dignidade.

Cabe aqui, também, trazer as palavras de Figueiredo, segundo a qual, a moralidade seria a conclusão dessa sequência, da liberdade que conduz à autonomia e que situa a todos os homens no mundo dos fins, convertendo as pessoas em seres dignos e que não têm preço (2007, p. 49). O mesmo é corroborado por Santos, para o qual, em Kant, o ser humano é um fim em si mesmo e, por isso, tem valor absoluto, não podendo, por conseguinte, ser usado como instrumento para algo, e, exatamente, em função disto, tem dignidade (1999, p. 19-32). Dessa forma, temos que a liberdade e a autonomia, também, são peças chaves para a pessoa humana, concedendo-lhes dignidade, logo, não como seres etiquetados com preço.

Valendo-nos da concepção kantiana de dignidade, entendemos que nem mesmo o maior comportamento reprovável de qualquer ser humano pode privá-lo da dignidade que lhe é

inerente/intrínseca, independentemente de seu comportamento para com o seu semelhante. Sua dignidade o acompanha até a morte, pois essa lhe pertence e não pode ser separada, não podendo haver qualquer discriminação.

Com base nessas reflexões filosófico-jurídicas, compreendemos que a pessoa humana, mesmo quando vai chegando na idade mais avançada de sua vida, permanece como portadora daquela condição de *fim em si mesmo* e do valor inerente da dignidade, o que impõe a toda a humanidade limites de liberdade e ações que obrigam todos a não tratarem o ser humano idoso como meio. Esse valor inerente/interno a qualquer pessoa, independente da sua cor, por óbvio não é suspenso quando ela envelhece. A dignidade deve ser reconhecida como inerente à pessoa idosa, inclusive, quando não mais está na *idade produtiva*, por meio do seu trabalho, na sociedade.

Como refere Barreto, a ideia de dignidade e de sua correlata, a de respeito, implica, em primeiro lugar, uma afirmação negativa da pessoa humana, que impede que ela seja tratada como animal ou objeto; em segundo lugar, significa, também, uma afirmação positiva, que sustenta ser necessária a ajuda para que o indivíduo possa desenvolver plenamente as suas capacidades (2003, p. 474-475). Logo, nenhuma pessoa idosa e negra pode ser abandonada pela sociedade e pelo Estado como se não merecesse ter reconhecida sua dignidade, por ser considerada algo velho, obsoleto.

Diga-se de passagem, essa tem sido em muitos casos a maneira como são tratadas as pessoas idosas ou, num sentido perjorativo, velhas. Porém, qual é o significado dessas palavras no dicionário? No Aurélio, para “velhice” é atribuída a definição “ser estado ou condição de velho”. Já, neste mesmo dicionário, para “velho”, diz: “muito idoso, antigo, gasto pelo uso, experimentado, veterano, desusado, obsoleto”. Por

sua vez, ao termo “idoso”, foi atribuída qualidade de que ou quem tem bastante idade; velho (FERREIRA, 2004). E, ainda, contemporaneamente, surgiram as expressões que classificam a pessoa idosa, como a que vive na “melhor idade” ou “terceira idade”, as quais podemos considerar como verdadeiros eufemismos, uma vez que o(a) idoso(a) vive como se fosse coisa, sem ter sua dignidade respeitada/resguardada pela sociedade e pelos governos.

Retomando a palavra velhice, Meirelles descreve que, segundo a gerontologia, o significado de ser velho é:

um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando mais vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que culminam por levá-los à morte (2000, p. 28).

A palavra idoso(a) tem sua definição exposta na cronologia, segundo a lei 10.741/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, o qual definiu, em seu art. 1º, o conceito de pessoa idosa, ao dizer que se destinava a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. Dessa maneira, podemos observar que ser velho tem um significado gerontológico, que culmina em traduzir uma perda nas funções morfológicas desse ser humano. No entanto, a palavra idoso serviu para demarcar um estado cronológico desse indivíduo, demarcando-o em 60 anos.

Enfim, a condição de ser humano, como *fim em si mesmo*, atribui-nos a dignidade inerente para o resto de nossas vidas, sendo que não podemos ser *coisificados*, tratados como coisas, nem usados como meios, chegando ao ponto de nos atribuí-

rem um preço e nos substituírem por um equivalente. Dessa forma, a pessoa idosa negra deve ter sua dignidade sempre afirmada/resguardada/promovida. Para isso, a sociedade e o Estado não devem simplesmente atribuir eufemismos às pessoas idosas, mas sim oferecer condições e meios para que sua dignidade seja respeitada. Uma das exigências para tal, dentre outras, é que toda pessoa idosa negra ou não tenha acesso a uma saúde de qualidade, respondendo às suas demandas e especificidades.

Políticas públicas de saúde: perspectivas teóricas

Primeiramente, cabe esclarecer o que se entende por política pública. De acordo com o cientista político Omar Guerrero, a política pública originou-se nos Estados Unidos da América, na década de 30, sendo Harold Laswell quem imaginou as políticas públicas como um meio para melhorar ao governo, as ações de governo, distinguindo as políticas públicas das privadas (1993 p. 84-86). Nesse sentido, pode-se adiantar que a política pública é um *bem governar*, associando-se aos cuidados dos negócios públicos, juntamente com a habilidade em tratar das relações humanas.

Nesse sentido, Souza mostra-nos que precisa haver uma movimentação por parte do Estado, e da sociedade em geral, para que seja criada a política pública:

Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos

democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real [...]. Por último, políticas públicas, após desenhadas e formuladas, desdobram-se em planos, programas, projetos, bases de dados ou sistema de informação e pesquisas (muitas vezes, a política pública também requer a aprovação de nova legislação). Quando postas em ação, são implementadas, ficando daí submetida a sistemas de acompanhamento e avaliação (2006, p. 26).

Dessa forma, para se construir a política pública, tem de se movimentar o estado ou o governo, mas com a participação do conjunto da sociedade. Como reforçam Sturza e Terra, não significa que políticas públicas resultam de ações unilaterais do Estado, mas, cada vez mais, implicam uma efetiva participação da sociedade civil (2009, p. 96).

Contribui para o objetivo do presente texto a análise da política pública desde o viés jurídico. Para tanto, servimo-nos das palavras de Lopes que, resumidamente, esboça que uma política pública, juridicamente, é um complexo de decisões e normas de natureza variada, desdobrando que as políticas públicas são um conjunto heterogêneo de medidas do ponto de vista jurídico, envolvendo a elaboração de leis programáticas, dos orçamentos de despesas e receitas públicas, enfim, dependem de leis de direito público ou privado (2005, p. 131-134).

A finalidade das políticas públicas está diretamente relacionada à preservação da vida humana com qualidade, constituindo-se desde a perspectiva jurídica, no caminho para concretização dos princípios e direitos humanos fundamentais, sendo capaz de, por exemplo, promover a equidade, a inclusão, diminuir e até erradicar as desigualdades econômicas e sociais.

Aqui, há que se recordar a ideia de política pública social. Dentro disso, Höfling explica que:

Políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico. As políticas sociais têm suas raízes nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais (2001, p. 30-31).

Daí que cabe ao estado o dever de agir politicamente, na área social, com ações e programas para que tais direitos sejam concretizados e, assim, promover concretamente o bem-estar social digno para que toda a população possa ter pleno acesso à saúde, educação, habitação adequada, renda, lazer. Isto é, tudo aquilo que lhe proporcione uma vida digna. Garantir, promover e realizar direitos não é favor ou caridade que o estado oferece para a pessoa humana e sim o seu dever mais fundamental.

Por não haver, em muitos casos, um processo de construção de políticas públicas de qualidade, grande número de pessoas, sobretudo as pertencentes aos grupos mais desfavorecidos economicamente e com idade mais avançada e negra, ainda passam por muito sofrimento, angústia e complicações físicas, não raro, chegando até a perda de vidas.

A propósito das políticas públicas, é importante que haja constantemente uma análise, uma avaliação sobre elas. Acerca disso, Höfling explica que:

Na análise e avaliação de políticas implementadas por um governo, fatores de diferentes natureza e determinação são importantes. Especialmente quando se focaliza as políticas sociais (usualmente entendidas como as de educação, saúde, previdência, habitação, saneamento etc.), os fatores envolvidos para a aferição de seu *sucesso* ou *fracasso* são complexos, variados, e exigem grande esforço de análise (2001, p. 30-31).

Não é suficiente que o direito à saúde esteja contemplado no marco jurídico nacional e internacional, é fundamental que os Estados elaborem e implementem políticas públicas que efetivem esse direito. É através delas que os Estados assumem seu compromisso concreto com a saúde das pessoas.

Construção político-legal da política pública nacional do(a) idoso(a)

A lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso. Essa legislação estabelece que a política nacional do idoso rege-se, entre outros princípios, pelo fundamento de que a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. O(a) idoso(a) deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política (art. 3º, I e IV). Constituem diretrizes da política nacional do(a) idoso(a), entre outras, sua participação, através de organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; a descentralização político-administrativa; a implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos,

dos planos, dos programas e projetos em cada nível de governo; priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família (art. 4º, II, IV, VI e VIII).

No que se refere à organização e gestão, a lei 8.842/94 frisa que os conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do(a) idoso(a) serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área (art. 6º). Complementa que compete aos Conselhos a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas (art. 70). E estabelece que os recursos financeiros necessários à implantação das ações que afetam as áreas de competência dos governos federal, estaduais e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos (art. 19).

A respeito das ações de responsabilidade governamental na área de saúde, a lei 8.842/94 fixa que na implementação da política nacional do(a) idoso(a) são competências dos órgãos e entidades públicos (art. 10, II): a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal, dos municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes

inter-profissionais; f) incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Cabe destacar que anterior a essa legislação específica da política nacional do(a) idoso(a), entrou em vigência a lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, determinando que as instituições de saúde devem atender a critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (art. 18). A propósito, no que se refere ao Estatuto do Idoso, entende-se que sua criação foi de grande contribuição, quanto às políticas e aos procedimentos de proteção aos(as) idosos(as). Inclusive, o legislador acabou por diferenciar a faixa etária, considerando pessoa idosa aquela que tenha 60 anos de idade (art. 10).

E, considerando as lutas dos movimentos sociais, deve-se destacar a conquista da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que definiu os princípios e todas as regras, diretrizes e responsabilidades de gestão, voltados para assegurar as condições de saúde desta população. Incluindo as ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanentes para trabalhadores de saúde, com atenção à promoção da equidade em saúde da população negra.

Isso, todavia, não se restringe ao governo federal (Ministério da Saúde), pois as políticas públicas de saúde devem

ser também construídas e implementadas pelos governos estaduais e municipais, desde que foi implementado o processo de descentralização e municipalização da saúde pública no país.

Com a descentralização e municipalização do sistema de saúde, buscou-se que a promoção, a análise e a aplicação das ações de saúde fossem definidas e implementadas pelos municípios, porque, em tese, esses são os maiores *conhecedores* das necessidades da população num determinado território.

A municipalização da saúde tem como objetivo a recuperação, a prevenção, a promoção de uma qualidade de vida digna a todas as pessoas. Apesar da descentralização e municipalização ser positiva, há problemas quando o gestor municipal limita-se a incorporar programas formulados pelo governo federal, mas sem se preocupar com a efetividade ou resultado da política no seu município.

Considerando isso, é possível afirmar que as políticas públicas de saúde para toda a população, em especial para o(a) idoso(a) negro(a), além de serem criadas em âmbito federal, devem ser planejadas e implementadas pelos gestores estaduais e municipais, pois estes têm maiores condições de observar as demandas existentes localmente.

Política pública de saúde da pessoa idosa negra: caso de Passo Fundo

Passo Fundo passou à categoria de município em 28 de janeiro de 1857, pela lei provincial n° 340. Neste trabalho, vamos nos restringir a examinar, resumidamente, apenas alguns pontos históricos limitados à área da saúde.

Para isso, buscamos como fonte o histórico feito por Grando, que constata que o atendimento público da saúde no município iniciou em 1915, sendo posteriormente implantado

o Posto de Higiene que iniciou seu atendimento em 1939. Já em 1949, foi implementado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e Urgência – SAMDU, que era mantido pelos institutos de previdência do governo federal. O Centro de Saúde foi construído em 1948 pelo governo estadual. Em 1967, instalou-se a 6ª Delegacia Regional de Saúde, órgão estadual, direcionado para atender a região de Passo Fundo. Através da iniciativa do estado e do município, foram construídos alguns postos de saúde, todos com atendimento de servidores estaduais. Em 1985, com a lei municipal nº 2.208, foi criada a Secretária Municipal de Saúde, Assistência Social e Meio Ambiente. Nesse momento, alguns ambulatorios já atendiam com servidores municipais, assistindo a população do município (2004, p. 70-71).

Atualmente, o governo municipal conta com uma Secretaria de Saúde, conforme informação disponível na página eletrônica da Prefeitura Municipal de Passo Fundo:

É o órgão encarregado de desenvolver ações que visem o bem estar físico, mental e social dos usuários, através da implementação plena do SUS – Sistema Único de Saúde, considerados os princípios da unicidade, universalidade e gratuidade de atendimento, através de ações de alcance coletivo e de motivação da população, bem como promover o controle de fatores que exerçam ou possam exercer efeitos nocivos ao ser humano, promovendo, ainda a integração de ações de saúde, serviços ambulatoriais municipais e de distribuição de medicamentos; saneamento básico, controle e orientação sanitária; gerenciamento do Hemocentro Regional de Passo Fundo e supervisão e controle do Hospital Beneficente Dr. César Santos; atendimento de consultas médicas, odontológicas e oferta exames subsidiários, além das competências pertinentes a outros órgãos da secretaria.

Além desse órgão da gestão pública, Passo Fundo tem um Conselho Municipal de Saúde criado em 1992 pela lei 2.840, a qual, posteriormente, foi modificada pela lei 2.852/93. Após diversas intervenções, inclusive do Ministério Público, em 23 de julho de 1993, foi aprovado o regimento interno do referido Conselho, que determinou a sua competência: fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de saúde no orçamento do município. Isso lhe confere caráter deliberativo no tocante à política pública da saúde. Criado por lei municipal e disciplinado por seu regimento interno, o Conselho Municipal de Saúde passou a exercer o devido controle social, por meio dos seus 32 conselheiros distribuídos paritariamente.

Atualmente, o Poder Executivo de Passo Fundo, junto com a Secretaria Municipal de Saúde, executa programas e ações específicas, como exemplo, as Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Ambulatórios e Ambulatórios do Interior.

O Conselho Municipal do Idoso de Passo Fundo não é deliberativo, portanto, diante deste contexto fica difícil construir e organizar qualquer ação para os idosos/as e muito menos com recorte racial.

Ao se fazer a análise da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, consta evidente a importância que o ente federal tem com essa população dentre todas as estratégias de gestão. Grifa-se o fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento, envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social.

Todavia, o objetivo geral dessa política pública se dá na promoção da saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS.

Nesse sentido, o governo estadual do Rio Grande do Sul organizou e instituiu, em 2010, a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PEAISP), em consonância com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, definindo os princípios, a marca, os objetivos, as diretrizes, as estratégias e as responsabilidades de gestão voltadas à melhoria das condições de saúde desse segmento da população.

Trouxe como marca maior da sua política pública o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde.

Considerações finais

Na esfera municipal, em Passo Fundo, as análises indicam uma limitação da política pública municipal da saúde de implementar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Não existe uma política pública municipal para essas pessoas. Isso se reflete nos grupos específicos, como os de idosos, onde não há uma preferência de atendimento, uma preocupação com a doença e não com a promoção e prevenção da saúde, exames muito demorados, falta de acolhimento para com a pessoa idosa, alta burocracia e desorganização do sistema, a não realização de exames clínicos nos idosos(as), a

falta de escuta dos seus problemas e falta geriatra para atender as pessoas idosas.

E mais: existe um desconhecimento das políticas públicas, falta de capacitação e treinamento direcionado aos agentes e profissionais da saúde que prestam assistência à pessoa idosa. Há, portanto, desde os grupos específicos, uma falta de planejamento da saúde que incorpore as lutas e demandas nacionais e internacionais de direitos humanos.

Conforme a legislação em vigor, o gestor municipal só pode realizar gastos na saúde em ações que estão no Plano Municipal de Saúde, ressalvado casos de emergência e ou de calamidade pública. No entanto, ao analisarmos o Plano Municipal de Saúde de Passo Fundo, atualmente em vigor e que é o principal instrumento de planejamento do SUS na esfera municipal, não há nenhuma ação que se refira à atenção da saúde da população negra, muito menos ao da população idosa negra.

Há de se destacar a importância de se abordar e implementar a Política Nacional da População Negra no município de Passo Fundo, visto que essa política pública foi concluída, em 2007, pelo governo federal e até a data atual ainda não foi incluída nas ações do gestor municipal. No Estado do Rio Grande do Sul, essa política pública foi incluída em 2010 como uma necessidade de se alcançar seu objetivo principal: “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS” (PEAISP, 2010).

Se a lei exige que só se pode gastar dinheiro público na saúde em ações previstas no Plano Municipal da Saúde, e se as ações voltadas para a população negra não constam no Plano, podemos concluir que inexistem políticas voltadas

aos mais de 30 mil negros e aos mais de quatro mil idosos negros de Passo Fundo.

Ademais, tudo indica que existe uma falta de atenção maior com políticas públicas municipais de saúde, no sentido de se elaborar e implementar programas e ações complementares e que atendam à demanda específica do usuário idoso(a) negro(a) nos serviços de saúde locais. Afinal, não está havendo uma resolutividade a contento no atendimento desse município, já que muitas pessoas idosas continuam sem uma resolução de seus problemas de saúde.

Portanto, a partir de tudo aquilo que fomos percebendo no decorrer do trabalho, inclinamo-nos a considerar que não há uma política pública de saúde para os negros e tampouco para idosos/as negros/as no município de Passo Fundo, o que configura flagrante violação da dignidade da pessoa idosa negra no município.

Referências

BARRETO, Vicente de Paulo. Direitos humanos e sociedades multiculturais. In: *Anuário do Programa de Pós-Graduação em Direito*. São Leopoldo: Unisinos, 2003.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades - Histórico - Passo Fundo (RS)*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/historicos_cidades/historico_conteudo.php?codmun=431410>. Acesso em: 19 nov. 2009.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. *Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos*. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2009.

BRASIL. Decreto nº 591, de 6 de julho de 1992. *Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos*. Disponível em: <<http://www>>.

planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0591.htm>. Acesso em: 13 nov. 2009.

CAMARANO Ana Amélia. *Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira*. Rio de Janeiro: Ipea, 2006.

DIAS, Hélio Pereira. *A responsabilidade pela saúde – Aspectos jurídicos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio eletrônico*. Versão 5.12. São Paulo: Positivo, 2004.

FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. *Direito fundamental à saúde: parâmetros para sua eficácia e efetividade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.

GRANDO, Alberi Nascimento. Da CIMS ao SUS: análise da atuação da CIMS na construção da proposta do SUS em Passo Fundo. In: KUJAWA, Henrique; CARBONARI, Paulo (Org.). *Luta pelo direito humano à saúde: experiência de Passo Fundo*. Passo Fundo: Méritos, 2004.

GUERRERO, Omar. Políticas públicas: interrogantes. In: *Revista de Administración Pública*. Políticas Públicas. n. 84, enero/junio, 1993. p. 84-86. Disponível em: <<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/rap/cont/84/pr/pr3.pdf>>. Acesso em: 27 out. 09.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. In: *Cadernos Cedes*. São Paulo, ano XXI, n. 55, nov., 2001, p. 30-31; 38-39. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v21n55/5539.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2009.

KANT, Emmanuel. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. Tradução por Lourival de Queiros Henkel: Tecnoprint, 1960.

LOPES, José Reinaldo de Lima. *Direitos humanos, direitos sociais e justiça*. José de Eduardo Faria (Coord.). São Paulo: Malheiros, 2005.

MEIRELLES, Morgana A. E. *Atividade física na terceira idade: uma abordagem sistemática*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO. *Prefeitura Municipal de Passo Fundo*. Disponível em: <www.pmpf.rs.gov.br>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 22 de Julho de 1946*. Disponível na Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP - Home <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 13 nov. 2009.

PIOVESAN, Flávia. *Direitos humanos e o direito constitucional internacional*. São Paulo: Max Limonad, 2000.

SANTOS, Fernando Ferreira dos. *Princípio constitucional da dignidade da pessoa humana*. São Paulo: Celso Bastos; Instituto Brasileiro de Direito Constitucional, 1999. p. 19-32)

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Ações em Saúde. *Política estadual de atenção integral à saúde da população negra*, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ses_pe_Luiz_pop_negra.pdf>. Acesso em: 04 mar. 12.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. In. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez. 2006, p. 26. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>> Acesso em: 27 out. 09.

STURZA, Janaina Machado; TERRA, Rosane B. Mariano da Rocha B. In: THAMIR, Hugo Rodrigues; COSTA, Marli M. M. (Org.). *Direito e políticas públicas III*. Porto Alegre: Imprensa Livre, 2009.



Proteção social básica e grupos de convivência: garantia de inclusão social da pessoa idosa

Marcia Liliane Barboza Kurz¹
Marisa Ignez Orsolin Morgan²

O envelhecimento é um processo natural, inevitável e pessoal para qualquer ser humano enquanto evolução da vida, acarretando mudanças fisiológicas, biológicas, psicossociais, culturais, políticas e econômicas. Diante do aumento da expectativa de vida e no que se refere ao atendimento dos idosos³, a fim de proporcionar espaço de convívio e de socialização, criaram-se os grupos de convivência, que representam um

¹ Assistente social da Prefeitura Municipal de Selbach, mestre em Serviço Social PUCRS. E-mail: marciakurz@yahoo.com.br

² Assistente social da Prefeitura Municipal de Campos Borges, especialista em Serviço Social, pós-graduada em Administração e Planejamento de Projetos Sociais, mestranda em Educação pela UPFRS. E-mail: mmorsolin@yahoo.com.br

³ Considera-se idoso, pessoa com idade a partir de 60 anos, conforme OMS (Organização Mundial da Saúde), para os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

espaço de convívio entre as pessoas da mesma faixa etária que, além de fortalecer a participação dos idosos em programas, garantem o exercício da cidadania e a melhoria da qualidade de vida.

A velhice, enquanto fase da vida humana, não deve ser atribuída ao término da vida, mas a um momento para se aproveitar e desfrutar do envelhecimento, em que se pode ocupar o tempo com atividades prazerosas, possibilitando uma vida mais saudável e com qualidade. Os grupos de convivência são espaços de inclusão social do idoso⁴ que promovem sua participação, através de diversas atividades desenvolvidas, como, por exemplo, reflexões sobre o processo de envelhecimento, a qualidade de vida e a valorização da própria vida.

Este tipo de iniciativa justifica-se pelo crescimento da população idosa. Segundo estimativas, haverá um idoso em cada cinco brasileiros em 2050, o que nos mostra a necessidade de políticas públicas para garantir um envelhecimento ativo. “Nesse contexto, os grupos de convivência de idosos vão ao encontro da promoção do envelhecimento ativo, com o objetivo de preservar as capacidades e o potencial de desenvolvimento do indivíduo idoso” (OMS).

Os grupos de convivência para idosos têm por objetivo oferecer garantia de convívio com oportunidades e ações para o enfretamento das condições de vida; promover o fortalecimento de laços de pertencimento e construção de projetos pessoais e sociais; proporcionar a socialização ou ressocialização através de atividades sociais, físicas, culturais,

⁴ Usa-se a expressão *idoso* partindo do que está na legislação, sem discriminação de gênero.

recreativas e intelectuais aos idosos e incentivar a inclusão social, evitando o isolamento.

O assistente social e a garantia de proteção social ao idoso

Segundo dados do IBGE (2010), no Brasil, as pessoas com 60 anos ou mais correspondem a 9,7% da população, e a expectativa de vida do brasileiro é de 71,9 anos. Vários fatores contribuíram para o aumento da expectativa de vida: redução das taxas de mortalidade e natalidade, avanços na medicina, serviços de saneamento básico, prática de exercícios físicos, alteração dos hábitos alimentares e de higiene e acesso aos serviços de saúde e prevenção de doenças.

Iniciou-se o século com a população idosa crescendo proporcionalmente oito vezes mais que a dos jovens e duas vezes mais que a população total (IBGE, 2010). Torna-se necessário que os governos, organizações internacionais e a sociedade civil implementem políticas, programas e mecanismos de inserção do sujeito idoso nesse processo, garantindo sua qualidade de vida e cidadania.

A Constituição Federal de 1988 procurou assegurar os direitos e deveres fundamentais e todos os seres humanos, destacando o princípio da dignidade humana em seu artigo 1º, inciso III. Explicitou a proteção social aos idosos como dever do Estado e direito do cidadão, conforme o artigo 203.

Com a promulgação da LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social/1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, de caráter não contributivo, todos os brasileiros foram beneficiados, independente de idade visto que a proteção da pessoa idosa está assegurada em seu artigo 20 com o chamado o BPC (Benefício de Prestação Continuada).

Em 1994, surgiu a lei nº 8.842, fruto de um processo histórico de luta pelo reconhecimento dos direitos como dignidade e cidadania da população idosa. Constituída de seis capítulos e vinte e dois artigos, a lei tinha por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”.

Sancionado em 2003, o Estatuto do Idoso ampliou os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos, sendo que dois princípios merecem destaque: o princípio da proteção integral e o da absoluta prioridade do idoso.

Nesse sentido, o exercício profissional do assistente social tem por objetivos assegurar os direitos sociais da pessoa idosa; garantir a acessibilidade da pessoa que envelhece; incentivar a participação do idoso; evitar o isolamento social e a exclusão do idoso.

O reconhecimento legal da assistência social configurada como direito social e dever político do Estado acontece a partir da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), de 1993. Dessa forma, foi na década de 1990 que a noção de seguridade social⁵, formada pelo tripé previdência, saúde e assistência social, institucionalizou-se, tendo como pressuposto a universalidade de cobertura no campo da proteção social, entendida como o conjunto de seguranças que cobrem, reduzem e/ou previnem riscos e vulnerabilidades sociais (PNAS, 2004).

A partir de então, as perspectivas da política de assistência social acenaram para a construção do Sistema Único

⁵ Compreendia como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (art.194 CF/88).

de Assistência Social – SUAS, de modo que as ações na área fossem organizadas de forma descentralizada, participativa e democrática, numa estrutura integrada nacionalmente e, ao mesmo tempo, captando as diferenças regionais e locais, reforçando o enfoque no território enquanto espaço de vida.

As mudanças foram materializadas na atual Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004 e na sua gestão por meio do Sistema Único de Assistência Social – SUAS:

O SUAS não é um programa, mas uma nova ordenação da gestão da assistência social como política pública [...] é uma forma pactuada que se refere ao processo de gestão da assistência social, antes de iniciativa isolada de cada ente federativo, a uma compreensão política unificada dos três entes federativos, quanto ao seu conteúdo (serviços e benefícios) que competem a um órgão público afiançar ao cidadão (SPOSATI, 2005, p. 111).

De acordo com PNAS/2004, a Assistência Social deve dar primazia à atenção a famílias e seus membros, a partir do seu território de vivência, com prioridade àqueles com registros de fragilidades, vulnerabilidades e presença de vitimização entre seus membros.

A proteção social de assistência Social ocupa-se das fragilidades, contingenciais, vulnerabilidades, vitimizações e riscos que o cidadão e/ou cidadã e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, em decorrência de fatores econômicos, políticos, de imposições sociais e de ofensa à dignidade humana (PNAS, 2004, p. 33). A proteção social vislumbra, dessa forma, produzir aquisições socioeducativas, sociais e materiais ao cidadão e seus familiares visando suprir necessidades de reprodução social de vida individual e

familiar; o seu protagonismo; autonomia e desenvolver suas capacidades e talentos para a convivência social.

Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminação etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (PNAS, 2004, p. 34).

A proteção social da assistência social opera o sentido de garantir seguranças de convívio, acolhida e sobrevivência, prevenir e evitar riscos sociais, para grupos vulneráveis, tanto do ponto de vista material como relacional. Por isso, os grupos de convivência para idosos tornam-se um serviço com o objetivo de segurança de convívio com outras pessoas na mesma condição, seja pela idade, seja por vulnerabilidades sociais, fortalecendo vínculos familiares e vínculos sociais necessários ao exercício da cidadania.

O caráter *preventivo* da proteção social básica tem como objetivo principal prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento das potencialidades, aquisições e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e indivíduos, conforme a situação de vulnerabilidade apresentada.

A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por decorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, cumprimento de medidas socioeducativas, uso de substâncias psicoativas. Os serviços de proteção social especial têm uma

gestão mais ampla, complexa e compartilhada muitas vezes com o poder judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do executivo.

A Política Nacional de Assistência Social materializa-se no SUAS – Sistema Único de Assistência Social, que estabelece um novo modelo de gestão da política, padronizando serviços socioassistenciais, que deverão ser ofertados no CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.

A fim de materializar os serviços da Rede de Proteção Social Básica, os municípios necessitam dispor de um espaço específico, denominado Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com equipes mínimas de técnicos, como assistente social e psicólogo, facilitadores de oficinas, coordenador e demais profissionais necessários à sua manutenção, que serão na área de abrangência do CRAS as executoras diretas dos serviços de proteção social básica (PNAS, 2004, p. 35).

As ações dessa modalidade de atenção, que visa à garantia da vida, prevenção da incidência de situações de risco pessoal e social, preveem a proteção da família, da maternidade, da infância, da adolescência e do envelhecimento. Sendo assim, realizam-se visitas domiciliares pelos técnicos de referência do CRAS, oficinas de geração de renda, palestras educativas, eventos e grupos de convivência, tanto para idosos como para mulheres/mães.

Os grupos de convivência enquanto espaços de inclusão social

A implantação do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) no município de Selbach possibilitou a descentralização das ações, priorizando a área mais vulnerabilizada do município, onde a população que mais necessita

dos serviços da assistência social pode acessá-los, ou seja, os idosos, gerando maior impacto na proteção social das famílias.

O acesso ao CRAS se dá através da busca ativa das famílias pelos profissionais do CRAS (assistente social, psicólogo, coordenador CRAS), da demanda espontânea ou encaminhamento realizado pela rede socioassistencial e serviços das demais políticas públicas.

Atende-se semanalmente em grupo 80 idosas com idade a partir de 60 anos, que se reúnem no CRAS pela parte da tarde, sob a coordenação de profissionais e facilitadores de oficinas. O grupo é aberto e contínuo. Esta é uma ação oferecida pela Rede de Proteção Social Básica do município a quem desejar participar.

O serviço de atenção a idosas tem como ações garantir um espaço onde elas possam expressar suas dúvidas e conflitos, construindo soluções para os seus problemas cotidianos; realizar passeios e comemorações diversas; facilitar a expressão da afetividade e da comunicação entre as participantes, visando à socialização; apoiar e incentivar a convivência social do idoso, em nível familiar e comunitário, promovendo sua inclusão social e proporcionar atividades diversificadas envolvendo os profissionais das diversas áreas do saber do município.

Considera-se que qualquer pessoa idosa pode participar do Grupo de Convivência, que tradicionalmente é feminino, o que não podemos deixar de pontuar, já que as mulheres são maioria nessa etapa da vida. “Com os dados do PNAD/2009, é possível traçar um breve perfil socioeconômico deste segmento populacional. As mulheres são a maioria (55,8%), assim como os brancos (55,4%) e 64,1% ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio” (IBGE, 2010, p. 192).

Ainda considerando a questão da feminização do envelhecimento, as mulheres possuem uma longevidade maior em relação aos homens por alguns fatores, tais como “inserção diferente no mercado de trabalho; consumo diferente de tabaco e álcool; postura diferente em relação a saúde/doença; relação diferente com os serviços de saúde” (BERZINS, 2003, p. 29), ou seja, as mulheres procuram mais os médicos, realizam exames, cuidam-se, enquanto os homens apresentam uma certa resistência. Nos tempos de antigamente, o trabalho do homem exigia mais esforço físico, exposição ao sol, enquanto o trabalho da mulher era mais manual e envolvia cuidados com a casa.

É bem maior o número de mulheres idosas e este índice aumenta mais nas últimas faixas etárias da vida. Ou seja, quanto mais alta a faixa etária, maior será a proporção de mulheres. As desigualdades por sexo promovidas pelas condições estruturais e socioeconômicas em muitas situações alteram inclusive as condições de saúde, renda e a dinâmica familiar e têm forte impacto nas demandas por políticas públicas e prestação de serviços de proteção social. Viver mais não é sinônimo de viver melhor. As mulheres acumulam no decorrer da vida desvantagens (violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada etc.) e as mulheres têm mais probabilidade de serem mais pobres do que os homens e dependerem mais de recursos externos (BERZINS, 2003, p. 28).

Em relação aos recursos externos, destacam-se os serviços públicos de atenção a essa população, pois muitas mulheres, por não exercerem atividade laboral, acabam dependendo da renda do conjugue e, quando ficam sozinhas, também da aposentadoria, da pensão do companheiro para se manterem, contando ou não com o apoio dos filhos. Elas acabam encon-

trando nos grupos de convivência um espaço de inserção, de aceitação e pertencimento.

Nesse sentido, com o aumento da expectativa de vida, torna-se necessária a intervenção do Estado no atendimento voltado a esta demanda, considerando a Constituição Federal de 1988, que responsabiliza o Estado na efetivação dos direitos sociais dos idosos, como estabelece o seu artigo 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 (BRASIL, 1988).

Busca-se, na medida em que se aumenta a consciência social dos direitos individuais e coletivos, sociais, políticos e civis, principalmente dos idosos, despertar para a questão da cidadania, do respeito ao ser humano que envelhece, não lhe atribuindo termos pejorativos como *estorvo*, *gasto para a sociedade*. A construção social do envelhecimento humano é algo inerente e inevitável a todo ser humano, a velhice é uma fase biológica da vida. Isso há que se fazer entender.

A velhice é uma etapa da vida e talvez seja a etapa mais longa da vida. Viver muito e bem é um direito de todo ser humano. Na verdade, todos querem viver mais, mas ninguém quer ser velho. A longevidade sempre foi uma aspiração da humanidade, porém, quando alcançada, passa a ser uma questão social. As pessoas querem viver muito, mas não querem envelhecer e não desejam morrer. Por que tanta resistência ao envelhecimento? Provavelmente, porque esse tempo de vida esteja repleto de mitos e preconceitos (ALVES, 2006, p. 53).

Devemos adotar em nosso cotidiano o artigo 277 da Constituição Federal, que diz:

Cabe ao Poder Público, bem como à família, assegurar à criança, ao adolescente, ao idoso e aos portadores de deficiências, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e agressão (BRASIL, 1988).

Assim, deve-se considerar o idoso merecedor de promoção social, e não apenas buscar uma melhora circunstancial da condição de vida de pessoas em processo de envelhecimento. Deve-se promover o crescimento de toda a sociedade em busca da efetiva qualidade de vida, em consonância com o desenvolvimento científico e tecnológico, tendo a consciência de que a cidadania é um processo permanente, construído coletivamente.

Não se pode esquecer de estimular os idosos a estudar e compreender o processo de envelhecimento, interpretando a velhice como mais uma fase da vida a ser vivida e gerando um comportamento participativo e ativo, com expectativa de vida mais elevada e assegurada através de políticas públicas.

A vida longa é um prêmio. A velhice pode ser um tempo de intenso desenvolvimento social e espiritual. Quem envelhece não deseja que sua vida sofra uma contração, pois, apesar das perdas, das dificuldades e dos problemas, o idoso quer viver: mesmo sendo velho, apesar de ser velho e porque pode contar com a ajuda de sua experiência para viver mais plenamente, como direito e prêmio por ter lutado sempre (ALVES, 2006, p. 53).

Merece destaque o trabalho intersetorial nos grupos de convivência, onde são abordados assuntos específicos do envelhecimento humano, buscando informar as participantes da prática profissional que vem sendo construída, das respostas às demandas sociais, dos problemas transversais, principalmente em relação ao envelhecimento humano, visto que se faz necessária a construção de conhecimentos para a compreensão do todo, sem fragmentar os idosos, mas individualizá-los.

Através da intersetorialidade, podem-se realizar grupos de atividades de prevenção à saúde, de promoção da qualidade de vida, da acessibilidade do idoso no município. Com isso, pode-se mobilizar os conselheiros municipais em prol da garantia/fiscalização da implantação da política nacional para o idoso, e, ainda, envolver os idosos nas discussões, construções e aperfeiçoamento das políticas municipais.

Considerações finais

Realizar a proteção social básica de assistência social, através do grupo de convivência ao idoso, é oferecer espaço de convívio; é garantir a acessibilidade; é promover o autoconhecimento quanto à condição de vida e a relação com a família e a comunidade e favorecer o envelhecimento ativo, evitando o isolamento e asilamento da pessoa idosa a partir da interação entre os indivíduos.

Considera-se que, com o aumento da população idosa, não aumenta apenas a demanda por serviços de saúde, mas por outras políticas, como assistência social e ações intersetoriais na elaboração e execução de políticas públicas.

Referente à rede de proteção ao idoso no Brasil, destacam-se nos últimos anos avanços importantes, como cam-

panhas de enfrentamento à violência, BPC, serviços e ações custeadas pelos governos federal, estadual e municipal.

Com isso, destaca-se ainda o grande desafio para os assistentes sociais perante a população que envelhece. Deve-se garantir os direitos sociais da população usuária; o acesso do idoso a esses direitos, com igualdade, pois estando inserido numa sociedade capitalista, desigual (apesar do predomínio dos discursos de igualdades que não se concretizam), os idosos, pelos anos que têm, passam a ser considerados um *peso*, ao invés de serem vistos como pessoa e ser social.

Garantir o atendimento dessa parcela da população não é luxo, mas uma necessidade fundamentada em direitos constituídos. As políticas e programas devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas, considerando que em cada município, região, estado, têm-se demandas específicas que precisam ser consideradas.

Se os idosos forem atendidos com indiferença, a ideia que terão de si próprios será de que são insignificantes de que *nada valem*, tornando-se apáticos perante a sociedade, abstraídos do seu valor de cidadãos, isolando-se do meio social a que pertencem, não participando na tomada de decisões e na construção de políticas públicas que atendam às suas reais necessidades.

Cabe ao serviço social lutar pela garantia dos direitos dos idosos, juntamente com outros profissionais, através da intersetorialidade e do pluralismo, buscar uma nova ordem societária, em que todos tenham assegurados seus direitos à vida. O idoso deve ser mobilizado na busca de sua cidadania, incentivando a participação e o respeito à diversidade, em prol da emancipação dos sujeitos.

Além dos princípios fundamentais, o Código de Ética preconiza a necessidade de zelar pela qualidade dos serviços prestados pelo assistente social, por isso faz-se necessário o contínuo aprimoramento intelectual. A busca constante de conhecimento do profissional permeia a qualidade dos serviços prestados, visto que a sociedade e os indivíduos não são estáticos, mas estão em constante movimento, de forma dialética.

O grupo de convivência para idosos existe já há um bom tempo. Tal grupo é de grande relevância para seus participantes, o que pode ser expresso nos depoimentos de alguns que disseram estarem “sentindo-se sozinhos em casa”, outros porque aprendem “coisas novas, sobre saúde, doenças, cuidados” que devem ter para não cair e também com fins de entreter-se, conversar, ter uma atividade.

O grupo de convivência traz um sentido de pertencimento, de fazer parte de algo, enquanto espaço de inclusão social dos idosos, em busca de um envelhecimento ativo e participativo, que evita o isolamento social. Deve-se manter a autonomia e a independência do idoso, com qualidade de vida.

A responsabilidade em garantir um envelhecimento com qualidade de vida e respeito de direitos é de todos. Envelhecimento não pode ser sinônimo de doença, de impossibilidades, mas de uma fase própria da vida humana, inerente a todos, um processo universal, inserido no ciclo biológico natural de todo ser humano, contextualizado culturalmente e socialmente deve prevalecer também nessa fase a igualdade e a justiça social, sem qualquer tipo de discriminação ou preconceitos, muito menos pela idade.

Envelhecer é uma conquista, componente do curso pleno de vida dos indivíduos. Envelhecer com qualidade é um privilégio, que envolve mudanças em vários setores da sociedade

e, de modo abrangente, em concepções generalizadas sobre saúde, educação, justiça e direitos sociais. O trabalho conjunto de todas as instituições envolvidas carece de determinação política e de uma melhor discussão das competências necessárias aos diversos profissionais nas várias instâncias. Somente a presença de normas e leis não garantem sua adequação e execução (MOTTA, AGUIAR, 2007, p. 370).

Ser assistente social é ser um batalhador, sonhador, realizador de um trabalho de *formiga*, mas, acima de tudo, um profissional que acredita que uma nova realidade é possível, que se possa fazer algo de diferente pelo outro, lhe proporcionar o acesso a seus direitos, deixar uma marca boa na vida das pessoas, diminuindo o abismo entre a exclusão, o preconceito e a falta de solidariedade entre as pessoas, em prol de uma sociedade mais igualitária.

Referências

ALVES, Vicente Paulo. A religião e os idosos. In: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (Org.). *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz*. Brasília: Universa, 2006.

BRASIL. *Política Nacional da Assistência Social*. Ministério do Desenvolvimento Social, 2004.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: 1988.

_____. *Política Nacional de Saúde* (1999). Brasília: 1999.

_____. *Lei nº 8.842/94* institui a Política Nacional do Idoso. 1994.

_____. *Lei nº 11.517/00* institui a Política Estadual do Idoso. Estado do Rio Grande do Sul. 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Anuário estatístico de saúde no Brasil 2001*. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/aplicacoes/anuario2001/index.cfm>>. Acesso em: 14 set. 2008.

_____. *Estatuto do idoso* (2003). Brasil: 2003.

_____. *Política Nacional do Idoso* (1994). Brasília: 2004.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. Envelhecimento populacional: uma conquista a ser celebrada. *Revista Serviço Social e Sociedade. Especial – Velhice e Envelhecimento*, n 75, Ano XXIV, São Paulo: Cortez, 2003, p. 19-34.

COSTA, Ruthe Corrêa. *A terceira idade hoje sob a ótica do serviço social*. Frederico Westphalen, 2005.

ERMINDA, J. G. Processo de envelhecimento. In: Costa, M. A. M. et al. (Org.). *O idoso: problemas e realidades*. Coimbra, PT: Formasau, 1999.

FALEIROS. Vicente de Paula. Os conselhos do idoso: controle social e democracia participativa. In: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (Org.). *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz*. Brasília: Universa, 2006.

FALEIROS. Vicente de Paula; REBOUÇAS, Mônica. Gestão social por sujeito/idade na velhice. IN: FALEIROS, Vicente de Paula; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud (Org.). *Desafios do envelhecimento: vez, sentido e voz*. Brasília: Universa, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de indicadores sociais – uma análise das condições de vida da população Brasileira. *Estudos e Pesquisas – Informações Demográficas*, n. 27, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 30 out. 2013.

MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional Brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, março-abril, ano/vol. 12, n. 002. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. p. 363-372.

KIST, Rosane Bernardete Brochier. O processo de trabalho do assistente Social e a garantia de direitos ao idoso a partir da abordagem grupal. 2008, 151 f. *Dissertação* (Programa de Pós-graduação em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Serviço Social, 2008.

SOUSA, Ana Maria Viola de. *Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar*. São Paulo: Alínea, 2004.

Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <<http://www.paho.org/bra>>. Acesso em: 30 out. 2013.

Capítulo



Alfabetização na terceira idade: um sonho possível?

Eloisa de Avila Pauletto¹
Rosa Maria Gomes Neuwald²

O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.
Cora Coralina

A concepção de alfabetização e letramento como uma porta que se abre para a cidadania sem dúvida é uma das importantes condições de vida digna para as pessoas do século XXI, situação mais acentuada na contemporaneidade, comparada ao longo da história da humanidade, pois, com tantos avanços tecnológicos, as pessoas necessitam ler e espe-

¹ Pedagoga, especialista em Psicopedagogia, especialista em Formação Integral, coordenadora de ensino da ULBRA Carazinho e professora da rede pública estadual. E-mail: elloavilla@hotmail.com

² Pedagoga, especialista em Supervisão Escolar, docente da ULBRA Carazinho e professora da rede pública estadual. E-mail: rosaneuwald@gmail.com

cialmente compreender o que está escrito a fim de utilizarem os diferentes recursos que compõem seus cotidianos.

Mesmo sem sair de casa, cada vez mais as pessoas necessitam saber ler, escrever e expressar suas ideias com clareza e consistência. Claro que essa necessidade acentua-se ao sair às ruas, ao participar de eventos, ou simplesmente participar de uma roda de conversa com os amigos.

Nesse quesito é que idosos analfabetos expressam sua vontade de participar efetivamente da sociedade, dizendo que, sem saber ler e escrever, mesmo que os outros não saibam dessa situação, os mesmos negam-se a participar e mesmo expressar alguma ideia, o que nos faz pensar sobre a grande importância de inclusão social, permitida através da aprendizagem da leitura e da escrita.

Da realidade ao sonho... alguns dados estatísticos

Nosso país vem promovendo, ao longo das últimas décadas, muitos programas de alfabetização, mas mesmo assim ainda temos índices altos de analfabetismo no Brasil. De acordo com os dados do IBGE de 2010, a taxa de analfabetismo na população brasileira de 15 anos ou mais de idade é 9,6% e corresponde a aproximadamente 13,9 milhões de pessoas.

Dados do IBGE de 2012 apresentam 4,3% da população gaúcha acima de 15 anos como integrantes do grupo de analfabetos do estado do Rio Grande do Sul, e menores de 15 anos compõem 0,7% da população.

Os dados apresentados identificam que a maioria da população analfabeta está entre os idosos e que a maioria desses residem em municípios do interior do estado.

Certamente, estes percentuais são reveladores de uma realidade que nos envergonha e, acima de tudo, remete à busca de alternativas que viabilizem o direito ao letramento a tantos jovens e adultos que não conseguiram se alfabetizar na idade certa, principalmente, aos muitos idosos que, através de programas de inserção social, vêm participando de grupos de convivência na terceira idade e, cada vez mais, sentem a necessidade de se alfabetizar, apesar de este sonho ainda estar distante.

No cenário educacional brasileiro atual, acompanhamos a implementação de programas governamentais ou não governamentais para reduzir os percentuais de analfabetismo e o empenho da legislação vigente para garantir a obrigatoriedade do ensino fundamental para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos, ao mesmo tempo que percebemos, cada vez mais, a necessidade de políticas para atender à demanda educacional de adultos/idosos que, por muitas vezes, não são percebidos nos seus anseios e que, infelizmente, ao contrário disto, são vistos com descaso.

Conforme Moacir Gadotti (2014), “o analfabetismo adulto é um grande muro que separa os que sabem ler dos que não sabem. Trata-se de um verdadeiro *apartheid* social que ainda persiste entre nós.

É urgente propor novas ações que efetivamente venham viabilizar propostas educacionais de qualidade, pois existem iniciativas, muitas vezes de curta duração, que se tornam pouco efetivas num processo pedagógico de aprendizagem relevante e significativo para a educação de cidadãos adultos, com vistas à plena participação na sociedade.

Reforçando a compreensão desses altos índices de analfabetismo em pleno século XXI, o relatório da UNESCO de 2014 aponta que: “do total de 774 milhões de adultos

analfabetos no mundo, 72% deles estão em dez países, entre eles o Brasil, que ocupa o oitavo lugar.”

O presidente do Inep – que representou o Ministério da Educação (MEC) no lançamento desse relatório em Brasília – informou que o número elevado de idosos que não sabem ler nem escrever é um dos fatores que dificultam a erradicação do analfabetismo no país. Segundo o instituto, com base em dados do IBGE de 2012, 24% da população brasileira com mais de 60 anos é analfabeta.

Analisando estes números, percebemos o quanto o nosso país necessita rever suas políticas públicas para que a educação voltada ao combate do analfabetismo (principalmente na Terceira Idade) possa ser uma realidade mais próxima.

A alfabetização e o idoso

O processo de alfabetização e letramento nos primeiros anos do ensino fundamental deveria visar à garantia do domínio mínimo dos códigos que vão além do alfabético³ e que desenvolvam o sujeito nas diversas áreas do conhecimento. Falar em alfabetização requer uma análise das diferentes fases de desenvolvimento humano, para que possamos potencializar em cada faixa etária as habilidades e competências necessárias à efetiva aquisição da linguagem oral e escrita.

O foco deste texto recai sobre as pessoas adultas, especialmente os idosos que, por inúmeras razões, tenham deixado de estudar, ou nem mesmo ingressaram na idade adequada, por esse ou por aquele motivo, e acabaram marginalizadas dos conhecimentos escolares.

³ De acordo com a teoria exposta em *Psicogênese da língua escrita*, alfabético é o nível que domina, enfim, o valor das letras e sílabas.

Sem dúvida, há muitas pessoas idosas que gostariam de ser incluídas nas diferentes ações sociais, mas simplesmente se retiram das rodas de convivência, por estarem com autoestima baixa, por não conseguirem se expressar como gostariam, por não conseguirem realizar pequenos atos do cotidiano, como, por exemplo, sacar seus benefícios na rede bancária, buscar atendimento médico, laboratorial e farmacológico ou até mesmo realizar simples transações comerciais.

Nos estudos de Araújo e Silveira (2012), buscamos as falas de idosas que expressam seus anseios, suas angústias e suas conquistas em relação à luta pelo seu processo de alfabetização:

Era como se eu não enxergasse nada, era um cego. Pra mim, eu olhava, sabia que tinha algo escrito, mas não entendia nada. Então, a gente tem que procurar estudar para entender né. Porque se a gente não entende é como se fosse um cego. Então, tenho que renovar a minha mente. Devagar vou chegando, aos poucos, com dificuldade. Não é fácil não a gente retornar. Eu estou superando isso, de não desistir, seguir em frente (Entrevista n. 10, sexo feminino, 65 anos).

Significava o que eu queria aprender. As pessoas que não sabem ler e escrever, elas são muito discriminadas. Então, você vê, a gente quer pegar uma condução, a gente tem que perguntar para a pessoa. E às vezes eles indicam errado. Porque a gente é de idade, né. Então, eu achei que ler e escrever, pra mim, foi a coisa mais importante. E está sendo, né, porque a cada dia estou aprendendo mais e mais (Entrevista n. 2, sexo feminino, 74 anos).

Eu tinha tanta vontade de aprender a ler e a escrever que eu não sei nem explicar, de tanta vontade que eu tinha. Que a leitura é a melhor coisa que tem. A mesma coisa as vistas né, cega você não enxerga nada, que nem a gente não sabendo nada, é a mesma coisa de um cego. Tinha que perguntar o ônibus, o bonde que passava lá. Ah, depois que eu entrei aqui, não pergunto pra mais ninguém. Já sei o ônibus que eu pego, quando vem (Entrevista n.16, sexo feminino, 82 anos).

Reafirmando estas falas significativas, trazemos o pensamento do mais sábio pedagogo da história educacional brasileira:

A alfabetização não pode ser reduzida a um aprendizado técnico-linguístico, como um fato acabado e neutro, ou simplesmente como uma construção pessoal intelectual. A alfabetização passa por questões de ordem lógico-intelectual, afetiva, sócio-cultural, política e técnica (FREIRE, 1996).

Analisando estes depoimentos, iluminados pelo ideário Freiriano, percebemos que as pessoas idosas, ao iniciarem ou retomarem seus estudos, na busca do sonho da alfabetização, resgatam suas histórias de vida e (re)significam seus saberes, na certeza que também são dignos de uma participação efetivamente cidadã na consolidação de uma vida qualitativa.

Os educadores e a presença do idoso na sala de aula

Para que, efetivamente, o idoso possa participar do processo de alfabetização, faz-se necessário que os docentes estejam preparados para encarar metodologicamente esta faixa

etária, pois, sem dúvida, o planejamento e a atuação junto ao público da terceira idade necessita de um olhar atento, sensível e corajoso.

Reverendo a trajetória das propostas de alfabetização no âmbito das políticas públicas, lembramos que, em 2003, foi criada a Secretaria Extraordinária de Erradicação do Analfabetismo, cuja meta era evidente. Para cumprir o que se propunha, foi lançado o PBA (Programa Brasil Alfabetizado⁴), por meio do qual o MEC deveria contribuir com os órgãos públicos estaduais, municipais, instituições de ensino superior e organizações sem fins lucrativos que desenvolvessem ações de alfabetização.

A partir dessa proposta, percebemos alguns avanços no que se refere à capacitação dos profissionais que atuam na alfabetização que é, sim, uma tarefa muito importante, pois educadores capacitados podem oferecer, aos seus alunos, material atualizado, inovador e diferenciado; para isso, devem estar aptos e bem informados a respeito do manuseio das novas tecnologias. Capacitar o profissional é torná-lo melhor no desempenho de sua função.

Nesse sentido, quando abordamos as questões pertinentes às metodologias alfabetizadoras para os idosos, temos que analisar as diferentes nuances que este processo exige; temos que entender o processo da andragogia⁵; precisamos entender, que na educação dos idosos, o currículo precisa ser estruturado em função dos interesses e necessidades destas

⁴ O Brasil Alfabetizado é voltado à alfabetização de jovens, adultos e idosos; é uma porta de acesso à cidadania e o despertar do interesse pela elevação da escolaridade.

⁵ Andragogia vem do grego: *andros* (adulto) e *gogos* (educar). É um caminho educacional que busca compreender o adulto, ou seja, significa: ensino para adultos.

pessoas, que são indivíduos que trazem consigo uma intensa bagagem e que têm uma sede de acompanhar o mundo contemporâneo, na expectativa de que muito ainda podem realizar, apesar das infinitas manifestações de morbidade que a maioria da sociedade nutre por eles, contrapondo todos os estudos e estatísticas que apontam para a longevidade.

Estudos na área apontam reflexões pertinentes sobre o tema, na esperança de que possamos motivar subsidiar/instrumentalizar educadores que tenham o desejo, a coragem e a sensibilidade necessária para assumir turmas de alfabetização de idosos.

Em 2009, Denise Travassos Marques, na cidade de Campinas/SP, defendeu sua tese de mestrado, de temática: “Educação de jovens e Adultos: uma perspectiva de alfabetização de idosos”. Ela abordou as questões referentes ao papel dos pedagogos frente à presença dos idosos nas salas de alfabetização de adultos e as implicações nas suas práticas pedagógicas. No decorrer de seu trabalho, a pesquisadora afirmou com muita propriedade que:

Os momentos de alfabetização na EJA com idosos devem ser transformados em um processo significativo de aprendizagem. O professor necessita percorrer o caminho para exercer a docência, bem como conhecer e vencer os desafios. Deve sempre buscar acreditar na melhoria, bem como conhecer melhor as leis, os direitos, as dificuldades e as vivências dos seus alunos idosos (MARQUES, 2009).

Analisando esta ideia, ratificamos as convicções de que, sem dúvida, o sonho de alfabetização dos idosos inicia com o processo de formação dos educadores que precisam fortalecer suas teorias e práticas para muito além do suporte inicial que os programas governamentais oportunizam. Se faz necessário

assumir com responsabilidade um fazer pedagógico altamente comprometido com o anseio dos idosos, em relação ao resgate de um direito que lhes foi *roubado* ao longo das histórias de suas vidas, tanto por circunstâncias pessoais, quanto por sociais ou culturais.

Considerações finais

A educação é um direito de todos, não é uma questão de solidariedade, mesmo para aqueles que não tiveram a oportunidade de estudar na época adequada. Não oportunizar esse direito seria penalizar os analfabetos adultos, as classes mais desfavorecidas e aqueles que não se adaptaram ao ensino regular.

Só se consegue equacionar os problemas da educação investindo nela, investindo em educadores qualificados, valorizando a bagagem cultural dos alunos, reorganizando o currículo e reavaliando a responsabilidade do Estado.

A educação de qualidade deve ser um ato dinâmico e permanente de conhecimento centrado na descoberta, análise e transformação da realidade em que vivemos, construindo uma cidadania criativa, inventiva, crítica e autônoma.

Independente da idade do ser humano, todos desejam estar incluídos no mundo letrado. Não há como participar efetivamente da sociedade contemporânea sem ao menos decodificar o que está escrito.

Idosos são pessoas de muita experiência de vida, que, na luta pelo sonho da sua alfabetização, trazem uma rica bagagem cultural e social, vivida com muita intensidade e, na conquista desta oportunidade de inserção no mundo das letras, demonstram a força e a coragem na superação de seus próprios limites.

Diante destas reflexões, para finalizarmos este capítulo, podemos ousar afirmar que a alfabetização na terceira idade é um sonho possível, basta acreditar no que o mestre Paulo Freire afirmou: “A questão está em como transformar as dificuldades em possibilidades” (FREIRE, 1997).

Referências

ARAÚJO, Daniele Aparecida Azevedo e SILVEIRA, Nadia Dumara Ruiz. *Sociedade letrada contemporânea: inclusão de idosos em processo de alfabetização*. Congresso Internacional Pedagogia Social, jul. 2012.

FERREIRO, Emília e TEBEROSKI, Ana. *Psicogênese da língua escrita*. Porto Alegre: ArtMed, 2008.

FREIRE, Paulo. *A experiência do MOVA*. SP/ Brasil. Ministério da Educação e Desporto. Instituto Paulo Freire; Organização de Moacir Gadotti. São Paulo, 1996.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra. 1997.

GADOTTI, Moacir. *50 anos de angicos: um sonho interrompido a ser retomado*. In: *Educatrix – Especial Vozes de Valor*. Moderna, Ano 4, Especial nº 2, 2014.

MARQUES, Denise Travassos. *Educação de Jovens e Adultos: uma perspectiva de alfabetização de idosos*. Campinas: PUC-São Paulo, 2009.

PROGRAMA BRASIL ALFABETIZADO. Ministério da Educação. Disponível em: <<http://brasilalfabetizado.fn-de.gov.br/>>.

ONUBR. UNESCO lança relatório sobre educação para todos. Disponível em: <www.onu.org.br/unesco-lanca-relatorio-sobre-educacao-para-todos/>.

Capítulo



Rodas de literapia: envelhe(s)er ao sabor da literatura

Cristina Momberger Zanferrari¹

*“A literatura serve para muitas coisas.
[...] Porque a palavra é um instrumento terapêutico, [...] Toda pessoa se beneficiará do ato de ler e de escrever.
É terapia, sim, e é terapia prazerosa, acessível a todos.
O que, em nosso tempo, não é pouca coisa.”*

Moacyr Scliar

Era uma vez um convite...

Prosear, ler um texto, saborear as palavras, voltar a prosear: eis o convite! A literatura é o pretexto para o encontro. Expliquemos: preocupação sempre houve com que se fizesse o jovem adquirir o hábito e o gosto pela leitura. Passada a juventude, não se fala mais nisso. É, pois, exatamente disso que queremos falar: da importância e necessidade de se cul-

¹ Mestre em Letras, especialista em Filosofia e em Supervisão Escolar, docente da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA Carazinho.

tivar o hábito e o gosto pela leitura também na idade adulta ou, mais especificamente, na idade crepuscular. Afinal, “leitura é infinito aprendizado. Sempre e de novo aprendemos com a própria leitura que ler é refletir, apreciar, admirar-se” (PERISSÉ, 2007).

Se considerarmos a velhice o período de duração que a vida pode ter após as cinco idades anteriores (infância, meninice, adolescência, juventude, maturidade), percebemos que muito ainda cabe nesse *período de duração*, quando o tempo paradoxalmente nos falta e nos sobra. Falta-nos porque sabemos que muito do que sonhamos há de ficar irrealizável; sobra-nos na medida em que já se vão longe as obrigações com o trabalho e com a família: há, finalmente, tempo para si. É tempo, portanto, de desfrutar do próprio tempo e de poder fazê-lo, inclusive, na companhia de um bom livro. A importância da leitura, em especial nessa fase da vida, reside no fato de que ler promove inúmeros benefícios mentais, cognitivos, emocionais, psicológicos, espirituais e outros mais, porque um livro é sempre um interlocutor, uma possibilidade de diálogo e, como todo diálogo, um instaurador de relação, de encontro. A companhia de um livro revela-se, pois, mais do que mero passatempo. Fazer-se acompanhar da literatura é uma forma de existir no mundo e é, também, uma forma acessível de felicidade (BORGES apud GRITTI, 2002).

Importa frisar que o que distingue a importância da leitura quando se é jovem da importância de se ler na velhice consiste, portanto, em uma alternância de propósitos. Na juventude e na idade adulta, as leituras são obrigatórias, impostas pelas circunstâncias escolares, acadêmicas e, posteriormente, profissionais. Na velhice, a leitura é uma opção, uma escolha, um momento de fruição: “Antes, um tempo para os outros. Hoje, um tempo para si. Antes, o tempo da obrigação.

Hoje, o tempo da vontade” (GOLDENBERG, 2013, p. 69). Eis que a satisfação das vontades pessoais torna-se, então, um dos maiores ganhos do processo do envelhecimento humano.

Isso posto, apresentaremos uma proposta de ação que tem por objetivo proporcionar efeitos lúdicos, reflexivos, interativos e, portanto, terapêuticos aos participantes daquilo que convencionamos chamar “Rodas de Literapia”, uma atividade orientada por saberes literários e dirigida à terceira idade, onde quer que esta se encontre: em clubes de idosos, casas de repouso, hospitais, associações religiosas e outros. Iniciaremos por esclarecer o conceito de *literapia* para, na sequência, dedicarmo-nos à descrição da *roda* propriamente dita. Por fim, lançaremos o desafio de se propiciar o convite literário àqueles que nos espelham no reflexo do amanhã: os velhos de hoje.

Literapia: o valor terapêutico da literatura

Se buscarmos o auxílio do dicionário para compreendermos o termo *literapia*, faremos uma busca vã. A palavra não se encontra dicionarizada, porque se trata de um neologismo, uma criação para melhor expressar nosso intento: o de demonstrar que literatura e terapia andam de mãos dadas em benefício do leitor.

Não são novidade na área acadêmica os estudos sobre a *biblioterapia*, cuja etimologia (do grego *biblion*/ livro e *therapeia*/ tratamento) conduz à definição de *terapia por meio de livros*. Assim, se, de um lado a leitura implica uma interpretação – que em si mesma é já uma terapia, uma vez que permite ao homem compreender o texto e compreender a si próprio –, a biblioterapia, por sua vez, compreende, além da leitura, o comentário, o diálogo sobre o texto lido e

sobre as emoções e sensações suscitadas. Essa linguagem em movimento, esse diálogo, é o fundamento da biblioterapia.

É preciso dizer, entretanto, que o conceito de biblioterapia não se restringe a uma única definição, apesar de os diversos autores concordarem em pelo menos um aspecto: a necessidade de que seja uma atividade planejada, orientada e/ou conduzida por um terapeuta, bibliotecário, ou professor, conforme a área de aplicação e de acordo com os propósitos terapêuticos que se quer alcançar. Ou seja, a biblioterapia pode e deve ser pensada para acontecer em grupos, com indivíduos que guardam entre si algo em comum, por exemplo, a faixa etária. É no diálogo com o grupo, *após* a leitura, que as pessoas encontram a oportunidade de se expressar, de manifestar seus receios, angústias, anseios, sonhos ou frustrações. Essa troca de experiências e valores é especialmente significativa porque o sujeito participante do processo percebe que não está só no mundo.

O papel terapêutico da leitura resulta, portanto, da interação do leitor com o texto em si, bem como da interação com os outros leitores e suas diversas interpretações do mesmo texto. O texto é o fio condutor dessa interação. No plano individual, as palavras lidas (ou ouvidas, conforme veremos adiante) conduzem a uma catarse, pois permitem ao leitor-ouvinte relacionar sua própria subjetividade ao universo literário, isto é, permitem o transbordamento das suas emoções através da emoção alheia, manifestada no texto. No plano coletivo, as palavras lidas são meditadas, refletidas e refratadas, proporcionando uma legítima interação com o outro, conduzindo a todos em um genuíno encontro:

as diversas interpretações permitem a existência da alteridade e a criação de novos sentidos. [...] Além da leitura, os

comentários, os gestos, os sorrisos, os encontros são também terapêuticos à medida que fornecem a garantia de que não estamos sozinhos. O texto une o grupo (CALDIN, 2001, p. 32).

De uma forma geral, a biblioterapia prescreve materiais de leitura que incluem desde romances e poesias até livros científicos, passando ainda pelas áreas filosófica, teatral, ética, religiosa, artística e histórica. É da área literária, entretanto, que aqui nos vamos ocupar. Em outras palavras: tomamos os pressupostos teóricos da biblioterapia a fim de compreender o papel terapêutico da leitura, mas é da leitura de *literatura* que queremos falar.

Em nossos estudos anteriores², temos reiterado a função estética da literatura, aquela pela qual a leitura de um romance, conto, crônica ou poesia nos leva à fruição, ao prazer do encontro com a palavra. Uma história e um poema podem nos tocar de inúmeras formas, e não raras vezes proporcionam alívio e amparo à nossa condição de ser humano. Isso porque quando nos entregamos à leitura literária, *suspendem-se as lamentações*, isto é, imersos no mar das palavras alheias, esquecemos momentaneamente de nós mesmos, de nossos problemas, de nossas dores, de nossos lamentos, para navegarmos em um mar de possibilidades, de sonhos, de imaginação, de outras vidas. Assim, a literatura nos ajuda a viver: pelas palavras alheias, chegamos a nós mesmos.

É bem verdade que a literatura cumpre essa função em qualquer fase da vida, mas é na velhice que se pode extrair todo seu potencial de fruição, uma vez que a fruição pressu-

² ZANFERRARI, Cristina M. *Envelhe(s)er: consolações da literatura*. In: MARCELLINO, Patrícia Carlesso; ALMEIDA, Anelise. *Envelhecimento humano: um olhar interdisciplinar*. Tapera (RS): LEW, 2012. V. 2.

põe a entrega, e a entrega advém de um *querer*. Na velhice, podemos, enfim, *querer* ler um livro pelo simples prazer da leitura e, porque se tem tempo para si, a leitura pode ser degustada como um fruto maduro: com vagar e apreço.

Apreciar literatura é, portanto, uma forma de cuidar de si mesmo, de nutrir a alma, de acalantar um mundo interior, de se conservar cidadão *da e na* vida, de cultivar a harmonia interior. Ou, ainda, nas palavras de Antônio Candido:

O cidadão deve ser também um homem que consegue ter equilíbrio interior. Para alguém ter equilíbrio interior, é preciso dosar sabiamente a proporção entre real e fantasia que fazem parte da existência de cada um de nós. E a literatura é a forma mais alta e a mais fundamental para a vida em harmonia (apud MARINHO, 2009, p. 13).

E porque falamos de literatura, é preciso trazer à lembrança e à reflexão um conceito que vem de Mia Couto (2011, p. 104), escritor moçambicano. Diz ele: “A infância é quando ainda não é demasiado tarde. É quando estamos disponíveis para nos surpreendermos, para nos deixarmos encantar.” Ora, para que nos encantemos é suficiente que estejamos vivos. Portanto, é possível haver encantamentos e aprendizagens também durante a velhice. E se a literatura tem o poder do encantamento, e a infância “é uma janela que, fechada ou aberta, permanece viva dentro de nós”, então a literatura é um convite a abrirmos esta janela.

Roda de literapia: o que é, como se faz

Sentar-se em disposição circular, quando em grupo, tem algumas simbologias. O sentido do círculo é de uma imagem perfeita, de união, de completude, e até mesmo de sacralidade.

Por isso, as cantigas de roda despertam um profundo sentido de fraternidade e amizade: é preciso dar as mãos para que o círculo se mantenha fechado. Dispostas em uma roda, as pessoas facilmente podem manter contato visual com todos os integrantes do círculo, e se estabelece, assim, um clima acolhedor. É por essas razões que a proposta que aqui se apresenta privilegia esse formato de encontro: em uma roda.

A roda de literapia consiste, portanto, em uma sessão de leitura (narração, recitação ou dramatização) conduzida por um mediador, seguida de debate, conversa, impressões, interpretações, troca de saberes e experiências entre os participantes. O papel mediador deve ser exercido por um bibliotecário, educador, psicólogo ou por um assistente social, ou seja, preferencialmente por um profissional capacitado a conduzir uma dinâmica de grupo, de forma a auxiliar na integração dos participantes entre si, bem como a que se estabeleça uma relação entre o texto e os leitores/ouvintes.

É preciso esclarecer que a tarefa do mediador tem início bem antes do encontro propriamente dito. Isso porque é a ele que cabe a responsabilidade pela seleção do material de leitura, devendo levar em conta as questões ou temas a serem abordados conforme as necessidades do grupo. Além disso, os textos precisam ser selecionados de acordo com a sua potencialidade para nutrir a saúde mental e emocional dos participantes. É fundamental, portanto, a observância das características do público-alvo da atividade (sexo, faixa etária, classe social, grau de escolaridade) e das questões de interesse desse público (temáticas pertinentes).

Isso posto, retornemos à roda, isto é, à descrição da atividade de leitura. É primordial que a leitura inicial, aquela realizada pelo mediador, seja feita em voz alta. Ler em voz alta nutre a capacidade de escuta e, precisamente por este

motivo, implica a possibilidade de um encontro precioso entre quem lê e quem escuta, entre quem escuta e quem escreve. A leitura em voz alta é uma espécie de banquete: “Um lê para o outro como quem dá de comer para quem tem fome”(GIARDINELLI, 2010, p. 115).

Outra vez, portanto, evidencia-se o papel do mediador. Se é o mediador o responsável pela leitura em voz alta, é essencial que esse papel seja desenvolvido com emotividade, com entonação, com devoção. Afinal, a recepção do texto pelos ouvintes é dependente desta mediação:

A voz de quem lê um conto em voz alta, sua presença, o livro que sustenta na mão, as ilustrações que se espiam ou vislumbram, o lugar no qual se desenvolve a cena, os odores e sons circunstanciais formam parte da experiência e chamam a atenção sobre ela (MONTES apud GIARDINELLI, 2010, p. 114).

Assim, quanto maior for o apreço e o envolvimento do mediador em relação ao texto compartilhado, tanto maior será o encantamento gerado em seus ouvintes, porque ler em voz alta é multiplicar, expandir, convocar para o encontro: “Quem conta uma história está junto” (GUTFREIND, 2012, p. 70). É somente assim, sensibilizados pelo texto ouvido, que os participantes sentirão prazer e entusiasmo em passar à próxima fase da roda: a da livre interpretação textual.

Do caráter libertário e libertador da literatura – na medida em que o texto literário permite diferentes possibilidades de leitura e proporciona uma recepção individual –, decorrem as múltiplas possibilidades de interpretação para um mesmo texto, ou seja, lido o texto é chegado o momento de

compartilhar as impressões, sensações, sentimentos, emoções suscitadas pela leitura.

Esse compartilhamento configura-se na forma de um debate ou discussão, quando cada participante é livre para verbalizar suas associações a partir da matéria lida, o que pode acontecer na forma de relatos de experiência, manifestação de lembranças, desejos, sentimentos, reflexões. Mais do que a socialização dos sentidos do texto, importa, nesta etapa, o sentido humano e humanizador que decorre da interação com o outro:

Ler também provoca ou estimula um sentimento marcadamente humano no leitor que se estende a uma legião de leitores: o sentido de necessidade e até o sentido de urgência de socializar o livro junto aos outros, fazendo da leitura uma comunidade de iguais nas suas diferenças (MARINHO, 2009, p. 52).

Sempre convém lembrar que o momento dedicado a esse compartilhar de pontos de vista sobre o texto não comporta questões de *certo* ou *errado*. É antes um momento para o exercício da liberdade de expressão. Os participantes devem se sentir à vontade para comentar a leitura segundo suas próprias subjetividades e idiossincrasias, se o texto assim o permitir: “Quando as obras acertam no símbolo, cada um lê do jeito que precisa” (GUTFREIND, 2012, p. 123).

Para os casos em que os participantes da roda não se sintam confortáveis em se expressar oralmente, ou para os casos em que a *roda de literapia* aconteça de forma mais sistematizada (quinzenalmente ou mensalmente), sugerimos a seguinte variação: (re) escrituras a partir do texto lido (isto é, os participantes podem reescrever a história ou parte dela,

modificando o final ou alguma cena em especial quando se tratar do gênero conto; no caso da crônica, podem simplesmente tecer comentários escritos sobre o tema abordado; ou ainda, se tratar-se do gênero poesia, podem escrever seu próprio poema, expressando livremente sua emotividade). Além disso, outras alternativas à linguagem verbal podem ser utilizadas, tais como música, dança, ou desenho. E há, ainda, que se respeitar o silêncio, pois haverá aqueles aos quais faltarão formas de expressão, isto é, haverá quem guarde só para si as suas próprias reflexões, sem que isso represente um sinal de solidão, afinal “o silêncio é, tanto quanto a palavra, um momento de vital partilha de entendimentos”(COUTO, 2011, p. 187). Mais do que a técnica, portanto, importa antes a liberação das emoções, as provocações internas suscitadas pelo texto, e, sobretudo, a alegria e o contentamento proporcionados pelo próprio encontro.

Assim, descrita a metodologia da “roda de literatura”, resta-nos justificar a sua finalidade.

Roda de literatura: para que(m) se faz

É indiscutível que o ser humano busca, desde sempre, atribuir sentido ao mundo que o cerca. À medida que atribuímos sentido à realidade, e por que não dizer, à nossa própria condição existencial, a vida passa a ser menos assustadora e precária. Daí ser o homem um ser de linguagem. É por meio da linguagem que o indivíduo se reconhece como um ser *no* e *do* mundo. Se essa linguagem for a literária, tanto mais sublime e significativo será o reconhecimento de si mesmo, afinal,

A leitura como exercício dialogal e como descoberta surpreendente da realidade humana promove a lucidez. Intensificamos

nosso existir, conscientes dessa intensificação, empregando na leitura nossa capacidade de pensar, imaginar, intuir, lembrar. Compreendemos melhor a incompreensível condição humana, captando os temas vitais (experimentando-os *por dentro*, por assim dizer), temas que brotam das peripécias de um personagem, das aliterações e rimas de um poema, das imagens descritas por um escritor, do sofrimento de um ser ficcional, da alegria de uma criança inventada (PERISSÉ, 2006, p. 51-52).

O encontro com a leitura literária promove, portanto, o autoconhecimento. É através da interação com o outro – sendo o *outro* o próprio texto ou, no caso da roda de literatura, também aquele com quem se trava um diálogo após a leitura – que compreendemos melhor quem nós somos. Não sendo isso o bastante, a leitura de literatura ainda oportuniza vivências através da experiência do outro (o personagem literário) sem que tenhamos que passar pelos perigos reais das circunstâncias narradas. Podemos, ainda, identificar num personagem ou num poema problemas semelhantes aos nossos e, conseqüentemente, vislumbrar soluções ou simplesmente sentirmo-nos apaziguados e reconfortados por percebermo-nos iguais. Explica-se: não há sentimento humano que não possa ser (ou já não tenha sido) explorado pela literatura, porque a literatura está impregnada, antes de mais nada, da própria vida. Ler literatura é, portanto, e sobretudo, humanizar-se.

Por fim, mas não menos importante, cabe dizer que a leitura de literatura nos introduz no universo da memória. E não estamos aqui a falar de ler para exercitar a memorização, o que equivaleria a reduzir a leitura a uma mera instrumentalização, a uma função *menor*. Referimo-nos à memória como criadora de identidade. Ao lembrarmos do que lemos e vivemos, lembramos de quem fomos e, por conseguinte, de

quem somos. Nas palavras de Perissé (2007, p. 20), trata-se do fato de que

No ato mesmo de ler, mergulhados na livrosfera, vêm-nos à tona realidades impressas, marcadas no fundo profundo, naquela *área* do espírito a que temos difícil acesso, mas que se desprendem deste fundo, e, voláteis, voam agora dentro de nós, talvez semelhantes a fantasmas inofensivos, ou a anjos benévolos, ou a demônios torturadores. Assombrados, nem sempre percebemos como a leitura suscitou essas aparições.

Fato é que a leitura no faz lembrar, nos traz à memória afetos, desafetos, sentimentos, sonhos, mágoas, frustrações, desejos, carências, verdades, anseios, enfim, a leitura *nos traz à tona*. Na velhice, pode ser especialmente interessante resgatar essa forma de memória, uma vez que é preciso recordar que envelhecer é continuar *sendo*, isto é, a despeito de tudo o que já se viveu e do que resta de vida a viver, ainda *somos*. Inacabados, incompletos e imperfeitos, ao envelhecer continuamos reafirmando nossa condição humana em um projeto existencial que só finda quando finda a vida.

É por isso que a *roda de literapia*, ao se fazer acontecer na fase última da vida, promove, dentre outras coisas tantas, a possibilidade de se envelhe(s)er, ou seja, a possibilidade de nos vislumbrarmos como de fato somos e de como ainda podemos ser, afinal, “o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando” (ROSA, 2001, p. 39).

R.S.V.P. ... ou... Considerações finais

Os iniciados nos meandros de etiqueta social reconhecerão a sigla que inicia as palavras finais do presente artigo. Trata-se de uma expressão francesa, comumente usada ao final de convites de casamento ou formatura, que significa *responda, por favor*. Transposto para o contexto da proposta que aqui apresentamos, trata-se de um chamamento a todos aqueles que desejam contribuir para a promoção da saúde mental e emocional dos idosos, através da consecução de rodas de literatura. Em outras palavras: que se faça chegar a *roda de literatura* às casas geriátricas, aos clubes de terceira idade, aos hospitais, às associações de bairro, às bibliotecas, enfim, aos espaços de circulação social onde o idoso se faz presente. Responder ao convite para a proposta das *rodas de literatura* diz respeito, portanto, a torná-la viável, a fazê-la acontecer.

Mia Couto descreveu o mundo em que vivemos como “uma casa ameaçada de incêndio”. É uma imagem forte, que nos faz pensar na iminência de uma tragédia. O que Mia quer dizer é que o mundo está assustadoramente doente, embotado, anestesiado contra a sensibilidade, a delicadeza, contra tudo o que de nobre caracteriza o aspecto humano do ser. Mas é o próprio autor quem nos prescreve o remédio:

Temos de repensar o mundo no sentido terapêutico de o salvar de doenças de que padece. Uma das prescrições médicas é mantermos a habilidade da transcendência, recusando ficar pelo que é imediatamente perceptível. Isso implica a aplicação de um medicamento chamado inquietação crítica. Significa [...] deixar entrar a luz da poesia na casa do pensamento (COUTO, 2011, p. 99-100).

Em outras palavras, é possível transformar o mundo que nos cerca a começar pelo nosso próprio cotidiano, imprimindo em nosso dia a dia mais beleza, serenidade e delicadeza, isto é, trazendo mais poesia para nossa vida. A poesia é um modo de ver o mundo. E essa visão pode conter plenos momentos de fruição literária, pequenos espaços do dia destinados à leitura, à sedução da palavra. Ao ler, apropriamo-nos dos sentidos das palavras, tornamo-nos donos delas, e “ao sermos donos das palavras, somos mais donos da nossa existência” (COUTO, 2011, p. 97).

Portanto, se quisermos um mundo mais saudável – ao menos no que tange aos aspectos mentais e emocionais – e uma velhice igualmente plena, urge promovermos espaços para o encontro: com o outro, com a literatura, consigo mesmo. É sob essa perspectiva, pois, que a *roda de literapia* aqui apresentada pode funcionar como coadjuvante terapêutico, capaz de conduzir ao bem-estar e à eutímia, no processo do envelhecimento humano. A *roda de literapia* é, pois, um convite à espera do sim.

Referências

- CALDIN, Clarice. A leitura como função terapêutica: *biblioterapia*. R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf., Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. ISSN 1518-2924.
- COUTO, Mia. E se Obama fosse africano? *Ensaios*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- GIARDINELLI, Mempo. *Voltar a ler*: propostas para ser uma nação de leitores. São Paulo: Nacional, 2010.
- GOLDENBERG, Mirian. *A bela velhice*. Rio de Janeiro: Record, 2013.
- GRITTI, Delmino. *Sobre o livro e o escrever*. Caxias do Sul: Maneco, 2002.
- GUTFREIND, Celso. *A dança das palavras*: poesia e narrativa para pais e professores. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios, 2012.

MARINHO, Jorge Miguel. *A convite das palavras: motivações para ler, escrever e criar*. São Paulo: Biruta, 2009.

PERISSÉ, Gabriel. *A leitura observada e outros estudos*. 1. ed. São Paulo: Factash, 2007.

PERISSÉ, Gabriel. *Literatura e educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

ROSA, Guimarães. *Grande sertão: veredas*. 19. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

Educação gerontológica para um estilo de vida saudável

Juliana Marchiori Lara¹
Patricia Carlesso Marcelino²

A longevidade é cada vez mais verificada na sociedade riograndense. Os longevos estão inseridos em todas as esferas da sociedade, de diversas formas, nas atividades profissionais, no lazer e na cultura. Todavia, esses sujeitos apresentam disfunções no seu processo saúde/doença, sendo a maioria representada por doenças de caráter crônico-degenerativo. Obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) diabetes *melittus* (DM), aterosclerose, síndrome metabólica e estresse são doenças presentes em uma parcela significativa da população idosa.

Essas doenças têm componentes genéticos, ambientais, mas o fator predisponente modificável que mais interfere é o

¹ Enfermeira, mestre em Enfermagem pela EEUFRGS, docente e coordenadora do Curso de Enfermagem da ULBRA, Carazinho, RS

² Mestre em Educação (UPF), especialista em Atividade Física e Qualidade de Vida (UPF), especializanda em Docência em Saúde (UFRGS), coordenadora e docente do curso de Educação Física na ULBRA Carazinho. E-mail: carlesso_patricia@hotmail.com

estilo de vida. Os hábitos alimentares, a prática de exercícios físicos, o lazer, a meditação e o sono adequado são algumas das instâncias da vida negligenciadas pela população em geral. Isso acarreta reflexos ao longo da vida, principalmente, na terceira idade, quando as funções orgânicas naturalmente entram em declínio.

Este capítulo tem por objetivo apresentar o processo de envelhecimento nas diversas perspectivas que o envolvem, a fim de atualizar os conhecimentos sobre o envelhecer que embasam o desenvolvimento do estudo com um grupo de idosos sobre a educação gerontológica para um estilo de vida saudável com enfoque interdisciplinar, bem como a monitoração da evolução dos aspectos físico, mental, social e espiritual.

Reflexos bio-psico-sociais do envelhecimento

O ser humano desenvolve-se em múltiplos cenários. Portanto, não se pode dizer que todos os indivíduos envelhecem da mesma maneira e no mesmo ritmo. Este desenvolvimento é biológico, social e psicológico, desta forma, tudo influencia sua forma de agir, ser e estar no mundo e, sobretudo, a maneira que vai enfrentar as diversas situações a ele impostas, seja na juventude ou na velhice.

Envelhecer implica um processo amplo que envolve aspectos biológicos e psicológicos. A velhice é marcada pela sabedoria, pela reiteração de valores, pela consciência da finitude, pela esperança, mas também pelas perdas (biológicas, sociais e psicológicas), que podem gerar sentimentos de solidão, de desvalorização pessoal e profissional ou levar à dependência e à falta de autonomia (CORTELLETTI; CASARA; HERÉDIA, 2004).

O processo de senescência é peculiar a todos os indivíduos. Alguns autores defendem a idéia de que o envelhecimento inicia tão precocemente na concepção, outros, a partir do nascimento. O processo de senescência é caracterizado por alterações biológicas, psicológicas e sociais que acompanham o ser humano. Este processo é caracterizado por alterações fisiológicas e não é acompanhado por patologias.

O aumento da expectativa de vida expõe os indivíduos a fatores de risco, associados a doenças crônicas degenerativas, o que diminui a mortalidade e eleva a morbidade. É assim que o prolongamento da vida traz como encargos a instalação de possíveis *deficits* físicos e funcionais, a fragilidade progressiva e o aparecimento de pluripatologias (PEDREIRA, 2004). Com o passar dos anos, o organismo vai, inevitavelmente, tornando-se frágil aos agressores externos e internos, desenvolvendo e/ ou adquirindo processos patológicos que podem resultar em um aumento da morbimortalidade.

O envelhecimento é um processo biopsicossocial experienciado por todos os seres humanos, no qual ocorrem modificações estruturais e alterações hormonais que resultam em um organismo fragilizado, e é nesta fase que podem surgir processos patológicos (SANTIN; BOROWSKI, 2008).

Com o tempo, o organismo tem dificuldade em se adaptar e diminui a sua margem de segurança, tornando-se mais frágil à invasão de microorganismos e produzindo menos linfócitos capazes de combater os agentes invasores (BEAUVOIR, 1990) (HAYFLICK, 1997) (FREITAS et al., 2002) (JARVIS, 2002) (SMELTZER; BARE, 2002) (POTTER; PERRY, 2006).

Além do envelhecimento biológico, o indivíduo experiencia o envelhecimento social e psicológico ao longo do seu processo evolutivo. A teoria do desengajamento prevê

que o idoso percebe seu envelhecimento de forma a tornar-se um ser inativo, retirado da sociedade. Em contrapartida, a sociedade o vê da mesma forma, como indivíduo que chegou à última etapa do ciclo vital, portanto não mais partícipe das decisões da sociedade, por estar em um período de involução, este natural, universal e espontâneo (SIQUEIRA, 2002) (SMELTZER; BARE, 2002) (DOLL et al., 2007).

O envelhecimento causa uma diminuição da plasticidade comportamental em cada indivíduo, tornando-o mais vulnerável, tendo um aumento de perdas evolutivas e uma probabilidade maior de morte, mas é importante ressaltar que o envelhecimento não é sinônimo de doença, cada ser humano envelhece à sua maneira, de forma que muitos podem levar uma vida ativa, sadia ou apenas parar de viver, apenas sobreviver. Aí poderíamos associar saúde e doença com o envelhecimento de cada cidadão (GUILAMELON, 2007).

Concordando, Papaléo Netto (2002) constata que a maturidade e a velhice representam desafios individuais e socio-culturais permanentes para se conseguir atingir o bem-estar subjetivo dos idosos, aceitação dos mesmos pela sociedade e adequação das limitações do envelhecimento e as expectativas do grupo social em que vivem. O envelhecimento poderá ser elaborado de maneira mais eficaz a partir do momento em que o próprio idoso assume as próprias limitações. Werlang e Pomatti (2005) concordam, dizendo que o longo tempo que assume suas limitações está, de certa forma, demonstrando a sua maturidade e que a verdadeira sabedoria surge a partir do momento que o indivíduo percebe as limitações da condição humana.

Na continuidade, a cognição é vista como fundamental, pois é a partir dela que o indivíduo vai experienciar autoestima, domínio e competência, levando em conta os

papéis sociais estabelecidos anteriormente; também pode ser estimulada pela necessidade de satisfazer as necessidades humanas básicas, pela forma de como enfrentará situações como viuvez e aposentadoria e pela expectativa que outras pessoas depositam no idoso, fazendo com que o mesmo responda de forma eficaz (SIQUEIRA, 2002) (SMELTZER; BARE, 2002) (DOLL et al., 2007).

O ser humano de maneira geral tem como expectativa usufruir de sua longevidade, mas durante o percurso de sua vida, não está preparando-se de forma adequada para quando esta etapa chegar. Segundo Pomatti e Belitzki (2005), o idoso não se imagina com todas as alterações fisiológicas, psicológicas e sociais advindas deste processo.

O objetivo deste capítulo é analisar a possibilidade de um envelhecimento saudável na perspectiva da educação gerontológica para um estilo de vida saudável, com abordagem interdisciplinar e monitoração da evolução dos aspectos físico, mental, social e espiritual nos grupos de convivência em um município do interior do Rio Grande do Sul.

Especificamente, pretende-se comparar as condições de saúde das pessoas idosas antes e após as oficinas educativas propostas pela pesquisa. E identificar as facilidades e dificuldades encontradas pelas pessoas idosas ao assumirem esta mudança para um estilo de vida saudável através da realização da oficina.

Metodologia

A população pesquisada foi composta por idosos ativos de um município do interior do Rio Grande do Sul, participantes de um grupo da terceira idade, no ano de 2013.

A amostra caracterizou-se por ser não-probabilística intencional, para a qual foi eleito um grupo de terceira idade para participar do estudo. O grupo tem aproximadamente 50 idosos, de ambos os sexos, com idades entre 55 e 85 anos, com um grau de escolaridade baixo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da ULBRA, bem como seguiu as premissas da CNS/196/96. Também foi preenchido um termo de consentimento livre e esclarecido, evidenciando os objetivos da pesquisa. Após a concordância dos participantes, foram realizados cinco encontros com o grupo, seguindo-se uma estrutura básica que constou de atividades lúdicas; desenvolvimento, com o conteúdo propriamente dito e, ao final, era lançado um desafio semanal. A cada encontro, também, houve espaço para depoimentos, atividades físicas e relaxamento corporal.

Os encontros foram norteados pelas seguintes temáticas:

- a) Sensibilização – o novo idoso e o envelhecer saudável;
- b) Atividade física, alimentação e corporeidade;
- c) Cuidado de si – lazer, espiritualidade e bem-estar;
- d) Novas perspectivas para envelhecer melhor nos grupos de terceira idade;
- e) Compartilhando experiências e saberes sobre o envelhecer.

Após o quinto encontro foram aplicadas as entrevistas semiestruturadas. E, em relação à abordagem quantitativa, a análise caracterizou-se por ser do tipo estatístico descritivo.

Após a aplicação do questionário aos participantes do estudo, entre outras coisas, pôde-se constatar que, em relação ao gênero, a maioria dos participantes foi de mulheres, 41 pessoas, enquanto os homens representaram 9 sujeitos pesquisados. Esse achado vem ao encontro de inúmeras observações

da literatura, uma vez que as mulheres tendem a participar mais de grupos e a cuidar mais de sua saúde, realizar mais consultas, exames e visitar os serviços de saúde.

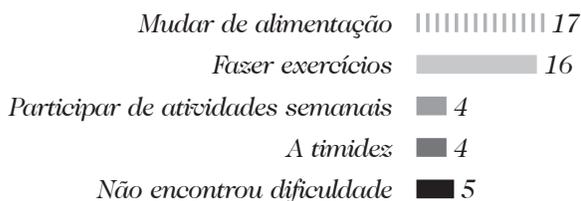
A *impressão* dos participantes quanto à sua saúde atual, foram as seguintes:



Como se pode ver, dos participantes questionados quanto à sua impressão geral em relação à próprias saúde no momento, uma expressiva maioria considerou ter uma saúde boa, sendo que a expressão “estável” foi utilizada somente por um dos participantes. Essa observação pode estar relacionada ao fato de que indivíduos que participam de grupos têm uma vida mais ativa e, por conseguinte, mais estímulos que contribuem para uma melhor sensação de bem-estar e mais saúde.

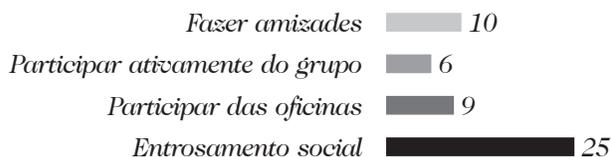
Após a realização das oficinas, buscou-se avaliar as maiores dificuldades e facilidades encontradas na assunção de um estilo de vida mais saudável.

Quanto às *dificuldades* ao assumir a mudança no estilo de vida, uma expressiva maioria referiu que mudar a alimentação e fazer exercícios são os maiores obstáculos a serem vencidos, sendo minoria os que não encontraram dificuldades neste sentido, tal como evidenciado na representação gráfica a seguir:



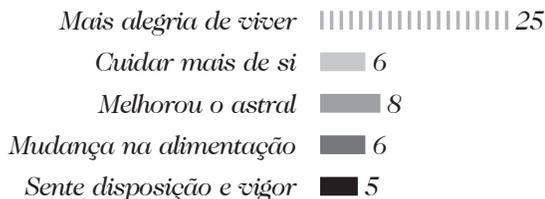
Esses achados confirmam o senso comum de que as mudanças na dieta alimentar e na realização regular de exercícios físicos são os maiores desafios a serem vencidos quando se trabalha com idosos, seja nos grupos, seja em qualquer outro ambiente dos serviços de saúde.

Quanto às *facilidades* referidas ao assumir a mudança no estilo de vida, aspectos sociais como o entrosamento social e o fazer amizades foram os mais importantes para a maioria:



Essa constatação reafirma a essencialidade da integração social e das relações humanas na vida das pessoas.

Ao finalizar as cinco oficinas, foi perguntado aos participantes sobre qual sua *percepção* de ter havido mudança em sua vida. As respostas apontaram para uma unanimidade em referir aspectos positivos, denotando mais motivação e interação social:



Pode-se observar que metade afirmou perceber mais alegria de viver, o que se pode associar às práticas nas oficinas,

que proporcionaram diferentes aspectos à reflexão e resultaram em sensações e percepções positivas, cujas repercussões somente poderão ser mensuradas com o tempo, mas seu impacto inicial foi altamente promissor.

As dificuldades apontadas são prioritariamente individuais e vão requerer modos variados de abordar e continuados esforços das equipes de saúde, mas podem ser suplantados com políticas bem estruturadas e articuladas, voltadas à valorização do indivíduo, dos grupos e das relações humanas, denotando a essencialidade do viver social e da educação voltada especificamente à população gerontológica.

Considerações finais

O reconhecimento da multidimensionalidade da qualidade de vida refletiu-se na estrutura do instrumento, baseada em seis domínios: físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, com o meio ambiente e de espiritualidade/religião/crenças pessoais.

A qualidade de vida, contudo, é uma questão que envolve valores e, como tal, está cheia de subjetividades, de reflexões pessoais e juízos familiares. A população em geral tem consciência do que é melhor para sua saúde, mas nem sempre o que é melhor para a sua saúde se reflete no que é melhor para a pessoa. Como a forma de mensuração, pelo que podemos notar, depende muito da interpretação de cada pessoa, que identifica o grau de melhora, piora ou, até mesmo, a manutenção da qualidade de vida dos indivíduos, esta se torna uma avaliação que atua no campo perceptivo sobre os níveis do *envelhecimento bem-sucedido*.

Numa sociedade ativa e competitiva, como a que vivemos, o esperado é que o idoso fique afastado do meio social

ativo, por se apresentar fora do ritmo dos acontecimentos e improdutivo aos olhos do dinamismo social. Essa falta de utilidade, juntamente com a perda do papel social, desencadeia na sociedade o preconceito relacionado à idade.

As ações preventivas e reabilitadoras devem surgir por meio de campanhas de conscientização para uma vida mais ativa e saudável, oportunizando mais atendimentos domiciliares, serviços de orientações, exercícios físicos, aumento da aposentadoria entre outras ações. Fato é que as atividades são imprescindíveis para manter e resgatar a autonomia dos idosos, tendo grande impacto na saúde da população. Os profissionais da saúde, além de atuar com os cuidados e atenções, devem também ser mediadores, defensores, mentores, facilitadores e promotores dos procedimentos relacionados à saúde dos idosos.

O idoso percebe o seu envelhecimento pouco a pouco, através dos papéis sociais que desenvolveu durante a sua vida. A família e a sociedade acompanham esta etapa da vida e, de uma maneira ou de outra, determinam o envelhecimento social do ser humano. Como a sociedade, de maneira geral, valoriza o ser produtivo, quando ocorre a aposentadoria, passa-se a considerar o indivíduo como improdutivo, o que acaba por excluí-lo das decisões, seja na família ou na comunidade, configurando-se uma sociedade oposta aos costumes antigos, nos quais o idoso era valorizado pela sua sabedoria e pela detenção do conhecimento.

O homem, sendo um ser biopsicossocial, irá responder em sua velhice por todas as experiências vividas durante sua vida. Por exemplo, o indivíduo que cultivou amizades, que teve em seu contexto social família estruturada, um emprego digno, boa saúde, foi estimulado a cultivar valores e, portanto,

sentirá em sua velhice capacidade de encarar novos papéis, ressurgindo com o envelhecimento novas possibilidades.

Muitos indivíduos longevos buscam, através de sua vivência, experiências pessoais e profissionais, além de, com todos os seus recursos psicológicos, enfrentar a velhice, aposentadoria, viuvez, a morte de parentes e amigos de maneira natural, julgando que este é o percurso da vida. Dessa forma, tornam o enfrentamento do envelhecimento menos penoso e mais prazeroso, resultando no desenvolvimento de novos papéis sociais.

A educação em saúde é uma estratégia de motivação continuada, mas as efetivas alterações são provenientes da conscientização sobre a importância da atitude a ser tomada. Ao assumir este novo estilo de vida, o aspecto referente ao condicionamento é fundamental para a adesão e continuidade deste processo. É realmente um processo contínuo que deve ser continuamente repetido, refletido e estimulado pelos envolvidos.

Promover a saúde dos idosos é uma estratégia fundamental para a sua qualidade de vida, mas não basta demonstrar inicialmente o que fazer, é preciso continuamente monitorar, não somente isto atribuído aos profissionais, mas devendo acontecer pelos próprios pares também, ou seja, pelos amigos, colegas e companheiros de grupos da terceira idade. Os grupos têm papel fundamental na manutenção dos hábitos de vida, uns motivam os outros para manterem-se saudáveis, pois, quando em equilíbrio, não serão vítimas das sequelas limitadoras que as doenças de base serão capazes de causar. Além de viver com qualidade, adquire-se saúde na sua mais complexa perspectiva.

Referências

- ALVES, A.M.C.A. Biologia do envelhecimento: envelhecimento biológico normal modificações fisiológicas. *Gerontologia e geriatria*. Canoas: Ulbra, 2002.
- BEAUVOUIR, Simone de. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BECK, C. L. C.; GONZÁLES, R. M. B.; COLOMÉ, C. S. Os desafios impostos pelo processo de envelhecimento humano. *Recenf – Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 122-126, mar./abr. 2003.
- CAMARANO, Ana Mélia. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, Elizabete Viana et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- CORTELLETTI, Ivonne A.; CASARA, Miriam B.; HERÉDIA, Vânia B. M. *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: EDUCS - Editora da Universidade de Caxias do Sul, 2004.
- COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. *Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.
- DOLL, Johannes; GOMES, Ângela; HOLLERWEGER, Leonéia; PECOITS, Rodrigo Monteiro; ALMEIDA, Sionara Tamanini. Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento. *Estud. interdiscip. envelhec.*, Porto Alegre, v. 12, p. 7-33, 2007.
- FREITAS, Elizabete Viana et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- GUILAMELON, Lucimari Frankenberg. *Promoção da autonomia e da saúde em idosos: perspectivas de atuação da fisioterapia*. Serviço social. Dissertação de mestrado PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.
- HAYFLICK, Leonerd. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: ABDR, 1997.
- JARVIS, Carolyn. *Exame físico e avaliação de saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- NERI, Anita Liberalesso. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Freitas, E V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*, 2007.

OMS - Organização Mundial de da Saúde. *Você decide: qual idade quer ter?* Disponível em: <http://www.saudeemovimento.com.br/reportagem/noticia_pesq_r1.asp>. Acesso em: 15 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

PAPALEO NETTO, Matteus. *Gerontologia, a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2005.

PEDREIRA, Larissa C.; LOPES, Regina M.; OLIVEIRA, Clarisse. *Importância da capacitação de recursos humanos para o cuidado ao idoso na UTI*. Nursing, Barueri, v. 70, n. 7, p. 21-24, mar. 2004.

POMATTI, Dalva Maria; BELITZKI, Patrícia da Costa. Qualidade de vida: percepção dos idosos frequentadores de uma universidade aberta para a terceira idade. In: BOTH, Agostinho et al. *Envelhecer: estudos e vivências*. Passo Fundo: UPF Editora, 2005.

PORTELLA, Marilene Rodrigues; MORAIS Ana Maria Leal. Envelhecendo e cuidando do ser envelhecido: o que leva um idoso a cuidar de outro idoso. In: BOTH, Agostinho et al. *Envelhecer: estudos e vivências*. Passo Fundo: UPF Editora, 2005.

POTTER, Patricia A; PERRY, Anne Griffinl. *Fundamentos de enfermagem*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

RAMAYANA, Marcos. *Estatuto do idoso comentado*. Rio de Janeiro: Roma

RAMOS, Marília P. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 7, jun. 2002.

RITT, Caroline Fokinki; PORTO, Rosane T. Carvalho. *Teoria da sociedade conforme Niklas Luhmann e a condição humana de Hannah Arendt, Relacionados com a violência contra idosos*. 2007

SILVA, A. L. da. *O saber nightingaliano no cuidado: uma abordagem epistemológica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

SIQUEIRA, M E C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SMELTZER, Suzana C.; BARE, Brenda G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgico*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TEIXEIRA, E. *Vivemos envelhecendo, envelhecendo vivemos*. São Leopoldo: Sinodal, 2002.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, ago. 2007.

VIEIRA, Elaine Brandão. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VIVAN, Analise de Souza; ARGIMON, Irani Iracema de Lima. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad. Saúde Pública*, 2009.

ULBRATI – Uma trajetória na promoção de saúde

Lidiane Requia Alli Feldmann¹

O projeto ULBRA e a Terceira Idade (ULBRATI) existe há mais de vinte anos. Nasceu em 15 de agosto de 1993 sob a coordenação da professora Hilda Gavene Dias, proposto pelo curso de Pedagogia da instituição, com o objetivo principal de proporcionar ações que incentivem o aprimoramento da pessoa, via mudança de atitudes e comportamentos e com objetivos específicos de desenvolver um espaço de convivência, de fazer novas relações e de estar em um ambiente universitário; melhorar a percepção sobre a vida e a forma das pessoas com mais de 50 anos a se sentirem úteis e com a sua cidadania respeitada; desenvolver e efetuar atividades variadas com o grupo e de pesquisas (TEIXEIRA, 2008)

Ao longo desses anos, o projeto foi se modificando e essas mudanças foram ocorrendo devido às mudanças no comportamento dos idosos. Os objetivos iniciais do projeto

¹ Mestre em Saúde Coletiva, coordenadora do projeto ULBRATI, docente do curso de Educação Física ULBRA Canoas. E-mail: lidianefeldmann@gmail.com

foram alcançados. Hoje forma um grupo significativo de envelhecidos integrados, cheios de energia, exigentes em suas tarefas, autônomos e apropriados de suas vidas e rotinas.

Essa mudança não ocorreu somente no projeto, mas, na população nacional e mundial, com o aumento da expectativa de vida. A Organização Mundial da Saúde considera idoso, a pessoa com mais de 65 anos nos países desenvolvidos e acima de 60 em países em desenvolvimento. Nos seus princípios, o ULBRATI aceitava pessoas acima de 50 anos, pois os limites estabelecidos de idade eram mais baixos, devido à menor qualidade de vida. Com os avanços na medicina, com a busca e incentivo por atividades de prevenção de doenças e de promoção de saúde, através de ações proporcionadas por universidades e com projetos extensionistas e de políticas públicas, há mais qualidade de vida e isso vem mudando o cenário das cidades, do país e do mundo.

Hoje, o projeto ULBRATI é composto por pessoas acima de 60 anos de idade; visa possibilitar o acesso de idosos a atividades culturais e científicas, objetivando não só o lazer e a diversão, mas também a construção e a ampliação do conhecimento e a promoção de saúde através de atividades físicas de diversas modalidades.

Este projeto atende em média a 180 idosos do município de Canoas/RS e região, oportunizando para a comunidade um espaço de práticas físicas, culturais, um ambiente de integração e conhecimento, onde eles podem aprender novos conteúdos, divertir-se, promover saúde e prevenir doenças e seus agravos. Periodicamente, o grupo é solicitado para apresentar suas atividades artísticas dentro e fora da instituição. As atividades são desenvolvidas nas terças, quintas e sextas-feiras nos turnos matutinos e vespertinos. Nas terças, os idosos participam de aulas de dança proporcionadas pela

parceria com o curso de Dança e ensaios do grupo vocal. Nas quintas, têm as atividades físicas, com jogos adaptados, hidroginástica, musculação e pilates. O curso de Fisioterapia colabora com a hidroterapia para estes idosos, trabalhando a reabilitação dos mais limitados fisicamente. Há também um projeto de voluntariado que os idosos desenvolvem junto do Abrigo Renascer em Canoas, promovendo às crianças aniversariantes do mês, carinho e atenção. A participação dos acadêmicos de diversos cursos integrados ao projeto proporciona para os alunos uma vivência na prática de suas áreas, ampliando seus conhecimentos e preparando-os para o mercado de trabalho. Para o curso de Educação Física, que é o proponente do projeto, oportuniza espaço de estágio curricular, o que possibilita a professores e alunos um melhor aprendizado.



Grupo ULBRATI 2013. Festa à fantasia, encerramento do ano.

As atividades

As aulas de hidroginástica acontecem duas vezes na semana e é a atividade mais procurada pelos envelhecetes. As aulas são ministradas por uma professora sob a supervisão da coordenadora e têm como objetivo principal melhorar a capacidade aeróbica. Muitos relatam que preferem esta atividade por ser agradável fazer exercícios dentro da água, pois sentem que suas dificuldades ficam diminuídas. Constatamos que muitos médicos indicam apenas hidroginástica para esta faixa etária, o que é positivo pelo ponto de vista de incluir uma atividade física como hábito de vida, mas por outro lado, muitas vezes, causa resistência por parte dos participantes em procurar outras atividades.



Turma de hidroginástica ULBRATI.

Os jogos adaptados ao idoso, trabalhados no projeto, são o câmbio (vôlei adaptado), basquete relógio e handebol por zona. Essas aulas ocorrem uma vez por semana e essa turma

participa de diversos eventos integrativos e competitivos que ocorrem no estado do Rio Grande do Sul. É possível notar a alegria e a satisfação dos envelhecetes ao participarem desses eventos fundamentais à integração e à socialização.

As aulas de pilates foram propostas no ano de 2012 pela coordenação do projeto com o intuito de proporcionar uma modalidade nova e melhorar a mobilidade músculo-articular dos idosos, conseqüentemente aliviando as dores causadas pelo processo de envelhecimento. Ocorrem uma vez por semana e o atendimento é mais individualizado, fazendo com que o número de vagas seja limitado.

A modalidade de musculação ocorre uma vez por semana e tem melhorado a sua adesão. No início, a tendência é encarar como uma atividade não própria para essa população, causando receio e estranheza em entrar em uma sala cheia de máquinas com pesos elevados. No entanto, ao perceberem que os exercícios são prescritos pelo professor, baseado na anamnese antes de começar as atividades e que os pesos são adequados à capacidade individual, os idosos se sentem mais seguros e após algum tempo já estão preferindo a musculação em vez de outras atividades. Provavelmente, isso aconteça por conta do atendimento individualizado, a praticidade de vestimenta e pelo fato de se sentirem capazes de realizar todos os exercícios propostos pelo professor.

O curso de dança, integrante da área das Artes, tem parceria com o projeto e ministra as aulas uma vez por semana, com o intuito de exercitar e ensinar novos passos a um grupo de envelhecetes. Há, ainda, outra turma, que representa a instituição e o projeto artisticamente, com coreografias nos mais diversos eventos. Essa turma ensaia uma vez por semana. De forma geral, os idosos que fazem parte dessa aula aprovam a modalidade, pelo clima de animação

e descontração. O grupo que participa das coreografias e ensaios se envolve na confecção dos figurinos, na escolha das músicas, nos locais que irão se apresentar, ou seja, mais um momento de integração e socialização do grupo.



Grupo de Dança ULBRATI – Festa de encerramento do ano de 2013.

A fisioterapia também é parceira desse projeto, oportunizando a hidroterapia, uma fisioterapia aquática com número de vagas restrito, objetivando atender a idosos com maiores limitações físicas, que necessitam de um atendimento mais específico à sua patologia e, muitas vezes, até mesmo uma reabilitação. Para fazer parte dessa atividade se faz necessário uma recomendação médica específica.

Outra atividade proposta é o grupo de coral que, uma vez por semana, ensaia músicas diversas e se apresenta dentro e fora da instituição. Semelhante à dança, os idosos participantes dessa atividade se envolvem com a confecção das roupas. Eles que decidem se aceitam os convites para as apresentações. O professor está com o grupo há mais de cinco anos e o vínculo entre professor e aluno já tem clima familiar e autônomo, pois os próprios idosos pedem músicas, organizam festas surpresas e homenagens ao professor.

Há, também, as aulas de informática, onde a proposta é a inclusão digital. Ocorrem uma vez por semana e são divididas em duas turmas, uma de iniciantes, onde é passado o conhecimento básico de informática, como aprender a manusear o computador, o *mouse*, a internet e outras atividades que podem ser realizadas através dessa tecnologia. Após, na turma dos avançados, os idosos têm rede social, enviam e recebem correios eletrônicos, fazem pesquisa na internet e aconteceu até de criarem um grupo da ULBRATI em uma rede social. Devido a essa inclusão digital, em todas as comemorações e eventos que participam, aproveitam seus momentos para tirar fotos e depois postar para os amigos, filhos e netos. Isso gera comentários de seus feitos e compartilhamento de fotos dos outros amigos também, o que demonstra integração. Essa turma, inclusive, produziu um vídeo comemorativo aos 20 anos do projeto. E foram eles que prepararam tudo, seleção de imagens, músicas e texto. Através dessa ação, é possível uma autonomia digital, já que, como dizem, nos dias atuais tudo gira em torno das novas tecnologias e do mundo virtual. Sem assim for, os idosos participantes dessas aulas já estão inclusos e fazem parte desse mundo.

Outros cursos da Ulbra, como os de Estética e fonoaudiologia, promovem ações para idosos no decorrer do ano.

O curso de Estética é responsável pelo SPA da ULBRATI, que consiste em alguns dias por semestre onde os alunos, supervisionados por uma professora, realizam atividades de massagem relaxante, limpeza de pele, maquiagem, drenagem linfática e outras diversas atividades da área. O curso de Fonoaudiologia realiza a cada semestre, com a participação dos alunos, palestras e testes auditivos onde são passadas orientações e encaminhamentos para os idosos que possuem problemas auditivos mais severos, além de técnicas para melhorar a fala e a audição.

Outros cursos promovem palestras, oficinas e até eventos no decorrer do ano, com ações pontuais e diversificadas. Uma vez por ano é realizada a Liga de Geriatria da ULBRA coordenada pelo curso de Medicina da mesma instituição, com orientações sobre cuidados com a saúde física e bucal, para os idosos da ULBRATI.

No decorrer do ano, são organizadas diversas festas comemorativas para promover a integração do grupo como um todo. As festas tradicionais que todo ano acontecem são: a comemoração do dia das mães, a festa junina, o aniversário do projeto e a festa de encerramento, podendo haver outras comemorações dependendo da demanda do grupo. Essas festas têm como características a participação da maioria dos idosos, na organização e na diversão. O resultado é que toda festa é regada com muita música e dança e todos se divertem.

Viagens também são organizadas pelo grupo. Um destino, nos meses de novembro, é Tramandaí - RS, onde a turma dos jogos participa do evento Jogos Adaptados ao Idoso do RS, que ocorre anualmente, organizado pela Fundação do Esporte do Rio Grande do Sul. Demais integrantes do projeto acompanham esse grupo para participar das atividades recreativas que se encontram no evento, como bailes

que acontecem em duas noites consecutivas. Essa viagem é aguardada com ansiedade todos os anos.



Grupo Coral ULBRATI – apresentação na festa de encerramento de 2013.



Joões de Integração do Idoso 2013 – Tramandacú - RS.

Foi desenvolvido pela coordenação do ULBRATI outro projeto de voluntariado dos idosos: “Avós do Amor”, onde eles organizam, uma vez por mês, uma festa de aniversário para crianças retiradas de suas famílias por motivos de violência. As crianças se encontram em um abrigo mantido pela prefeitura da cidade de Canoas - RS. Aquelas que fazem aniversário no mês corrente recebem presentes e uma festinha. Os convidados são as outras crianças, os educadores da casa e os idosos. E têm direito a um bolo com velas de aniversário para apagar depois do “Parabéns à você”, dos doces, salgadinhos e refrigerantes. Este costuma ser um momento mágico, pois é um dar e receber simultâneo. As crianças doam aos idosos o sentimento de utilidade e importância, pois, afinal, estão fazendo a diferença na vida delas. Os idosos, por sua vez, doam amor, carinho e afeto, além da festinha e dos presentes, é claro. Uma das idosas, que é professora aposentada, também colabora com aulas de reforço escolar para as crianças que estão com notas baixas na escola. Outro idoso ajuda mensalmente com doações de produtos de limpeza para a casa. E os demais idosos, que fazem parte do ULBRATI e não frequentam o abrigo, ajudam com doações de roupas, presentes e recursos financeiros para custear as despesas das festinhas. Ou seja, de certa forma, todos do grupo estão envolvidos, fazendo a diferença na comunidade.

Resultados

Os depoimentos dos participantes denotam o melhor dos resultados. Muitos relatam que deixaram de tomar remédios para depressão, perderam o medo de dirigir e já estão pegando o carro, indo até a casa dos amigos, saindo para passear, para ir a um evento ou até mesmo dando uma carona para

ir até a universidade participar das atividades. Relatam que, agora, são seus filhos que se preocupam com eles, pois não ficam mais em casa e estão sempre envolvidos com alguma apresentação, algum compromisso. Também contam que os netos adoram ver suas fotos na rede social e que se orgulham dos avós ativos e bem humorados.

Percebemos nesses relatos que nosso principal objetivo está sendo alcançado, pois isso é promoção de saúde e melhora de qualidade de vida, uma verdadeira retomada de autonomia de vida, e uma inclusão de hábitos de vida saudáveis, com socialização com outras pessoas. Afinal, isso tudo oportunizou o voltar a apreciar a vida e perceber que, mesmo com as dificuldades e limitações da idade, ainda há muito que viver.

Não obstante, precisamos de resultados quantitativos, apontando como está a saúde física dos integrantes do grupo. Para isso, duas vezes no ano são realizadas avaliações físicas para verificar a força de membros inferiores, agilidade, flexibilidade, capacidade aeróbica, índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura, para indicar risco de doenças crônico-degenerativas.

Outras avaliações são feitas pelos alunos do curso de Educação Física como iniciação científica para produção do trabalho de conclusão de curso, bem como apresentações em congressos da área.

Baseando-se nos resultados das avaliações, as atividades físicas são planejadas para atender os pontos fracos. Os resultados são divulgados em reuniões coletivas, apresentado a média do grupo, individualmente, mediante a procura dos mesmos.

Evidências sobre a saúde dos idosos

Segundo Araujo (1996), o envelhecimento pode ser entendido como um processo cronológico pelo qual o indivíduo torna-se mais velho, perdendo massa óssea, força e elasticidade. Isso limita sua capacidade funcional. No caso das mulheres que aumentam essas perdas após a menopausa, há uma aceleração desse processo. Nota-se, com uma análise geral do declínio funcional, que o sistema que sofre maior impacto com o passar do tempo é o cardiorrespiratório (ACSM, 1998).

Em um estudo produzido por Freitas (2013), para avaliar a capacidade aeróbica de idosos participantes do projeto ULBRATI, utilizou-se o teste de caminhada de 6 minutos (TC6), especialmente desenvolvido para avaliar essa capacidade funcional. Os testes se realizaram apenas com mulheres hipertensas que faziam uso de medicamento (SOARES et al., 2004 citado por FREITAS e ALLI-FELDMANN, 2013). Esse teste de caminhada é bastante conhecido no ambiente hospitalar, como modo de classificação de indivíduos com algum tipo de cardiopatia, mas também é usado para os saudáveis, neste caso, em idosos. É um teste submáximo e dito seguro pelo fato de ser feito caminhando e na companhia de alguém todo o percurso. Usa menor sobrecarga e conta como o estímulo do incentivo para obter o melhor de cada um dos avaliados (ARAÚJO et al. 2006, citado por FREITAS e ALLI-FELDMANN, 2013).

Participaram desse estudo 20 idosas com idade média 68,7 (+5). Sendo assim, para o teste de caminhada de 6 minutos, 10% da amostra esteve acima da média e 75% obteve a variação normal. Os 15% restantes ficaram abaixo da média, segundo classificação do protocolo de Rikli e Jones, 2008.

E já na frequência cardíaca (FC) inicial, a média do grupo foi 77,3 bpm (+7), e a FC final foi de 101 bpm (+ 10). Quanto à escala de esforço percebido de Borg, prevaleceu a classificação moderada para todas as idosas. Foi um teste que não exigiu tanto de suas capacidades. A partir da descrição do estudo, comparando a pressão arterial (PA) sistólica e diastólica, inicial e final, a frequência cardíaca inicial, durante e final do teste e a escala de Borg, concluiu-se que o teste foi leve para a grande maioria do grupo, pois 85% das avaliadas estavam na faixa normal ou acima da média. Isso quer dizer que nossos objetivos estão sendo atingidos, ou seja, a melhora na saúde, a prevenção de doenças, como o caso da hipertensão, que, nesse estudo, demonstrou redução na pressão arterial, pois muitas idosas relataram que após o início das atividades reduziram suas dosagens de anti-hipertensivos (FREITAS e ALLI-FELDMANN, 2013).

Com o objetivo de avaliar se houve aumento de massa magra em idosas, Rodrigues e Alli-Feldmann (2013) avaliaram 23 idosas, com idades entre 60 e 80 anos, que praticavam musculação. Foi utilizado o banco de dados das avaliações físicas realizadas em uma academia de Porto Alegre/RS. Em 12 meses, foi registrada uma frequência de no mínimo três vezes semanais.

A força é uma das características mais afetadas com o processo de envelhecimento. A perda da força muscular ocorre principalmente devido ao declínio de massa muscular, processo chamado de sarcopenia (FARIA et al. apud PEDRO e AMORIN, 2008).

Para Westcott e Beachle (2001) apud Rodrigues e Alli-Feldmann (2013), o treinamento de força deve fazer parte regular da vida diária de um idoso, pois estimula e melhora a manutenção da musculatura, atua na manutenção do me-

tabolismo, no ganho de tecido muscular, aumenta o padrão metabólico, reduz a gordura corporal, aumenta a densidade óssea mineral, melhora o metabolismo da glicose, reduz a pressão arterial, melhora os lipídios sanguíneos, conserva ou melhora a saúde da região lombar e o equilíbrio, além de reduzir a dor artrítica.

No estudo de Rodrigues e Alli-Feldmann, em 2013, obteve-se resultados positivos entre a primeira avaliação e a última, num período de 12 meses, com aumento da massa magra e diminuição do percentual de gordura.

<i>Amostra</i>	<i>1ª avaliação</i>	<i>2ª avaliação</i>	<i>Diferença entre a 1ª e a 2ª</i>
<i>Percentual de gordura</i>	<i>27,95%</i>	<i>27,77%</i>	<i>-0,18%</i>
<i>Massa magra</i>	<i>21,02 kg</i>	<i>21,14 kg</i>	<i>+0,12 kg</i>
<i>Peso total</i>	<i>65,69 kg</i>	<i>65,64 kg</i>	<i>-0,05 kg</i>

Média das avaliações referente à massa magra, percentual de gordura e peso total, a primeira avaliação feita na primeira semana e a última após um período de 12 meses.

Com a observação dos resultados, ficou caracterizado que o treino resistido para idosos teve efeito positivo, oportunizando que eles mantivessem suas atividades diárias com êxito. No quesito da perda muscular, segundo a literatura, idosos sedentários tendem a ter uma elevada perda de massa magra, sarcopenia, mas, após comparar as avaliações feitas no período de 12 meses, foi observado que na média geral houve uma redução na perda de massa magra com pequeno ganho em alguns casos. Além de não terem perdido massa magra, houve também uma diminuição no percentual de

gordura. Esses resultados são completamente positivos e justificam a implantação de exercícios de força para esta população (RODRIGUES e ALLI-FELDMANN, 2013).

Outro estudo avaliou a força de membros inferiores (MI), flexibilidade e capacidade aeróbica (CA) do grupo de idosos participantes do ULBRATI. Participaram 65 idosos com idade média de 64 anos. Foram submetidos ao teste de levantar da cadeira, utilizado para avaliar a força de MI; ao teste de sentar e alcançar os pés para avaliar a flexibilidade e ao teste de caminhada de 6 minutos para avaliar a CA, todos os testes segundo protocolo de Rikli e Jones, 2008, assim como seus desempenhos foram classificados de acordo com o mesmo protocolo.

<i>N</i>	<i>Idade</i>	<i>FMI</i>	<i>Flexibilidade</i>	<i>CA</i>	<i>Classificação</i>
65	64 anos	12 repetições	1 cm	552 metros	Faixa normal para todos os testes

Resultados para força de membros inferiores (FMI), flexibilidade e capacidade aeróbica (CA).

Os resultados apresentam que as capacidades físicas avaliadas dos idosos se encontram dentro da faixa de normalidade de acordo com sua idade, o que indica uma boa saúde física. O que permite concluir que as atividades propostas estão sendo satisfatórias para o grande grupo, podendo avançar ainda mais (ALLI-FELDMANN, 2013).

Considerações finais

Estes estudos mostram que a população idosa ativa obtém ganhos substanciais em saúde física, mental e social e consequentemente em qualidade de vida.

Para finalizar a explanação sobre um projeto de extensão para a terceira idade, acadêmicos de todos os cursos citados anteriormente fazem parte do projeto, como estagiários curriculares, extracurricular, voluntários e monitores, ou seja, um projeto de extensão traz benefícios a todos que o cercam. Nesse caso, alunos, professores, universidade e, principalmente, a comunidade.



Idosos, professores e estagiários do projeto ULBRATI 2013/1.

Referências

ALLI-FELDMANN, LIDIANE REQUIA. Força, flexibilidade e capacidade aeróbica de idosos praticantes de um programa de atividades físicas da ULBRA. *Anais do Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde*. Curitiba, 2013.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE - ACSM Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc*. 1998;30:992-1008.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE – ACSM. *Diretrizes do ASCM para teste de esforço e sua prescrição*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

ARAÚJO, CLÁUDIO, G. S. Aspectos médicos-fisiológicos da atividade física na terceira idade. I Seminário Internacional sobre atividades físicas na terceira idade. Vol. 01. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1996.

ARAÚJO, C. O, MAKDISSE, M. R. P.; PERES, P. A.; TEBEXRENI, A. S.; RAMOS, L. R.; MATSUSHITA, A. M. ET AL. Diferentes padronizações do teste de caminhada de seis minutos como método para mensuração da capacidade de exercício de idosos com e sem cardiopatia clinicamente evidente. *Arq Bras Cardiol*. 2006;86(3):198-205.

BORG, GUNNAR A.V. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med. Sci. Sports Exercise*, Vol. 14, No. 5, p. 877-381, 1982.

FREITAS, MARCO AURÉLIO GUSMÃO de. ALLI-FELDMANN, LIDIANE REQUIA. avaliação da capacidade aeróbica do grupo da terceira idade ULBRATI – ULBRA/Canoas. Trabalho de conclusão de curso de Educação Física da Universidade Luterana do Brasil. Aprovado pela banca em dezembro de 2013. Canoas – RS.

PEDRO, EDMILA MARQUES, AMORIM, DANIELLE BERNARDES. Análise comparativa da massa e força muscular e do equilíbrio entre indivíduos idosos praticantes e não praticantes de musculação. *Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, Campinas, 2008.

RIKLI RE, JONES JC. *Sênior Fitness Test Manual*. Human Kinetics. 2008.

RODRIGUES, MARCIO HOFFELDER; ALLI-FELDMANN, LIDIANE REQUIA. Avaliação de massa magra de idosos praticantes de musculação em uma academia de Porto Alegre/RS. Trabalho de conclusão de curso de Educação Física da Universidade Luterana do Brasil. Aprovado pela banca em dezembro de 2013. Canoas – RS.

SOARES, C. P. S.; PIRES S. R.; BRITTO R. R.; PARREIRA V. F. Avaliação da aplicabilidade da equação de referência para estimativa de desempenho no

teste de caminhada de 6 minutos em indivíduos saudáveis brasileiros. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*. 2004; 14(1): 1-8.

TEIXEIRA, ADRIANA RIBEIRO. *ULBRA Terceira Idade – Envelhecimento no terceiro milênio*. Porto Alegre. Nova Prova, 2008.

WESTCOTT, Wayne; BAECHLE, Thomas. *Treinamento de força para a terceira idade*. 1. ed. São Paulo: Manole, 2001.



Prevalência de anemia ferropriva em idosos institucionalizados

Elisa Locatelli Weich¹
César Gilmar Trojahn Filho²

Com base no Estatuto do Idoso, uma pessoa é considerada idosa ao atingir 60 anos⁽²⁶⁾. E sabemos que esta população vem crescendo de maneira bastante expressiva nos últimos anos, devido ao aumento da expectativa de vida, associado à evolução da medicina e da saúde pública. Isso tudo alterou o cenário demográfico e representa um grande desafio para a saúde contemporânea, pois a tendência é que a estrutura etária torne-se ainda mais envelhecida com o passar dos anos^(12, 17). É por isso que as instituições de longa permanência para idosos, como asilos, casas de repouso, abrigos e clínicas geriátricas, têm deixado de ter caráter apenas social e integrado a rede de assistência à saúde, já que há um aumento

¹ Acadêmica do curso de Biomedicina - ULBRA, *campus* Cachoeira do Sul. E-mail: elisa.sininho@gmail.com

² Professor do curso de Biomedicina - ULBRA, *campus* Cachoeira do Sul. E-mail: becotrojahn@yahoo.com.br

de internações, devido à dificuldade de as famílias manterem seus idosos em casa, sendo o acometimento por doenças a principal causa que leva a estas situações.

A anemia ganha destaque entre estas doenças, pois é o distúrbio hematológico mais prevalente na população idosa^(18, 6), sendo caracterizada por uma diminuição nos valores de hemoglobina (Hb), causada por mecanismos fisiopatológicos variados, como falha da produção de eritrócitos, perdas de sangue ou hemólise e grande destruição de glóbulos vermelhos^(3, 15). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como critério de um quadro anêmico a concentração de Hb menor que 13 g/dL em homens e abaixo de 12 g/dL em mulheres, sendo que os valores de hemoglobina podem apresentar concentrações menores em crianças de até onze anos e em mulheres grávidas^(18, 5, 20, 28).

A anemia por deficiência de ferro é desenvolvida quando ocorre uma ingestão de ferro insuficiente, podendo esta ser fisiológica, devido à gravidez ou puerpério, ou ligada a dietas. Também pode ser adquirida devido a problemas patológicos, quando o organismo não o absorve ou quando decorrente de perdas severas de sangue no trato digestivo^(13, 7). O quadro tem início quando a demanda de ferro, na medula óssea, para que os

eritroblastos em maturação possam se desenvolver, torna-se insuficiente, o que gera uma diminuição da produção de Hb e a formação de eritrócitos microcíticos^(20, 9, 8). Esta patologia inicialmente apresenta-se normocítica e normocrômica com anisocitose, precedendo o desenvolvimento de anisocromia (desigualdade da coloração dos eritrócitos devido a diferentes concentrações de Hb), hipocromia e microcitose, característico de falta de produção. A deficiência de ferro leva ao aumento do RDW caracterizando uma anisocitose.

Como falta conteúdo para produzir eritrócitos, eles acabam se tornando microcíticos^(2, 15).

Apenas um hemograma pode ser pouco preciso para diagnosticar ferropenia nesta população, devido à concomitante presença de doenças crônicas nos idosos e a outros distúrbios hematológicos que também se comportam de forma microcítica, tornando necessários exames como a dosagem de ferro e de ferritina para um diagnóstico mais preciso^(13, 7).

O tratamento da anemia sempre deve consistir na resolução da causa, o que geralmente melhora ou resolve o quadro. Em casos de deficiência de ferro, é necessária uma orientação nutricional, com a reposição do nutriente, e, eventualmente, é necessário realizar transfusão de hemácias⁽⁷⁾. Quando o fator causador da anemia é uma perda sanguínea, o tratamento do sangramento é essencial para que cesse a queda de hemoglobina. Em seguida, é realizada a reposição dos estoques de ferro com produtos a base de ferro elementar, para que ocorra à elevação da hemoglobina, e o tratamento deve seguir até que os estoques de ferro sejam restabelecidos. Um novo perfil de ferro dois meses após a normalização da hemoglobina permitirá avaliar os estoques de ferro⁽⁹⁾.

É de extrema importância a diferenciação da anemia ferropriva da anemia de doença crônica (ADC), pois ambas são microcíticas e caracterizadas por uma deficiência de ferro, porém, esta última ocorre em distúrbios infecciosos crônicos, inflamatórios ou doenças neoplásicas e está associada à deficiência eritropoética de ferro, na qual a concentração sérica de ferro e a saturação de transferrina estarão baixas, embora o estoque de ferro na medula óssea esteja normal ou aumentado. Outra característica que as diferencia é a ferritina sérica, que apresenta-se aumentada na ADC devido à

síntese de apoferritina realizada pelas células inflamatórias e/ou neoplásicas⁽⁹⁾.

Devido ao grande número de idosos acometidos pela anemia relatados pela literatura, em especial, os residentes em instituições de longa permanência para idosos (ILPI's)^(16, 23), o presente trabalho visou determinar a prevalência desta patologia em idosos asilados.

Material e métodos

O delineamento do estudo foi do tipo transversal observacional, realizado no segundo semestre de 2013. Participaram da pesquisa 50 idosos, com idade acima de 60 anos, de ambos os sexos e que residiam em duas ILPI's, localizadas em Cachoeira do Sul - RS.

A coleta venosa foi realizada nas ILPI's, onde o sangue foi distribuído em tubos a vácuo: a seco (sem anticoagulante) e contendo anticoagulante EDTA. As amostras em tubo com EDTA foram enviadas para o laboratório Enzilab para realização do hemograma, no aparelho Sysmex KX-21N. Os tubos secos foram centrifugados para a obtenção do soro e, após a interpretação dos hemogramas, as amostras dos pacientes com anemia foram encaminhadas ao laboratório BIOLAB, para dosagem bioquímica de ferro e ferritina.

Foram considerados anêmicos os idosos que apresentaram Hb abaixo de 12,0 g/dL para o sexo feminino e de 13,0 g/dL para homens, conforme a definição preconizada pela OMS. Para definir anemia ferropriva, foram utilizados critérios de dosagem de ferro abaixo de 50 ug/dL e dosagem de ferritina com valores abaixo de 15 mg/mL^(28, 29). No Laboratório Escola de Análises Clínicas (LEAC) do curso de Biomedicina da ULBRA campus Cachoeira do Sul, foram

realizados esfregaços sanguíneos em lâmina corados, com May-Grünwald-Giemsa, para contagem diferencial e análise de possíveis alterações eritrocitárias.

Os valores de eritrócitos, hematócrito e índices hematimétricos foram analisados, segundo o sexo, e assim resultaram:

<i>Parâmetros</i>	<i>Mulheres</i>	<i>Homens</i>
<i>Eritrócitos</i>	<i>3,88 a 4,99</i>	<i>4,32 a 5,66</i>
<i>Hemoglobina (g/dL)</i>	<i><12</i>	<i><13</i>
<i>Hematócrito (%)</i>	<i>36-44</i>	<i>39- 50</i>
<i>VCM (fL)</i>	<i>81-99</i>	<i>80-98</i>
<i>HCM (pg)</i>	<i>27,3-32,6</i>	<i>27,3-32,6</i>
<i>CHCM (%)</i>	<i>31,6-35,8</i>	<i>31,6-37</i>
<i>RDW (%)</i>	<i>10-15</i>	<i>10-15</i>

VCM: Volume corpuscular médio; HCM: Hemoglobina corpuscular média; CHCM: Concentração hemoglobínica corpuscular média. Fonte: BAIN, 20042 & MACÊDO, 201119.

Os dados foram analisados em médias e frequência através do programa Excel 2010. Todos os procedimentos realizados foram previamente aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos e Animais da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, sob o parecer n. 443.820.

Resultados

Participaram da pesquisa 50 idosos com idade entre 60 e 95 anos, sendo 74% do sexo feminino e 26% do sexo masculino. A faixa etária com maior número de participantes

foi aquela entre 71 e 80 anos, representando 44% do total de idosos analisados.

Tabela 1. Caracterização dos idosos residentes em ILPI's de Cachoeira do Sul.

	Homens (n=13)		Mulheres (n=37)		Total (n=50)	
	média	DP	média	DP	média	DP
<i>Idade</i>	74,38	±8,45	77,89	±8,13	76,98	±8,27
<i>Eri</i>	4,63	±0,49	4,42	±0,44	4,47	±0,46
<i>Hb</i>	13,6	±1,63	13,01	±1,28	13,16	±1,39
<i>HCT</i>	43,04	±4,48	41,19	±3,70	41,67	±3,95
<i>VCM</i>	93,05	±3,83	93,42	±4,75	93,32	±4,49
<i>HCM</i>	29,39	±1,41	29,5	±1,76	29,47	±1,66
<i>CHCM</i>	31,57	±1,28	31,56	±0,94	31,57	±1,03
<i>RDW(CV%)</i>	13,26	±0,82	13,52	±1,60	13,45	±1,43
<i>PLT</i>	220,3	±68,08	253,1	±69,28	244,56	±69,81
<i>VPM</i>	9,86	±1,21	9,83	±0,88	9,48	±0,97

DP: Desvio-padrão; HCT: Hematócrito; VCM: Volume corpuscular médio; HCM: Hemoglobina corpuscular média; CHCM: Concentração hemoglobínica corpuscular média; PLT: Plaquetas, VPM: Volume plaquetário médio.

Apresentaram anemia 10 idosos, representando 20% da população em estudo, conforme dados apresentados na Tabela 2. Dos anêmicos, 30% (n=3) eram homens e 70% (n=7) mulheres. A prevalência de anemia, de acordo com o número de participantes de cada sexo, foi de 19% (n=36) entre as mulheres, e a prevalência entre o sexo masculino foi de 23% (n=14).

Tabela 2. Caracterização da população das ILPI's de Cachoeira do Sul com anemia.

	<i>Homens (n=4)</i>		<i>Mulheres (n=6)</i>		<i>Total (n=10)</i>	
	<i>média</i>	<i>DP</i>	<i>média</i>	<i>DP</i>	<i>média</i>	<i>DP</i>
<i>Idade</i>	75,5	±7,32	80,83	±7,05	75,5	±7,32
<i>Eri</i>	4,15	±0,20	3,82	±0,40	4,15	±0,20
<i>Hb</i>	11,4	±0,46	11,2	±0,73	11,4	±0,46
<i>HCT</i>	37,5	±1,61	35,7	±2,71	37,5	±1,61
<i>VCM</i>	90,37	±4,53	93,73	±4,73	90,37	±4,53
<i>HCM</i>	27,52	±1,68	29,4	±1,61	27,52	±1,68
<i>CHCM</i>	30,42	±0,83	31,33	±0,85	30,42	±0,83
<i>RDW (CV%)</i>	13,37	±0,99	15,01	±3,27	13,37	±0,99
<i>PLT</i>	304	±39,08	278,5	±94,15	304	±39,08
<i>VPM</i>	9,82	±0,68	9,08	±0,88	9,82	±0,68

DP: Desvio-padrão; HCT: Hematócrito; VCM: Volume corpuscular médio; HCM: Hemoglobina corpuscular média; CHCM: Concentração hemoglobinica corpuscular média; PLT: Plaquetas; VPM: Volume plaquetário médio.

A prevalência de anemia foi maior em idosos com idade superior a 71 anos, representando 22,7%, e manteve-se semelhante nos de idade superior a 81 anos, 21,4%. Porém, se os idosos com mais de 85 anos forem analisados separadamente, esta prevalência chega a 33%.

Dos idosos com Hb inferior ao limite de referência, nenhum apresentou dosagem de ferro abaixo de 50 ug/dL e dosagem de ferritina abaixo de 15 mg/mL, não sendo diagnosticado nenhum portador de anemia ferropriva.

Tabela 3. Prevalência de anemia segundo o sexo e a idade.

	60-70 (n=14)	71-80 (n=22)	81 ou + (n=14)	N=50
Sexo feminino	9	16	11	74%
Sexo masculino	5	6	3	26%
Anêmicos	14,3%	22,7%	21,4%	20%
Feminino	1 (50%)	3 (60%)	3 (100%)	14%
Masculino	1 (50%)	2 (40%)	0 (0%)	6%

Em quatro mulheres (10,8%) e em cinco homens (35,7%), os valores de RBC apresentaram-se abaixo dos níveis de referência, de acordo com o sexo.

Dos 50 participantes, seis apresentaram macrocitose isolada e apenas um apresentou anemia macrocítica. Casos de hipocromia foram observados em 30 idosos, dos quais oito estavam anêmicos. Um total de quatro participantes apresentaram anisocitose, sendo duas destas concomitante à anemia. Houve também dois casos de anemia normocítica, hipocrômica sem anisocitose e um caso de anemia normocítica, hipocrômica, com anisocitose bastante acentuada e que apresentou eliptócitos na contagem diferencial da lâmina corada com May-Grünwald-Giemsa.

Discussão

Em nosso estudo, obtivemos uma prevalência de 20% de anemias entre os idosos institucionalizados, ao contrário do que demais trabalhos descreveram ao avaliarem pessoas desta faixa etária, nos quais a prevalência representa entre 48 a 63% de anêmicos entre os idosos que vivem em instituições de longa

permanência para idosos (ILPI's)^(21, 11). Entretanto, esta discrepância pode estar relacionada aos bons cuidados oferecidos aos idosos das ILPI's participantes do estudo em discussão.

Barbosa, Arruda & Diniz⁽³⁾, ao analisarem idosos com idade igual ou maior que 60 anos, cadastrados no Programa Saúde da Família de Camaragibe - PE, encontraram uma prevalência de 11% de anêmicos, resultados parecidos aos encontrados por Santos⁽²⁴⁾, em estudo na população do distrito de Butantã - SP, onde 1.948 idosos, de 65 anos ou mais, foram submetidos à avaliação de hemograma completo. A menor prevalência de anêmicos encontrada em Cachoeira do Sul pode ser justificada pela população dos demais trabalhos serem exclusivamente de idosos não institucionalizados.

Para o sexo masculino, a prevalência de anemia em 23%, comparados aos 19% encontrados para o sexo feminino, foi condizente com a literatura. Skjelbakken et al.⁽²⁵⁾, em um estudo realizado em Tromsø, no norte da Noruega, onde toda população com mais de 24 anos foi convidada a participar, obteve uma prevalência de 23% de anêmicos, ao analisar separadamente a população de idosos, valor bastante semelhante ao do presente estudo. E também relatou uma maior ocorrência de anemia em homens, tanto que se busca justificar tal diferença com base nos pontos de corte mais baixos usados para classificar anemia em mulheres. Se utilizado o mesmo valor de referência para diagnóstico de anemia nos homens (13 mg/dL), a prevalência de anemia entre idosos do sexo feminino aumentaria. Em defesa dessa tese, está a contradição de que os estrógenos são inibidores da eritropoese, entretanto, após a menopausa, a redução deste hormônio causa um aumento da série vermelha a níveis próximos aos encontrados entre indivíduos do sexo masculino, não se fazendo necessário ponto de corte diferente para a população idosa^(3,14,24).

O aumento de casos de anemia em pacientes com idade mais avançada também pode ser observado no presente estudo. Ao ser analisada separadamente, a população com mais de 85 anos apresentou um aumento significativo na prevalência de anemia que foi de 33%, fato já descrito anteriormente na literatura^(14,27,21). Choi e outros⁽¹⁰⁾ verificaram em seu estudo que o nível médio de Hb caiu significativamente em idosos com mais de 80 anos. Skjelbakken⁽²⁵⁾ e seus colaboradores, ao analisarem homens com mais de 85 anos, obtiveram valores de 29,6% de anêmicos, enquanto entre 25 e 34 anos a prevalência foi apenas de 0,6% para o sexo em questão. Para mulheres, o índice de anemia variou significativamente com a idade, sendo de 9,1% para participantes entre 35 a 44 anos, 2,2% entre os 55 a 64 anos e alcançando 16,5% quando analisadas idosas com idade superior a 65 anos. O aumento da anemia em idosos com 85 ou mais é provavelmente relacionado ao declínio fisiológico inerente ao envelhecimento, gerando múltiplas comorbidades, o que os torna mais dependentes⁽¹⁹⁾.

A anemia do tipo leve, caracterizada por Hb pouco abaixo do valor de referência, foi dominante no presente estudo, apenas um homem e 3 mulheres apresentaram Hb inferior a 11 g/dL. E nenhum participante apresentou Hb inferior a 10 md/dL.

Tettamanti et al.⁽²⁷⁾, em estudo com 8.744 idosos, verificaram a mesma dominância de anemia leve, respondendo por 1.032 das 1.243 anemias detectadas (83,0%) em idosos hospitalizados. No mesmo estudo, ao analisarem idosos residentes em ILPI's, encontraram 31,1% de anêmicos, uma alta prevalência. Entretanto, apenas 0,3% dos casos foi de anemia grave.

Guralnik et al.⁽¹⁴⁾, ao avaliar dados de 2.096 idosos com mais de 65 anos nos Estados Unidos, obtiveram uma preva-

lência de 11% de anêmicos entre os homens e de 10,5% entre as mulheres. A ocorrência de anemia na população idosa foi em sua maioria leve, tendo apenas 1,6% dos homens e 2,8% das mulheres com Hb inferior a 11g/dL e apenas 1% da população estudada demonstrou Hb inferior a 10 mg/dL. Isso ocorre, provavelmente, pelo fato de os casos de anemia na população idosa serem monitorados e tratados pelas ILPI's e redes de saúde.

O presente estudo não apresentou nenhum caso de anemia grave, e isso pode ser explicado pelo baixo número de participantes quando comparado ao estudo de Guralnik et al.⁽¹⁴⁾

A presença de anemia com dosagens séricas de ferro e ferritina reduzidas é descrita por Azeredo et al.⁽¹⁾, como a deficiência nutricional mais frequente na população. Porém, a presença de anemia ferropriva não foi diagnosticada na população em estudo. Uma pesquisa realizada com 1.332 participantes com idade entre 60 e 86 anos, residentes em Americaninhas, zona rural de Minas Gerais, apontou uma prevalência de 13% de anêmicos, sendo que a concomitância da anemia com a deficiência de ferro apareceu em 8,3% dos idosos participantes, todos estes com ferritina inferior a 15 ug/L. A alta prevalência de indivíduos com deficiência de ferro com níveis tão baixos de ferritina pode ser justificada por se tratar de uma população quase que exclusivamente rural e acometida por uma alta prevalência de infecções parasitárias⁽⁴⁾.

Dos idosos com Hb abaixo do limite de referência, 40% apresentavam dosagem de ferro inferior a 50 ug/dL, porém, com dosagens de ferritina normal ou aumentada, caracterizando uma provável ADC. Estudos como o de Barbosa, Arruda & Diniz⁽³⁾, demonstram uma correlação entre o avanço da idade, as doenças crônicas pelas quais esta

faixa etária é acometida e o tipo de anemia apresentado pela maioria: normocítica, normocrômica sem anisocitose.

Já Guralnik et al.⁽¹⁴⁾ evidenciaram uma elevada taxa de anemia de causa desconhecida e encontraram proporções iguais de ADC e de carência nutricional. No entanto, nenhum dos estudos recém relatados realizou exames confirmatórios para diferenciá-las, tanto que, Guralnik⁽¹⁴⁾ e seus colaboradores justificaram que, ao não confirmarem seus resultados, eles podiam ter subestimado a prevalência de anemia ferropriva ao mesmo tempo em que superestimaram a ADC.

O fato de a anemia ferropriva poder apresentar-se inicialmente normocítica e normocrômica torna os resultados encontrados pelos demais estudos pouco fidedignos, uma vez que a confirmação por dosagens bioquímicas se faz necessária para nortear a interpretação dos resultados. A provável prevalência de ADC no presente estudo é compatível com dados da literatura e pode ser facilmente explicada pelo grande número de idosos acometidos por doenças crônicas entre os participantes, sendo o diabetes a patologia mais recorrente.

A prevalência de anemia macrocítica foi pequena em nosso estudo, apresentando apenas um caso, correspondente a 10% do total de anêmicos diagnosticado entre os idosos institucionalizados de Cachoeira do Sul - RS, fato também relatado por Leite et al.⁽¹⁸⁾ e Guralnik et al.⁽¹⁴⁾ em seus estudos. Isso pode ser justificado por uma ingestão suficiente de vitamina B12, proveniente da dieta de origem animal, e de quantidades suficientes de ácido fólico, sendo sua redução comum apenas em pessoas alcoólatras e em idosos que fazem uso de medicamentos que interferem no metabolismo do folato, ou com doença associada ao aumento de consumo de folato. O que não é o caso dos participantes do nosso estudo, já que foram excluídos da pesquisa idosos alcoólatras, idosos

que utilizavam medicamentos relacionados ao metabolismo do folato, assim como pacientes que faziam uso de sulfato ferroso, ácido fólico e vitamina B12.

Ao contrário do que a literatura em sua maioria relata, a prevalência de 20% de idosos anêmicos residentes nas ILPI's estudadas é semelhante à encontrada em idosos não institucionalizados por demais estudos, mostrando-se distante dos valores encontrados por estudos com idosos asilados. Landi et al.⁽¹⁶⁾, em um estudo com 372 idosos residentes em ILPI's em Roma, na Itália, encontraram uma prevalência de 63% de anêmicos. Valor também encontrado por Robinson et al.⁽²³⁾, que obtiveram uma prevalência de 59,6% de anêmicos ao analisar 6.200 prontuários de idosos, através de uma rede nacional de casas de repouso, chamada Beverly Healthcare Data Warehouse. Outro estudo, realizado em Brasília-DF, avaliou 64 idosos de uma ILPI, onde obteve uma prevalência de anemia de 29,7%, sendo de 26,1% do sexo feminino e de 38,9% do sexo masculino. Além do número de participantes ser parecido entre ambos, dados como idade média de 80,2 anos, prevalência maior de participantes do sexo feminino (71,9%) e grande prevalência de síndromes demências (62,5%), foram bastante semelhantes também os resultados entre o presente estudo e o de Macêdo et al.⁽¹⁹⁾ Como todos os estudos recém citados utilizaram os critérios estabelecidos pela OMS para definir anemia e utilizaram o mesmo corte de idade, acima de 60 anos, a discrepância dos valores encontrados pelos demais autores, comparados aos 20% encontrados no presente trabalho, remete aos bons cuidados dos idosos institucionalizados em Cachoeira do Sul, pois estes apresentaram prevalência inferior às relatadas em todos os demais estudos com idosos residentes em ILPI's.

Conclusões

O presente estudo evidenciou bons cuidados na população residente em instituições de longa permanência para idosos (ILPI's) da cidade de Cachoeira do Sul - RS, devido ao baixo número de pacientes anêmicos encontrados pelo estudo, 20%, quando comparados a demais pesquisas na mesma população, que relatam valores próximos a 50%.

Apesar da não ocorrência de anemia ferropriva, ela é uma patologia presente na vida dos idosos e, por tratar-se de uma deficiência nutricional fácil de ser solucionada, faz-se necessário o acompanhamento desta população.

Destaca-se, porém, a importância da realização de novos estudos, com um número maior de participantes institucionalizados, o que refletiria melhor a situação desta população. Também seria interessante a realização desta pesquisa concomitante em idosos não institucionalizados, facilitando a caracterização de um provável aumento de prevalência de anemia entre residentes de ILPI's, comparados à população não institucionalizada da mesma cidade. Por fim, a realização da confirmação de ADC juntamente com a confirmação de anemia ferropriva poderia ilustrar melhor o tipo de anemia mais frequente nesta população, o que ajudaria em ampla escala o tratamento e, em consequência, a cura de tal patologia, proporcionando um envelhecimento tranquilo e com melhor qualidade de vida.

Referências

(1) AZEREDO, C.M. et al. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18(3), p. 827-836, 2013.

- (2) BAIN, B.J. *Células Sanguíneas: um guia prático*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. N DE PAG OU VOLUME
- (3) BARBOSA, D.L.; ARRUDA, I.G.; DINIZ, A.S. *Prevalência e caracterização da anemia em idosos do Programa de Saúde da Família*. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 28(4), p. 288-292, 2006.
- (4) BROOKER S. et al. Age-related changes in hookworm infection, anaemia and iron-deficiency in an area of high *Necator americanus* hook worm transmission in southeastern Brazil. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 161, p. 146-154, 2007.
- (5) BROSS, M. H.; SOCH, K.; SMITH-KNUPPEL, T. Anemia in older persons. *American Family Physician*, v. 82(5), p. 480-487, 2010.
- (6) CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *R. Bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v. 27 (1), p. 233-235, 2010.
- (7) CANÇADO, R.D.; CHIATTONE, C.S. Anemia ferropênica no adulto – causas, diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 32(3), p. 240-246, 2010.
- (8) CANÇADO, R.D.; CHIATTONE, C.S. Anemia de doença crônica. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 24(2), p. 127-136, 2002.
- (9) CARVALHO, M.C.; BARACAT, E.C.E.; SGARBIERI, V. C. Anemia ferropriva e anemia de doença crônica: distúrbios do metabolismo de ferro. *Segurança Alimentar e Nutricional*, v. 13(2), p. 54-63, 2006.
- (10) CHOI C.W. et al. Prevalence and characteristics of anemia in the elderly: cross-sectional study of three urban korean population samples. *American Journal of Hematology*, v. 77, p. 26–30, 2004.
- (11) CÔRTEZ, M.H.; VASCONCELOS, I.A.L.; COITINHO, D.C. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. *Revista de Nutrição*, v. 22(3), p. 409-418, 2009.
- (12) FREITAS, E.V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed., p. 1666, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- (13) GUALANDRO, S.F.M.; HOJAJI, N.H.S.L.; FILHO, W.J. Deficiência de ferro no idoso. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 32(2), p. 57-61, 2010.
- (14) GURALNIK J. et al. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained. *Anemia Blood*, v. 104, p. 2263-2268, 2004.
- (15) HOFFMANN, L.P. et al. Avaliação dos índices hematimétricos emitidos pelos contadores hematológicos Pentra 120 Range e Sysmex XT-2000i. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, v. 39(1), p. 25-28, 2007.

- (16) LANDI F. et al. Anemia status, hemoglobin concentration, and mortality in nursing home older residents. *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, v. 8, p. 322-327, 2007.
- (17) LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 8(2), p. 127-141, 2005.
- (18) LEITE, T. R. C. et al. Anemia: distúrbio hematológico comum na população idosa. *News Lab*, v. 109, p. 100-104, 2012.
- (19) MACÊDO et al. Prevalência de anemia em idosos de instituição de longa permanência em Brasília/DF. *Geriatrics & Gerontologia*, v. 5(4), p. 214-9, 2011.
- (20) OHTA, M. Management of anemia in the elderly. *Japan Medical Association-Journal*, v. 52(4), p. 219-223, 2009.
- (21) PATEL, K.V. Epidemiology of anemia in older adults. *Seminars in Hematology*, v. 45(4), p. 210-217, 2009.
- (22) PATEL, K.V.; GURALNIK, J.M. Prognostic implication of anemia in older adults. *Editorials e Perspectives Hematologica*, v. 94(1), p 1-2, 2009.
- (23) ROBINSON B. et al. Audhya P. Prevalence of anemia in the nursing home: contribution of chronic kidney disease. *J. Am. Geriatr. Soc.*, v. 55 p. 1566-1570, 2007.
- (24) SANTOS S. I. Prevalência de anemia em idosos, causas de persistência e recorrência e sua relação com demência: Resultados de São Paulo Ageing and Health Study. 2009. fl 124. Mestrado em Medicina, área de concentração: Emergências Clínicas. Faculdade de Medicina da Cidade de São Paulo.
- (25) SKJELBAKKEN T. et al. Haemoglobin and anaemia in a gender perspective: The Tromso Study. *European Journal of Hematology*, v. 74, p. 381-388, 2005.
- (26) TEMER, M. *Estatuto do idoso: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata*. 5. ed., Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.
- (27) TETTAMANTI M. et al. *Prevalence, incidence and types of mild anemia in the elderly: the "Health and Anemia" population-based study*. *Rev. Hematológica*, v. 95(11), p. 1849-1856, 2010.
- (28) World Health Organization [WHO]. *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System*. A guide for programme managers. Geneva, 2011.
- (29) World Health Organization [WHO]. *Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention and control*. A guide for programme managers. Geneva, 2001.

Estado nutricional de idosos hipertensos e/ou diabéticos

Cássia Cassol Damo¹
Francine Marchiori²
Juliana Marchiori Lara³

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo, que, em condições normais, não costuma provocar problemas. Porém, em condições de sobrecarga, como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode recair em uma condição patológica que supõe assistência individualizada (BRASIL, 2007). Essa etapa da vida normalmente traz consigo algumas características adversas, como quadros de enfermidades complexas e onerosas, carac-

¹ Nutricionista pela Universidade de Passo Fundo (UPF).

² Nutricionista, mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), docente do Curso de Nutrição da Universidade de Passo Fundo e docente do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade de Passo Fundo. E-mail: marchiorilara@upf.br

³ Enfermeira, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), docente do Curso de Enfermagem da ULBRA Carazinho. E-mail: marchiorilara@terra.com.br

terizados por doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos e que exigem cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2009).

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial, obviamente também vivenciado no Brasil. A expectativa de vida a partir dos 60 anos apresentou aumento, entre 1999 e 2003. Tal fato que pode ser observado em todas as faixas de idade, tanto para homens quanto para mulheres. No ano de 1999, a expectativa de vida dos homens com 60 anos era em torno de 16% e a das mulheres, 19%. Já no ano de 2003, esses números subiram a 18% para eles e a 23% para elas. A expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice. Isso reforça a teoria do processo de envelhecimento populacional. Como consequência disso, portanto, ampliam-se os casos de doenças características dessa faixa etária (IBGE, 2009).

Dentre as doenças que mais acometem essa população, estão a hipertensão e o diabetes. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é hoje a doença cardiovascular mais prevalente e associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e também a alterações metabólicas, sendo que a idade acima de 65 anos é um dos principais fatores de risco para o seu desenvolvimento (SBH, 2010). O diabetes *mellitus* (DM) é a uma doença crônica de grande magnitude entre idosos, devido ao envelhecimento populacional, mas também à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como à maior sobrevivência de pacientes. É uma doença caracterizada por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos (SBD, 2009).

A maior prevalência de ambas doenças pode ser observada entre idosos com 65 ou mais. Nas capitais brasileiras, a

cada 100 pessoas a partir dos 65 anos de idade, em torno de 67 possuem HAS. Menos prevalente, porém com números também significativos, está o diabetes, que, na terceira idade, acomete em torno de 22% dessa população, sendo que esses números estão diretamente relacionados ao excesso de peso e obesidade e a hábitos alimentares incorretos (MALTA et al., 2012). Na população idosa gaúcha, em especial, os números mostram elevadas prevalências dessas doenças, assim como no restante do país, sendo que a HAS está presente em 47% dos homens e 59% das mulheres dessa região, enquanto o DM, em 22% e 23%, respectivamente, sendo o excesso de peso o principal fator de risco (SCHERER; VIEIRA, 2010).

A associação entre estado nutricional de idosos e o desenvolvimento de doenças crônicas é cada vez mais reconhecida, visto que o estado nutricional saudável nessa faixa etária mantém um bom estado de saúde, além de dar melhores respostas ao tratamento das doenças. A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais. O ambiente moderno é um potente estímulo para o seu desenvolvimento, com mudanças no estilo de vida que propiciaram um aumento significativo do número de indivíduos obesos, principalmente a redução da prática de atividade física associada ao aumento da ingestão calórica (ABESO, 2009).

Elevadas prevalências de sobrepeso entre idosos tornaram-se, portanto, um problema de grande magnitude para a saúde pública. Dados do IBGE (2008) apontaram que a prevalência de sobrepeso em indivíduos entre 65 e 74 anos é de 56,2%, enquanto a de obesidade é de 17,9%. Entre aqueles com 75 anos ou mais, esses números também são elevados, correspondendo a 17,9 e 15,8%, respectivamente. Entre uma população de idosos gaúchos, essa prevalência acompanhou

os números do Brasil, sendo que 48,0%, ou seja, praticamente a metade dos idosos, apresentava excesso de peso, com percentuais de 53,4% e 40,1% em mulheres e homens, respectivamente (SILVEIRA; KAC; BARBOSA, 2009).

Segundo Veras (2012), a atual forma com que as condições de saúde do idoso são tratadas, onde o foco está exclusivamente na doença, surtiria melhor efeito se substituída por modelos que centrem suas atenções em todas as necessidades dos pacientes, com ênfase na prevenção. Para o autor, portanto, deve-se adotar um modelo mais inovador e criativo, no que se refere ao cuidado do idoso e das suas doenças crônicas, de tal sorte que a abordagem seja integral, incluindo a prevenção, seus fatores de risco e o tratamento das enfermidades.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo avaliar o estado nutricional de hipertensos e diabéticos para verificar se houve associação entre estado nutricional, gênero, estado civil e classe econômica.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal com participantes de um grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos do município de David Canabarro - RS.

Dos 85 participantes do grupo, foram incluídos no estudo indivíduos de ambos os sexos, portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. Foram entrevistadas 50 pessoas, sendo que 20 não compareceram durante os dois dias em que foram coletados os dados, totalizando um percentual de perdas de 23%. Não houve recusas em participar do estudo. Foram excluídas da amostra 15 pessoas, por não apresentarem diabetes *mellitus* nem hipertensão arterial.

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo através do parecer nº 168.411. Também foi assinado um termo de consentimento livre e esclarecido, contendo informações sobre o preenchimento do questionário, da garantia de sigilo, do anonimato das respostas e também aclarando eventuais dúvidas.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2013. O estado nutricional foi avaliado a partir do IMC, por meio da aferição do peso e da altura dos participantes. Para a classificação, levou-se em consideração a idade, sendo que, para adultos, usou-se a recomendação da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) e, para idosos, a recomendação da ADA (1994). Foi aferida a medida da circunferência da cintura para posterior classificação de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998).

Para a avaliação do perfil demográfico, foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil e escolaridade. Para a investigação das características socioeconômicas, foi aplicado o questionário desenvolvido pela ABEP (2008), que consiste na investigação de posse de alguns itens e o grau de escolaridade do chefe de família. Após, classificou-se o nível socioeconômico em classes A, B, C, D ou E. Com relação às doenças crônicas, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, foi investigado o tempo de diagnóstico e o tempo de tratamento da doença.

Os dados foram digitados no *software* Excel 7.0. A análise de dados foi processada com o auxílio do *software* SPSS Versão 16.0. Para as variáveis qualitativas, foram realizadas frequências absoluta e relativa simples e, para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão. Para verificar a associação entre

o estado nutricional, gênero, estado civil e classe econômica, foi utilizado o teste estatístico Qui-Quadrado, considerando significância estatística de 95%.

Resultados

Participaram do estudo 50 indivíduos, sendo a maioria representada pelo sexo feminino (84%). A média de idade foi de 66,02 ($\pm 8,81$) anos e identificou-se a predominância de participantes casados (62%) e da classe econômica B e C (96%). Considerando a escolaridade dos entrevistados, a média foi de 4,18 ($\pm 2,40$) anos de estudo.

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas dos hipertensos e diabéticos.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorização</i>	<i>Idosos</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	<i>Feminino</i>	42	84
	<i>Masculino</i>	8	16
<i>Idade</i>	<i>53 a 59 anos</i>	14	28
	<i>60 a 69 anos</i>	20	40
	<i>70 a 79 anos</i>	11	22
	<i>80 a 89 anos</i>	5	10
<i>Estado civil</i>	<i>Solteiro</i>	1	2
	<i>Casado</i>	31	62
	<i>Separado/divorciado</i>	7	14
	<i>viúvo</i>	11	22
<i>Classe econômica</i>	<i>Classe A</i>	1	2
	<i>Classe B</i>	14	28
	<i>Classe C</i>	34	68
	<i>Classe D</i>	1	2
<i>Escolaridade</i>	<i>0 a 4 anos</i>	28	56
	<i>5 a 8 anos</i>	20	40
	<i>9 ou mais</i>	2	4

Em relação ao tempo de participação no grupo, a média foi de 5,02 ($\pm 1,66$) anos. Entre as doenças investigadas, a de maior prevalência foi a hipertensão arterial (92%), seguida do diabetes *mellitus* (18%). A média de tempo de diagnóstico e tratamento das doenças foi de 9,30 ($\pm 7,12$) anos, igualmente.

Quanto ao estado nutricional, os achados demonstram que 70% dos participantes encontravam-se em risco nutricional, sendo que mais da metade da amostra apresentou excesso de peso (61,9%). A média do IMC foi de 28,64 ($\pm 4,89$) kg/m², sendo de 27,55 ($\pm 5,55$) kg/m² entre os pertencentes às classes A + B (nível socioeconômico alto) e 29,11 ($\pm 4,59$) kg/m² entre os que pertencem às classes C + D (nível socioeconômico baixo).

Tabela 2. Distribuição dos hipertensos e diabéticos, de acordo com o estado nutricional, segundo o IMC (Índice de Massa Corporal).

Estado nutricional	Idosos	%	Sexo			
			Masc.	%	Fem.	%
<i>Magreza</i>	4	8	1	12,5	3	7,1
<i>Eutrofia</i>	15	30	5	62,5	10	23,8
<i>Sobrepeso</i>	28	56	2	25	26	61,9
<i>Obesidade</i>	3	6	-	0	3	7,1

Em relação ao risco para doenças cardiovasculares, avaliado pela medida da circunferência da cintura dos participantes, a maioria das mulheres, 73,9%, apresentou risco muito aumentado para o desenvolvimento (Tabela 3). A média da circunferência da cintura foi de 95,17 ($\pm 11,90$) cm.

Tabela 3. Distribuição dos hipertensos e diabéticos, de acordo com o risco para doenças cardiovasculares, avaliado pela circunferência da cintura.

Classificação do RCV	Idosos	%	Sexo			
			Masc.	%	Fem.	%
<i>Faixa ideal</i>	7	14	4	50	3	7,1
<i>Risco aumentado</i>	10	20	2	25	8	19
<i>Risco muito aumentado</i>	33	66	2	25	31	73,9

*RCV = Risco cardiovascular

Não foi encontrada associação entre o estado nutricional e o gênero ($p=0,12$), o estado civil ($p=0,90$), a classe econômica ($p=0,77$), a classe econômica A + B ($p=0,66$) e a classe econômica C + D ($p=0,39$), sendo testada por meio do teste Qui-Quadrado.

Houve forte associação, porém, entre o estado nutricional e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) ($p=0,01$), testada por meio do teste Qui-Quadrado, sendo que na amostra investigada, a HAS se associou com o excesso de peso. Não houve associação entre o estado nutricional e o diabete *melittus* (DM) ($p=0,29$), testada por meio do teste Qui-Quadrado.

Houve forte associação entre o estado nutricional e o risco para desenvolver doenças cardiovasculares a partir da circunferência da cintura ($p=0,008$), testada por meio do teste Qui-Quadrado, sendo que, na amostra investigada, esse risco se associou ao excesso de peso.

Discussão

Os resultados obtidos devem ser interpretados considerando que a população de estudo era de participantes do único grupo de idosos do município de David Canabarro - RS, sendo que os mesmos participam dos encontros semanalmente, tornando os idosos, uma parcela diferenciada do restante da população com essa faixa etária e, dessa forma, os resultados não representam a população desse município, constituída aproximadamente por 2.651 adultos e 720 idosos.

Apesar dessa limitação, a amostra do estudo é similar a outros estudos quanto às características demográficas e socioeconômicas. Foi verificada a predominância de participantes do sexo feminino, que pode ser explicada pela menor participação de homens em eventos sociais, como no estudo de Farinea, Ricalde e Siviero (2010), que avaliou o perfil nutricional e antropométrico dos idosos participantes de um grupo de ginástica de Antônio Padro - RS, tendo sido a predominância de mulheres ainda mais significativa (100%). Também foi constatada uma predominância de pessoas casadas, o que vem de encontro com estudos com idosos, como, por exemplo, o realizado por Souza, Morais e Barth (2006), no qual, a prevalência de casados foi de 40,8%, ao investigar idosos de um programa de Saúde da Família de Porto Alegre (RS).

Outro resultado que assegura a distribuição dos dados foi a semelhança da escolaridade e classe econômica de idosos, com estudo realizado na capital gaúcha, em que 72,4% possuíam apenas o primário completo e 71,6% pertenciam às classes B e C (PASKULIN; VIANNA, 2007). Quanto à idade, a média observada foi de 66,02 anos, inferior à encontrada em outros estudos realizados com idosos. Porém, neste estudo, foram incluídos 28% de adultos.

Em relação ao estado nutricional dos participantes, 62% encontravam-se com excesso de peso, representado, portanto, uma grande parcela de indivíduos com sobrepeso ou obesidade. Em âmbito nacional, dados do IBGE (2008) mostram uma semelhança quanto à prevalência de idosos com excesso de peso e obesidade sendo que este valor é representado por 74,1% entre os idosos de 65 a 74 anos e 64,4% entre os que possuem 75 anos ou mais.

Este achado está presente também em grande parte dos estudos que avaliam o estado nutricional de idosos em diferentes regiões brasileiras, como é o caso do estudo de Kumpel et al. (2011), realizado em Passo Fundo - RS, com o objetivo de identificar a proporção de casos e os fatores de risco de sobrepeso/obesidade entre idosos atendidos em equipes de estratégia de saúde da família. Na população estudada, os autores verificaram que a maioria (49,6%) apresentou sobrepeso/obesidade.

Borba e Muniz (2011) descreveram o perfil nutricional de idosos hipertensos e diabéticos de Pelotas - RS e verificaram que 52,3% dos idosos apresentavam excesso de peso. Ainda, em comparação, os homens possuíram melhor estado nutricional que as mulheres, sendo que 62,5% estavam eutróficos, ao passo que as mulheres apresentaram maior percentual de sobrepeso (53,6%).

Esses dados podem ser observados em outras regiões brasileiras, como mostra o estudo de Nascimento et al. (2011), realizado em Viçosa (MG), que investigou as prevalências de baixo peso e excesso de peso em idosos e também constatou maior prevalência de indivíduos com excesso de peso (45%). Ainda, no Ceará, estudo realizado por Victor et al. (2009), com o objetivo de conhecer o perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família,

constatou-se que 69,6% dos idosos apresentavam excesso de peso, representado a grande maioria.

Considerando o risco para doenças cardiovasculares, avaliado pela medida da circunferência da cintura dos participantes, um total de 86% dos hipertensos e diabéticos estão com risco aumentado ou muito aumentado para o seu desenvolvimento. Em outros estudos também foi verificado maior risco para doenças cardiovasculares entre idosos, como no realizado por Ferreira, Papini e Corrente (2011) em São Paulo, o qual analisou a prevalência de obesidade geral e central e fatores associados em idosos cadastrados na rede básica de saúde e constatou alta prevalência de obesidade central, pela circunferência da cintura, com destaque para o sexo feminino, sendo de 42,5% para os homens e de 73,5% para as mulheres. O estudo indicou a presença de risco elevado e muito elevado para doenças metabólicas e cardiovasculares entre homens e mulheres, respectivamente.

Ferreira et al. (2010), em seu estudo realizado em Goiânia, investigando a prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários da atenção básica do Sistema Único de Saúde, também observou que houve tendência pelo aumento da obesidade central, avaliada pela circunferência da cintura, conforme o aumento do valor do índice de massa corporal (IMC). Revelou que a prevalência de excesso de peso também foi significativa, representado um total de 63,5%, sendo que a obesidade central esteve presente em 76,2% dos idosos.

Foi assim também no presente estudo. Aqui também verificou-se forte associação entre excesso de peso e circunferência da cintura.

Essa maior prevalência de idosos com excesso de peso e a forte associação deste com o aumento da circunferência da cintura encontrado em grande parte dos estudos envolvendo

idosos justifica-se pelo fato de que o envelhecimento traz consigo um aumento da massa gordurosa, além de mudanças no seu padrão de distribuição. Ocorre aumento de 20 a 30% na gordura corporal total e modificação da sua distribuição, tendendo à localização mais central, abdominal e visceral (SANTOS et al., 2013).

No que diz respeito à hipertensão arterial sistêmica associada ao excesso de peso, neste estudo, foi encontrada forte associação na amostra investigada. Esse achado se iguala ao trabalho de Fares et al. (2012). Eles verificaram a associação do estado nutricional com fatores sociodemográficos, estilo de vida e condições de saúde em idosos de dois municípios de regiões distintas do Brasil e observaram que o excesso de peso foi positivamente associado à HAS.

Naquele estudo tampouco foi verificada a associação positiva entre o excesso de peso e diabetes *melittus*, dado esse que se iguala ao revelado aqui no presente estudo.

Considerações finais

Entre o grupo de hipertensos e diabéticos estudados, a maioria encontra-se com sobrepeso, sendo que o estado nutricional não apresentou associação com gênero, estado civil ou classe econômica. Foi observado, porém, que, entre as mulheres, a prevalência de sobrepeso foi expressiva e, entre os homens, prevaleceu a eutrofia. Foi encontrada, inclusive, forte associação entre estado nutricional e hipertensão.

Ainda, foi encontrada forte associação entre estado nutricional e risco para desenvolver doenças cardiovasculares a partir da circunferência da cintura. A maioria dos participantes encontrava-se com risco muito aumentado para desenvolver doenças cardiovasculares.

Dessa forma, os resultados confirmaram a necessidade do desenvolvimento de atividades voltadas à nutrição entre os hipertensos e diabéticos, visando à prevenção, à promoção e à recuperação da saúde. Nota-se a importância de trabalhos com foco na prevenção de risco a saúde entre essa população, como parte da atenção básica em saúde, que inclua a participação de profissionais da saúde, entre eles o nutricionista. Ainda, deve haver maior atenção à saúde do idoso, visando maior expectativa e qualidade de vida para essa população.

Referências

ABEP. *Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa*. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil/2008. São Paulo, 2008.

ABESO. *Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica*. Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

BORBA, T. B.; MUNIZ, R. M. Sobre peso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. *Revista de Enfermagem e Saúde*, Pelotas, v. 1, n. 1, p. 69-76, jan./mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FARES, D. et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil, *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 434-441, jul./ago. 2012.

FARINEA, N.; RICALDE, S. R.; SIVIERO, J. Perfil nutricional e antropométrico de idosos participantes de um grupo de ginástica no município de Antônio Prado – RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 394-405, set./dez. 2010.

FERREIRA, C.C.C. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 95, n. 5, p. 621-628, nov. 2010.

FERREIRA, P. M.; PAPINI, S.J.; CORRENTE, J.E. Fatores associados à obesidade em idosos cadastrados na Rede Básica de Saúde do município de Botucatu,

São Paulo. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 20, n. 3-4, p. 77-85, maio/ago. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009*. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009. *Antropometria e estado nutricional de crianças adolescentes e adultos no Brasil*. Rio de Janeiro, 2010.

KUMPEL, D.A. et al. Obesidade em idosos acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 471-477, jul./set. 2011.

MALTA, D.C. et al. Resultados do monitoramento dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 639-50, set. 2012.

NASCIMENTO, C.M. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 12, p. 2409-2418, dez. 2011.

PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-68, out. 2007.

SANTOS, R. R. et al. Obesidade em idosos. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v. 23, n. 1, p. 64-73, jan./mar. 2013.

SCHERER, F.; VIEIRA, J. L. C. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n. 3, p. 347-355, maio/jun. 2010.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão. *Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI*. *Revista de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./fev./mar. 2010.

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1569-1577, jul. 2009.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006.

The Nutrition Screening Initiative. *Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice*. A monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians. The American Dietetic Association. National Council Aging Inc., 1994.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

VERAS, R. P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 929-34, dez. 2012.

VICTOR, J.F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49-54, jan./fev. 2009.

WHO. *World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity*. Geneva: WHO, 1998.



Qualidade de vida de hipertensos e diabéticos participantes de um grupo de idosos

Silmara Thais Mariosa¹
Francine Marchiori²
Juliana Marchiori Lara³

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus são as mais prevalentes, cujo tratamento e o controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e estilo de vida. Essas alterações podem comprometer a qualidade de vida das pessoas, se não houver orientação adequada por profissionais da saúde

¹ Nutricionista pela Universidade de Passo Fundo (UPF). E-mail: silmarathais@hotmail.com

² Nutricionista, mestre em Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), docente do Curso de Nutrição da Universidade de Passo Fundo-UPF e docente do Programa de Pós-Graduação em Alimentação e Nutrição da Universidade de Passo Fundo-UPF. E-mail: marchiorilara@upf.br

³ Enfermeira, mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), docente do Curso de Enfermagem da ULBRA Carazinho. E-mail: marchiorilara@terra.com.br

capacitados para o tratamento ou para o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

Por isso, em meados da década de 70, surgiu a preocupação e a dificuldade em se conceituar o termo *qualidade de vida*. As informações sobre o tema têm sido utilizadas para avaliar a eficácia de determinados tratamentos de doenças, os agravos à saúde e o impacto físico e psicossocial. O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) define o termo como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 2002).

Segundo o censo demográfico de 2010, o contingente de pessoas idosas no Brasil é atualmente de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total, dos quais 55,5% (11.434.487) são mulheres e 44,5% (9.156.112), homens. Com o aumento geral da sobrevivência da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal (IBGE, 2010).

Na área da saúde, historicamente, há uma relação da qualidade de vida com a expectativa de vida, o que faz com que o uso do termo esteja relacionado não apenas a avaliações e desenvolvimento de tratamentos que buscam uma melhor condição de vida, mas também refletido nos contextos nos quais esses indivíduos estão inseridos. Tal perspectiva biológica, portanto, diz que qualidade de vida é a percepção que o indivíduo possui da condição física, da capacidade que supõe ter para realizar certas tarefas, as quais, antes de se terem efetuado mudanças no seu estado de saúde, eram realizadas sem dificuldades (LEAL, 2008).

Qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Existem fatores físicos e psicológicos intervenientes na qualidade de vida das pessoas quando em situação de trabalho e que, dependendo do seu competente gerenciamento, proporcionarão condições favoráveis imprescindíveis ao melhor desempenho e produtividade (FERNANDES, 1996).

Em estudo realizado em Florianópolis, em 2008, com 30 indivíduos diabéticos (sendo 75% com diabetes mellitus tipo 2 e 25% com tipo 1), os autores constataram que os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes tipo 2 foram as alterações no estilo de vida e os fatores hereditários, o estilo de vida, com manifestação após os 35 anos de idade (MIRANZI et al., 2008).

As mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da hipertensão arterial, notadamente nos indivíduos com pressão arterial limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a pressão arterial, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da hipertensão arterial são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Por isso, a avaliação da qualidade de vida vem se tornando cada vez mais utilizada para medir o impacto geral de doenças na vida dos indivíduos. Sendo assim, justifica-se a realização de uma pesquisa que investigue os principais

fatores que interferem negativamente na qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos.

O presente estudo objetivou, portanto, avaliar a qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos de David Canabarro (RS) e verificar a associação entre essa qualidade e o gênero, o estado civil e a classe econômica a que os idosos pertenciam.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal com participantes de um grupo de idosos de David Canabarro (RS). A amostra foi constituída por 50 idosos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Foram entrevistados 50 idosos, sendo que 20 deles não comparecem no grupo durante o período em que foram coletados os dados, totalizando um percentual de perdas de 23%. Não houve recusas em participar do estudo. Foram excluídos da amostra 15 idosos, que se fizeram presentes, porém não apresentavam diabetes mellitus nem hipertensão arterial.

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. Foi assinado pelos participantes um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2013, com aplicação do instrumento WHOQOL-Bref, validado pelo Ministério da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995) para avaliação da qualidade de vida. O instrumento é autoaplicável, porém devido à dificuldade de leitura e ao analfabetismo, comuns na comunidade estudada, optou-se pela entrevista realizada por pessoas treinadas.

O questionário possuía 26 questões, sendo a pergunta número 1 e 2, sobre a qualidade de vida geral. Era composto por quatro domínios, com os respectivos indicadores: domínio físico (dor e desconforto, dependência de medicamentos e de tratamentos, energia e fadiga, sono e repouso, atividades da vida diária, capacidade de trabalho), domínio psicológico (sentimentos negativos, autoestima, imagem corporal e aparência), domínio relações sociais (relações pessoais, vida sexual e apoio social) e domínio ambiental (segurança física e proteção, ambiente doméstico, recursos financeiros, serviços de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico e transporte). As respostas seguiram a escala de Likert (de 1 a 5), sendo assim categorizadas: necessita melhorar (1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5), de modo que, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida (FLECK MPA et al., 2000).

Para a avaliação do perfil demográfico, foram investigadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil e escolaridade. Para a investigação das características socioeconômicas, foi aplicado o questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), no ano de 2008, que consiste na investigação de posse de alguns itens e no grau de escolaridade do chefe de família. Após, classifica-se o nível socioeconômico em classe A, B, C, D ou E. Com relação às doenças crônicas, diabetes mellitus e hipertensão arterial, foi investigado o tempo de diagnóstico e o tempo de tratamento da doença.

Os dados foram digitados no *software* Excel 7.0. A análise de dados foi processada com o auxílio do *software* SPSS, versão 16.0. Para as variáveis qualitativas foram realizadas frequências absoluta e relativa simples e, para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência cen-

tral e de dispersão. Para verificar a associação entre qualidade de vida e gênero, estado civil e classe econômica foi utilizado o teste estatístico Qui-Quadrado, considerando significância estatística de 95%.

Resultados

A amostra compreendeu 50 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (84%). A média de idade foi de 66,02 ($\pm 8,81$) anos, sendo que a idade mínima foi de 53 anos e a máxima, 89 anos.

Quanto ao estado civil, 62% eram casados e 22% eram viúvos. Um dado relevante em relação à população estudada refere-se à baixa escolaridade, apresentando média de 4,18 ($\pm 2,40$) anos de estudo, uma vez que 4,0% ($n=2$) não frequentaram a escola e 84% ($n= 42$) afirmaram possuir o ensino fundamental incompleto. Apenas 14% da amostra apresentou sete ou mais anos de estudo. Com relação à classe econômica, a maioria da amostra (68%) pertencia à classe C (Tabela 1).

Quanto às patologias, 92% da amostra apresentou hipertensão arterial e 18% diabetes mellitus, sendo que cinco pessoas apresentavam as duas patologias associadas.

Tabela 1. Características demográficas, socioeconômicas e de presença de doença do grupo de idosos do município de David Canabarro, em 2013.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorização</i>	<i>Idosos</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>	8	16
	<i>Feminino</i>	42	84
<i>Estado civil</i>	<i>Solteiro</i>	1	2
	<i>Casado/em união</i>	31	62
	<i>Separado/divorciado</i>	7	14
	<i>Viuvo</i>	11	22
<i>Classe econômica</i>	<i>A</i>	1	2
	<i>B</i>	14	28
	<i>C</i>	34	68
	<i>D</i>	1	2
<i>Diabetes (DM)</i>	<i>Não</i>	41	82
	<i>Sim</i>	9	18
<i>Hipertensão (HAS)</i>	<i>Não</i>	4	8
	<i>Sim</i>	46	92

Com relação ao tempo de diagnóstico e tempo de tratamento, a média encontrada foi 9,30 ($\pm 7,12$) anos, e os resultados encontrados foram iguais, sendo que os entrevistados relataram que, após a doença diagnosticada, imediatamente foi iniciado o tratamento, com tempo mínimo de um ano e máximo de 32 anos. De todos os entrevistados, 30% (n=15) haviam diagnosticado entre 1 e 5 anos; a maioria, 42% (n=21), entre 6 e 10 anos e 28% (n=14) há 10 anos ou mais.

Na autoavaliação da qualidade de vida, referente à primeira questão do questionário, 30% (n=15) avaliaram-na como nem boa, nem ruim, 58% (n=29) avaliaram-na como boa e 12% (n=6) como muito boa.

Quanto à satisfação com a saúde, 2% (n=1) da amostra mostraram-se muito insatisfeitos com a saúde, 10% (n=5) insatisfeitos, 30% (n=15) indiferentes, 44% (n=22) estavam satisfeitos e 14% (n=7) muito satisfeitos. Na Tabela 2, está demonstrada a classificação com relação aos domínios que o WHOQOL-Bref avalia e também a classificação geral da qualidade de vida investigada por meio das demais 24 questões do instrumento.

Tabela 2. Domínios e qualidade de vida em geral, avaliados pelo questionário aplicado em participantes de um grupo de idosos no município de David Canabarro, em 2013.

Domínio	Necessita melhorar		Regular		Boa		Muito boa	
	Idosos	%	Idosos	%	Idosos	%	Idosos	%
Físico	6	12	30	60	14	28	-	-
Psicológico	3	6	21	42	26	52	-	-
Relações sociais	-	-	11	22	38	76	1	2
Meio ambiente	-	-	29	58	21	42	-	-
Classificação geral da qualidade de vida	1	2	27	54	22	44	-	-

Em relação à associação entre as variáveis investigadas nesta amostra, não houve diferença significativa entre qualidade de vida e classe econômica, ou seja, a qualidade de vida independeu da classe econômica na amostra investigada ($p=0,113$). Também não houve diferença significativa da qualidade de vida entre os indivíduos de acordo com o estado civil ($p=0,909$) e tampouco houve diferença significativa em relação aos gêneros ($p=0,815$).

Discussão

A amostra caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino. O maior número de idosos do sexo feminino sugere que as mulheres vivem mais do que os homens. A vida mais longa das mulheres é atribuída a vários fatores, tais como, maior tendência ao autocuidado, busca de assistência médica, maior nível de apoio social de que as mulheres desfrutam e a menor vulnerabilidade biológica durante toda a vida. Outra possível explicação seria a maior frequência das mulheres na busca pelos serviços de saúde (IRAGARAY, 2006).

Neste estudo não foi verificada diferença significativa da qualidade de vida em relação aos gêneros. Em outro estudo, realizado com idosos, ao se comparar se houve diferença de percepção de qualidade de vida quanto ao sexo, o mesmo não apontou diferenças (LIMA et al., 2012).

A média de idade de 66,02 ($\pm 8,81$) está de acordo com a literatura, sendo que estudos têm demonstrado que as doenças crônicas como hipertensão e diabetes têm maior prevalência na população idosa (BRASIL, 2001).

Quanto à escolaridade, foi evidenciado que a maioria dos idosos não frequentaram a escola por muitos anos. A baixa escolaridade pode representar dificuldades no entendimento

das orientações realizadas pelos profissionais, assim como no seguimento do tratamento, sendo um importante indicador a ser observado pelos gestores no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações destinadas a este grupo populacional.

Em relação ao estado civil, do total de entrevistados, a maioria era de casados. A Organização Mundial da Saúde refere que o estado civil influencia na dinâmica familiar e no autocuidado. E para os idosos, a composição familiar pode ser um fator decisivo para a falta de estímulo ao autocuidado. Neste estudo, não houve associação entre qualidade de vida e estado civil (OTERO LM, 2007).

Considerando a renda mensal da amostra, a maioria recebe até dois salários mínimos. Ressalta-se que, apesar de alguns estudos (INOUE K, 2007; SPRANGERS MA, 2000) demonstrarem que baixa renda reduz o bem-estar em idosos, no presente estudo, não foi encontrada associação significativa entre renda e qualidade de vida. Pode-se atribuir tal resultado, ao fato de que o município estudado configura-se como de pequeno porte, com custo de vida relativamente baixo.

Concernente à autoavaliação da qualidade de vida, a maioria a considerou como “boa” (58%), seguido por “indiferente” (30%). Resultado semelhante foi obtido em outro estudo (MORAES, 2007), em que a maioria dos idosos classificou a qualidade de vida como “boa” (46%) e “indiferente” (32%). A autopercepção da saúde evidenciou que a maioria dos idosos estava satisfeita (44%) e outros indiferentes (30%), resultado semelhante ao encontrado no estudo realizado em Uberaba-MG, no qual, 33,3% mostraram-se satisfeitos e exatamente 30%, indiferentes (MIRANZI et al., 2008). A autopercepção positiva da saúde possibilita maior envolvimento dos indivíduos em relação ao tratamento e controle

da doença. Dentre os entrevistados, pôde-se verificar que a maioria se sentia satisfeita com sua qualidade de vida, pois adotava hábitos de vida considerados saudáveis, embora precisasse de algum tipo de tratamento medicamentoso.

Ao analisar os domínios do WHOQOL-Bref, é necessário salientar que apesar de ser um questionário validado no Brasil, com a aplicação da versão em português (FLECK MPA et al., 2000), com características satisfatórias de consistência interna e validade discriminante e de critério, e ter sido aplicado por entrevistadores amplamente treinados, há limitações na sua aplicabilidade, devido à possível ocorrência de viés de memória na amostra estudada, visto que se trata de um grupo de idosos, além disso, constitui-se em uma amostra pequena.

O domínio *relações sociais* apresentou o mesmo apresentou maior relevância positiva, com grau de satisfação alto (76%), indicando que os idosos estavam satisfeitos com as relações sociais. Este domínio engloba questões referentes às relações pessoais, atividade sexual e apoio que recebem dos amigos. Resultado muito semelhante foi encontrado em estudo realizado em Juiz de Fora/MG, no ano 2009, com 133 idosos, no qual o grau de satisfação se concentrou no nível alto de 76,2%, indicando que os idosos estavam satisfeitos ou muito satisfeitos, neste domínio (BRAGA et al., 2011).

Em outro estudo realizado com 60 idosos, dos quais 30 participavam do grupo de atividades em promoção da saúde, em Carneirinho - MG, a qualidade de vida também foi investigada. Os achados do estudo sugerem que o grupo participante dos encontros da terceira idade obteve melhores resultados relacionados à percepção de qualidade de vida geral e também em diversos outros domínios, quando comparados ao grupo não-participante (LIMA et al., 2012), o que justifica

a importância da participação nos grupos. A inserção social minimiza os efeitos das transformações decorrentes do envelhecimento na qualidade de vida. Um bom relacionamento social é um dos principais determinantes da alta satisfação nesse sentido.

O domínio psicológico apresentou nível de satisfação de 52%, sendo considerado o segundo domínio que apresentou maior contribuição para a qualidade de vida dos idosos. Resultado semelhante foi encontrado em outro estudo, em que o nível de satisfação foi de 51,3% (BRAGA et al., 2011). Este domínio engloba questões referentes à autoestima, imagem corporal, sentimentos negativos, entre outras. O presente estudo demonstra que estes aspectos de uma forma geral são percebidos de maneira positiva pela maioria dos entrevistados e contribuem favoravelmente para uma boa qualidade de vida, com relação ao contexto psicológico. Em estudo realizado por Leite et al. (2006), os resultados são muito semelhantes, pois a maior prevalência de depressão é observada principalmente em idosos do sexo feminino e com presença de doenças crônicas.

Em relação ao domínio *meio ambiente*, os resultados encontrados apontaram que 42% da amostra consideraram como boa a qualidade de vida em relação às questões que investigavam este domínio. Supõe-se que tal resultado esteja relacionado às boas oportunidades de lazer na comunidade e à facilidade para buscar oportunidades de entretenimento em outros locais da cidade, principalmente com relação ao meio de transporte, pois a participação no grupo permite estar incluso em viagens organizadas pelo mesmo. Em estudo realizado por Ferraz et al. (1997), houve associação entre dados positivos de qualidade de vida dos idosos e acesso às

atividades de lazer, tais como instituições de recreação, enfatizando a importância desse fator para a qualidade de vida.

A capacidade funcional é um importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos, resultando em maior influência no domínio físico. No presente estudo, o domínio físico foi o que apresentou o menor escore de qualidade de vida, com apenas 28% sinalizando estado de “satisfação”, e 30%, “regular”. Este elevado percentual que se enquadrou como regular está relacionado à dependência de medicamentos, dor, diminuição da energia, da mobilidade e da capacidade de trabalho próprias do avanço da idade. Verificou-se neste domínio que, conforme aumentava o número de incapacidades funcionais, diminuía o escore de qualidade da vida.

A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas da vida diária são pontos básicos para prolongar, por maior tempo possível, a independência, com isso, os idosos mantêm sua capacidade funcional e qualidade de vida. A conservação da capacidade funcional pode ter importantes implicações na qualidade de vida dos idosos, estando diretamente relacionada à capacidade de se ocupar, de desenvolver atividades cotidianas e atividades prazerosas, que influenciam no nível de satisfação (REIS LA, 2008).

Considerando a classificação geral da qualidade de vida da amostra, segundo os domínios investigados, 54% apresentou qualidade de vida *regular*; 44%, *boa*. Ao verificar achados de outros estudos (LIMA et al., 2012; BRAGA et al., 2011) de igual finalidade, os idosos não consideraram a classificação global da qualidade de vida.

Considerações finais

O presente estudo permitiu a compreensão sobre os aspectos sociodemográficos de um grupo de idosos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus do município de David Canabarro (RS), indicando a predominância de indivíduos do sexo feminino, com idades variando entre 65-75 anos, com baixa escolaridade e renda. Com isso, há necessidade de intervenção mais específica para esta população, que deve ser feita de forma clara e com auxílio de recursos didáticos, atrativos e de fácil compreensão, aliada a uma equipe multiprofissional e multidisciplinar.

Em relação à qualidade de vida, o instrumento WHO-QOL-Bref evidenciou uma avaliação *regular* da mesma, principalmente, em relação ao domínio físico. Porém, com relação à percepção da saúde, 58% da amostra considerou sua satisfação com a saúde como *satisfeita* e *muito satisfeita*. A percepção da própria saúde é um indicador robusto do estado de saúde dos idosos.

A qualidade de vida é um indicador de saúde, e o questionário WHOQOL-Bref é um instrumento que pode sugerir intervenções para melhorar a própria qualidade de vida da população idosa. Observa-se, portanto, a importância da realização de estudos para verificar a influência dos domínios na qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento.

Conhecer a qualidade de vida dos indivíduos idosos com hipertensão e diabetes significa, pois, um momento ímpar de compreensão. Isso remete ao planejamento e à implementação de ações de responsabilidade por parte das esferas governamentais, com embasamento em informações científicas, a serem desenvolvidas por meio de políticas públicas, que envolvam tanto a melhoria da qualidade de vida dos indiví-

duos, quanto a valorização da formação de grupos de idosos. Para trabalhos futuros, sugere-se relacionar as variáveis de qualidade de vida com determinantes alimentares.

Referências

BRAGA, Maria Cecília Portugal et al. Qualidade de vida medida pelo Whoqol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev. APS*. v. 14, n. 1, jan./mar, p. 93-100, 2011.

BRASIL. *Coordenação de Investigação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde*. Informe de atenção básica. Brasília (DF): MS; 2001.

FERNANDES EC. *Qualidade de vida no trabalho: como medir para melhorar*. Salvador: Casa da Qualidade, 1996.

FERRAZ AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP*. v. 31, p. 316-38, 1997.

FLECK MPA; LOUZADA S; XAVIER M; CHACHAMOVICH E; VIEIRA G; SANTOS L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação de qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio*. 2010. [acessado 2012 nov. 27]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>.

INOUE K, Pedrazzani E. S. Nível de instrução, status socioeconômico e avaliação de algumas dimensões da qualidade de vida de octogenários. *Rev Latinoam Enferm*. v. 15, p. 742-747, 2007.

INTERNATIONAL *Diabetes Federation*. Whatis diabetes. Brussels (BE): IDF; 2006. Disponível em: <<http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

IRAGARAY,T.Q. *Dimensões de personalidade, qualidade de vida e depressão em idosas da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS)*, 2006- 150 f. Dissertação para obtenção do grau de mestre, pelo programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

LEAL, C. M. da S. *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Universidade dos Açores, 2008.

LEITE VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev Bras Saude Mater Infant*. v. 6, n. 1, p. 31-38, 2006.

LIMA, Lara Carvalho Vilela de. et al. A percepção da qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*, Ponta Grossa, v. 4, n. 2, p. 01-11, jul./dez. 2012.

MIRANZI, Sybelle de Souza Castro et al. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, p. 672-679, out./dez., 2008.

MORAES NAS, WITTER, GP. Velhice: qualidade de vida intrínseca e extrínseca. *Bol Psicol*. v. 57, n. 127, p. 215-238, jul./dez, 2007.

OMS. Active ageing. A policy framework. *A contribution of the world health organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing*. Madrid, Spain, 2002b.

OTERO LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. *Rev Latino-am Enferm*. v. 15, (Esp), p. 768-773, set./out., 2007.

REIS LA, Mascarenhas CHM, Torres GV. Evaluation of functional capacity on institutionalized elderly in the City of Jequié/BA. *Fiep Bull*. v. 78, n. 1, p. 89-92. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Sociedade Brasileira de Hipertensão. v. 13, p. 68, 2010.

SPRANGERS MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de BOER JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol*.; v. 53, n. 9, p. 895-907, 2000.

THE WHOQOL GROUP: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Soc. Sci. Med.*; v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

Força muscular de quadríceps em idosos com doença renal crônica

Bruna Klein¹

Lia Mara Wibelinger²

Eliane Lucia Colussi³

A doença renal crônica (DRC) refere-se a um diagnóstico sindrômico de perda progressiva e irreversível da função glomerular, tubular e endócrina dos rins, além de estar associada a várias etiologias no organismo humano. As principais causas da DRC são: diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, glomerulonefrite crônica, intoxicações medicamentosas, distúrbios vasculares, refluxo vesicoureteral, doença policística, malformações congênitas e as de causas

¹ Mestre do Programa em Envelhecimento Humano pela UPF, fisioterapeuta e especialista em Fisioterapia Hospitalar. E-mail: fisiobrunaklein@gmail.com

² Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUC-RS, professora pesquisadora da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: liafisio@upf.br

³ Doutora em História pela PUC-RS e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: colussi@upf.br

desconhecidas. Constituem as principais causas que levam os pacientes à insuficiência renal avançada, com necessidade de tratamento dialítico e transplante renal (CAMPOS et al., 2013).

A DRC é considerada um grande problema de saúde pública. Segundo o Censo Brasileiro de Diálise de 2011, cerca de 20 mil brasileiros precisam iniciar tratamento dialítico a cada ano (CASTRO e GROSS, 2013). Na última década, observou-se um crescimento no número de idosos com insuficiência renal, que ocorre concomitante ao número de co-morbidades (SESSO et al., 2007).

Existem poucos dados disponíveis sobre a prevalência da doença renal no Brasil, mas baseados em um estudo populacional realizado na cidade de Bambuí (MG), a prevalência de alterações renais na população variou de 0,5% em adultos (18-59 anos) até 5,1% em idosos (> 60 anos). Utilizando-se essas porcentagens sobre a população brasileira por faixa etária do último censo, foram estimados mais de 1.800.000 de indivíduos com algum grau de insuficiência renal (APRC, 2007).

O tratamento em hemodiálise é realizado em hospitais, com o auxílio de uma máquina chamada rim artificial, três vezes por semana, com duração média de quatro horas cada sessão (podendo haver variações neste tempo, de acordo com o tamanho, a idade, do paciente as condições clínicas, a ingestão de líquidos e a alimentação do paciente). Para realizar a diálise, o paciente necessita de uma via de acesso vascular chamada de fistula artério-venosa, obtida através de técnica operatória (CASTRO e GROSS, 2013).

As fases avançadas da doença renal crônica têm sido associadas a alterações fisiológicas em vários sistemas: nervoso,

cardiovascular, respiratório, musculoesquelético, imunológico e endócrino/metabólico. É comum, entre pacientes com DRC em hemodiálise (HD), a limitação na tolerância ao exercício físico, que pode estar relacionada à anemia, disfunção cardiovascular e redução da capacidade do músculo esquelético na extração de oxigênio (RIELLA, 2003).

A creatinina sérica é o marcador mais usado para avaliação da função renal. Ela sofre influência de fatores como massa muscular, hipermetabolismo e drogas, portanto pode superestimar ou subestimar a taxa de filtração glomerular (NUNES et al., 2010).

O tratamento da DRC é multifatorial, visando a aperfeiçoar a recuperação da função renal e à prevenção de novas lesões, e, mesmo antes da definição da causa da DRC, inicia-se com a correção da volemia, restabelecimento do equilíbrio eletrolítico e controle das manifestações de uremia (CHEUNG et al., 2008).

Os pacientes em hemodiálise apresentam uma ampla variedade de alterações metabólicas e distúrbios musculares. A maioria deles queixa-se de fraqueza muscular, cansaço precoce, dificuldade em subir escadas ou erguer-se de uma posição sentada. Nas fibras musculares desses pacientes, encontram-se inúmeras alterações nos capilares, enzimas mediadoras dos processos energéticos e nas proteínas contráteis (MOREIRA et al., 2000).

Apesar das várias inovações tecnológicas incorporadas no procedimento hemodialítico, os estudos brasileiros não demonstram melhora da sobrevida dos pacientes portadores de doença renal crônica na última década, apesar do emprego da hemodiálise como método de substituição da função renal. Passando-se a dar mais atenção a outros fatores relacionados à saúde e à qualidade de vida, entre os quais estão

os componentes da aptidão física: força muscular, flexibilidade e condicionamento cardiovascular (SANTOS, 2006; MEDEIROS et al., 2002).

Força máxima é a capacidade máxima de um músculo ou grupamento muscular de gerar tensão. É frequentemente medida pelo teste de uma repetição máxima (1RM também designada uma execução máxima), que operacionalmente é definido como a maior carga que pode ser movida por uma amplitude específica de movimento uma única vez e com execução correta (PEREIRA e GOMES, 2003).

Métodos

Foram avaliados 42 pacientes, sendo que 23 eram saudáveis e 19 possuíam doença renal crônica (DRC). A média de idade do grupo saudável foi de 65,52 anos, com um desvio-padrão de $\pm 10,03$. Do grupo com DRC, a média foi de 63,47 anos, com desvio-padrão de $\pm 7,88$ anos. Do grupo saudável, 20 (87%) eram do sexo feminino e 3 (13,0%), do masculino. Do grupo com DRC, 4 (21,1%) eram do sexo feminino e 15 (78,9%), do masculino. Os pacientes com DRC em HD de um hospital do Noroeste do Rio Grande do Sul, com mais de 50 anos de idade, há pelo menos três meses estiveram realizando hemodiálise, em média quatro horas por sessão, três vezes por semana, em máquina de hemodiálise Fresenius 4008 B (Fresenius Medical Care, Berlim, Alemanha), com fluxo sanguíneo de 200-400 mL/min. Foram excluídos os pacientes com doença renal aguda, pacientes neurológicos e os que apresentavam instabilidade hemodinâmica, pois poderiam impossibilitar a realização do teste de uma repetição máxima.

Os pacientes saudáveis foram escolhidos de forma aleatória, desde que tivessem idade acima de 50 anos de idade, fossem sedentários ou praticantes de atividade física. O pro-

jeto foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa em seres humanos da universidade e do hospital, onde os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Quanto ao procedimento, inicialmente realizou-se uma entrevista através de uma ficha de avaliação individual com os pacientes.

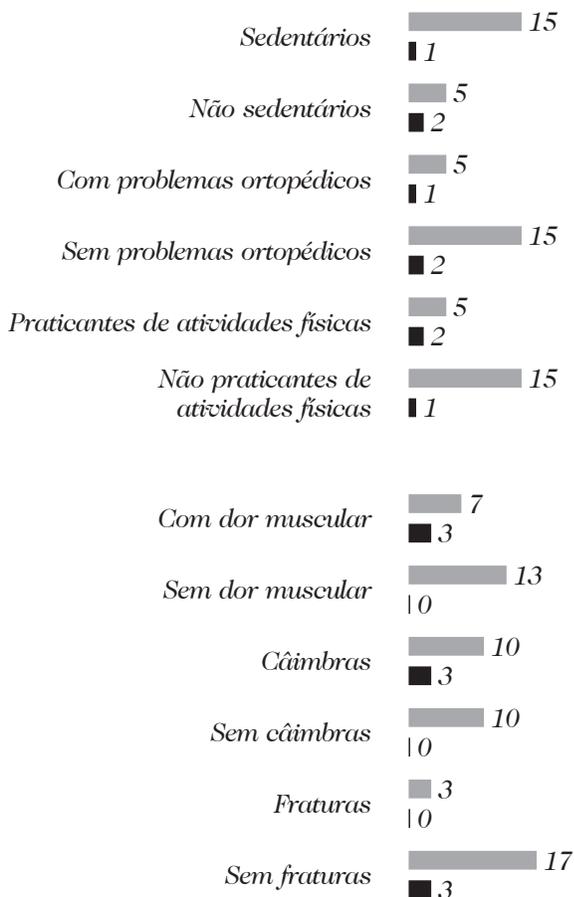
A força muscular dos músculos extensores da articulação do joelho foi avaliada pelo teste de carga máxima, sendo aqui representada pela sigla 1RM (uma repetição máxima), com o paciente sentado realizando o movimento de extensão da articulação do joelho, com pesos (tornozeliras) nas articulações dos tornozelos, mantendo a contração máxima dos extensores de joelho em uma única repetição completa. Para o teste, utilizou-se um peso inicial de 1kg. Se o paciente completasse pelo menos uma repetição, seu movimento era considerado com êxito. Após alguns minutos de intervalo, adicionou-se mais peso e solicitou-se ao paciente nova tentativa. A ideia foi de seguir esse procedimento até o paciente não conseguir mais levantar o peso, de forma que a quantia erguida na última repetição, realizada com sucesso, corresponderia ao resultado do teste de 1RM.

Resultados

Dos vinte e três pacientes saudáveis estudados e avaliados, 75% das mulheres eram sedentárias, não praticantes de atividades físicas e não apresentavam problemas ortopédicos. E, ainda, 65% delas apresentavam dores musculares e 50%, câibras. Vale lembrar que 85% dessas mulheres nunca tiveram fraturas. Agora, em relação ao sexo masculino, 66,7% eram praticantes de atividades físicas e não apresentavam problemas

ortopédicos, porém 100% apresentaram, em algum momento, dores musculares e câimbras, mas nunca tiveram fraturas.

O teste de correlação, de *Pearson*, identificou relações entre variáveis, revelando que as mulheres (■) sentiam menos dores musculares que os homens (■), os sedentários tinham mais problemas ortopédicos do que os não sedentários e, por fim, constatou-se que os que tiveram fraturas têm problemas ortopédicos etc., tal como resume esta representação gráfica abaixo:



Quanto às características dos dezenove pacientes renais crônicos estudados e avaliados, através da ficha de avaliação, 50% das mulheres eram sedentárias, com problemas ortopédicos e dores musculares, e 75% tinham câibras. Em relação ao sexo masculino, 60% eram sedentários com problemas ortopédicos, 66,7% apresentavam dores musculares, 80% não apresentavam câibras e não tiveram fraturas.

É interessante notar que os praticantes de atividades físicas não apresentaram problemas ortopédicos, os sedentários possuíam dores musculares e os que tinham problemas ortopédicos eram sedentários.

Houve diferenças significativas na comparação do grupo saudável com o grupo renal crônico. Constata-se que houve diminuição de força muscular dos membros inferiores dos indivíduos renais crônicos comparados aos saudáveis.

Além disso, um estudo externo a este demonstrou que a perda de massa muscular era o mais significativo preditor de mortalidade nos pacientes em hemodiálise, sendo o exercício físico um importante fator no controle e reversão da perda muscular (COELHO et al., 2008).

Estudos diversos, inclusive, têm revelado que pacientes em hemodiálise têm pouco ou nenhum condicionamento físico, o que possivelmente gere alterações em sua qualidade de vida. Isso se deve a vários fatores, dentre eles, à diminuição da atividade física, à fraqueza muscular, à anemia, à disfunção ventricular, ao controle metabólico e à disfunção hormonal (CHEEMA et al., 2005).

Ainda temos informações de um outro estudo, realizado com sete indivíduos, através do teste de 1RM para extensores de joelho, aplicado duas vezes por semana durante cinco meses, com carga de 50% da obtida no teste de 1RM para

força e 30% da carga obtida no teste, para resistência. Uma dimensão mostrou que o treinamento muscular periférico, quando aplicado durante a hemodiálise como rotina das intervenções a que os pacientes são submetidos, proporciona melhora na qualidade de vida e nas dimensões: aspecto físico, dor, estado geral de saúde e vitalidade (CORRÊA et al., 2009).

Da comparação da força muscular do grupo saudável com o grupo renal crônico, resultaram os seguintes valores:

<i>Saudável MID*</i>		7,3
<i>Saudável MIE**</i>		7,22
<i>Doente MID</i>		5,72
<i>Doente MIE</i>		6,16

*MID: membro inferior direito; **MIE: membro inferior esquerdo.

Discussão

A doença renal crônica DRC traz consequências para quase todos os sistemas do corpo humano (COELHO et al., 2008). Além disso, a má nutrição provoca perdas musculares, ocasionando fraqueza muscular, especialmente em membros inferiores (DIAS et al, 2005). Os resultados demonstraram alguns aspectos relevantes, apesar de o grupo saudável ter apresentado diferenças significativas na força muscular de extensores de joelho: a) 69,6% dos indivíduos saudáveis eram sedentários; b) 69,6% praticavam atividade física; c) 26,1% apresentavam problemas ortopédicos; d) 56,5% apresentavam dores musculares e câimbras; e) e somente 13% tiveram fraturas em MMII. Sendo assim, o grupo renal crônico apresentou baixa significância no teste de uma repetição máxima devido a que: i) 57,9% eram sedentários;

ii) 57,9% praticavam atividade física e apresentam problemas ortopédicos; iii) 78,9% apresentam câimbras; iv) 15,8% tiveram fraturas em MMII.

Pereira e Gomes (2003) concluíram que a predição de 1RM a partir de variáveis antropométricas tem poder fraco. Testes submáximos parecem oferecer melhor potencial de predição, mas a maioria das equações estabelecidas não tem sua validação comprovada. Sendo assim, a predição de 1RM a partir de testes submáximos e de variáveis antropométricas, ou mesmo a prescrição de exercícios devem ser vistas com cautela. A especificidade da amostra, do exercício, da idade e do nível de força são fatores que podem interferir nas relações.

Os regimes de treinamento de força muscular foram de intensidade leve à moderada, variando de 50% de 1RM a 85% de 3 RM. Ou seja, pacientes em tratamento hemodialítico não toleram exercícios de grande intensidade. Tais fatos permitem pressupor que, mesmo em menores intensidades de treinamento, pode ocorrer ganho de força muscular na maioria dos indivíduos, o que reduziria o impacto negativo gerado pela diminuição da atividade física nesta população (COELHO et al., 2008).

O sistema musculoesquelético é um dos que mais apresenta alterações na estrutura e na função muscular, provocando *deficit* na capacidade física e na redução das atividades aeróbicas (DIAS, 2005).

A força do quadríceps direito e esquerdo aumentou 83% após a conclusão do programa de exercícios ($7,25 \pm 3$ Kg antes do tratamento versus $12,2 \pm 4$ Kg após tratamento) ($p < 0,0001$) avaliado pelo teste de 1RM (PERES et al., 2009).

Um estudo com 18 participantes, após três meses de treinamento aeróbico e de força muscular, apresentou resul-

tado significativo no teste de 1RM para o grupo extensores de joelho (CHEEMA et al., 2005).

A atividade física é reduzida em pacientes com DRC, chegando a 75% a menos para pacientes em estágio pré-dialítico, quando comparados à população que não tem DRC. (HEIWE et al., 2004; JOHANSEN et al., 2005).

Estudos evidenciaram que o exercício físico em pacientes durante a hemodiálise pode melhorar as desordens musculares, proporcionando melhora na força de membros inferiores e na qualidade de vida (CASTRO et al., 2003; TORKINGTON et al., 2006).

Medeiros (2002) comparou força muscular, flexibilidade e condicionamento cardiovascular de indivíduos com DRC em tratamento de hemodiálise com indivíduos sedentários, onde a força muscular e a flexibilidade foram menores apenas nos homens com DRC.

Segundo Santos et al. (2011), há a necessidade de maior atenção aos pacientes com DRC em tratamento hemodialítico, por parte das equipes multidisciplinares que acompanham estes pacientes, principalmente com aqueles acima de 60 anos (idosos) e detentores de menor grau de escolaridade. Assim, será possível permitir que eles possam conhecer melhor sua doença, tendo em vista que o grau de conhecimento da patologia por parte do paciente pode contribuir para a melhor adesão ao tratamento e assim colaborar para a melhoria da sua qualidade de vida.

Neste estudo, portanto, demonstramos que é possível avaliar pacientes em programa hemodialítico, e que exercícios trazem benefícios às atividades da vida diária que exigem estas musculaturas, como andar, correr e subir escadas, melhorando a força dos músculos extensores dos joelhos.

Analisando os resultados desse estudo e comparando-os com o estágio da DRC, observou-se que pacientes com DRC nos estágios mais avançados possuem uma maior tendência ao sedentarismo e que estes apresentam um maior risco de desenvolver problemas ortopédicos e dores musculares. Esse conhecimento se torna fundamental quando da orientação de atividade física para essa população, pois visa a uma melhor saúde para estes pacientes.

Considerações finais

Finalizando, a análise desta pesquisa em um grupo de pacientes renais crônicos idosos em hemodiálise ambulatorial permite constatar que de fato existe uma significativa diminuição de força muscular dos MMII, comparado com indivíduos saudáveis de mesma idade.

Evidencia-se que o nível de capacidade física nos pacientes com doença renal crônica (DRC) é baixo, porém é possível avaliá-lo e melhorá-lo através da inserção de um programa de exercícios físicos supervisionados de maneira segura, com baixo custo, e aplicável em um serviço de hemodiálise no Brasil.

Sugerimos que outros estudos sejam realizados utilizando o teste de 1RM, além da realização de um programa de atividade física sistematizada e controlada para observar possíveis alterações na força muscular de pacientes com DRC.

Referências

APRC - Associações de Pacientes Renais Crônicos. Perfil da doença renal crônica. O desafio brasileiro 2007. Preparado pelo Grupo Multisetorial de Doença Renal Crônica: *SBN, SOBEN, ABCDT*. Disponível em: <http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/programas/0007/Doenca_Renal_Cronica.pdf>.

CAMPOS, F.G.; FERREIRA, D. P.; EMÍDIO, R. A. S. et al. Tempo decorrido entre o primeiro contato com a unidade de nefrologia e o início da diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. *BSB Médica*; 2003.

CASTRO M.; CALUBY A.V.S.; DRAIBE S.A. et al. Qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise avaliada através do instrumento genérico SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.*; 49: 245-9; 2003.

CASTRO, E.K.; GROSS, C.Q. Percepção sobre a doença renal crônica de pacientes em hemodiálise: revisão sistemática. *Salud e Sociedad*, V. 4, No. 1, p. 70-89, enero-abril, 2013.

CHEUNG, M.; PONNUSAMY, A.; ANDERTON, J. G. Management of acute renal failure in the elderly patient. *Drugs Aging*; 25, p. 455-76, 2008.

CHEEMA B.S.B.; SINGH M.A.F. Exercise training in patients receiving maintenance hemodialysis: a systematic review of clinical trials. *Am J Nephrol*; 25, p. 352-64, 2005.

COELHO D.M.; RIBEIRO J.M.; SOARES D.D. Exercícios físicos durante a hemodiálise: uma revisão sistemática. *J. Bras Nefrol*; 30, p. 88-98, 2008.

CORRÊA L.B.; OLIVEIRA R.N.; CANTARELI F.J.S. et al. Efeito do treinamento muscular periférico na capacidade funcional e qualidade de vida nos pacientes em hemodiálise. *J. Bras. Nefrol.*; 31(1): 18-24; 2009.

DIAS R.M.R.; CYRINO E.S.; SALVADOR E.R. et al. Influência do processo de familiarização para avaliação da força muscular em testes de 1-RM. *Rev. Bras. Med. Esporte*; 11, p. 34-8, 2005.

HEIWE S.; DAHLGREN M.A. Living with chronic renal failure: coping with physical activity of daily living. *Adv in Physio*; 6, p. 147-57, 2004.

JOHANSEN K.L. Exercise and chronic kidney disease: current recommendations. *Sports Med.*; 35, p. 489-99, 2005.

MEDEIROS R.H.; PINENT C.E.C.; MEYER F. Aptidão física de indivíduo com doença renal crônica. *J Bras Nefrol.*; 24 (2): 81-7; 2002.

MOREIRA P.R.; BARROS E. Atualização em fisiologia e fisiopatologia renal: bases fisiopatológicas da miopatia na Insuficiência renal crônica. *J. Bras. Nefrol.*; 22 (1):201-208; 2000.

NUNES, T.F.; BRUNETTA, D.M.; LEAL, C.M. et al. Insuficiência renal aguda. *Medicina (Ribeirão Preto)*;43 (3): 272-82; 2010.

PEREIRA M.I.R.; GOMES P.S.C. Testes de força e resistência muscular: confiabilidade e predição de uma repetição máxima – Revisão e novas evidências. *Rev. Bras. Med. Esporte*; 9 (5): 1-1; 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v9n5/v9n5a12.pdf>>.

PERES C.P.A.; DELFINO V.D.A.; PERES L.A.B. et al. Efeitos de um programa de exercícios físicos em pacientes com doença renal crônica terminal em hemodiálise. *J. Bras. Nefrol*; 31 (2): 105-113: 2009.

PRADO F.C.; RAMOS J.; VALLE JR. *Atualização terapêutica: manual prático e tratamento*. São Paulo: Artes Médicas, 2007.

RIELLA M.C. Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 4. ed. Rio de Janeiro. *Guanabara Koogan*; 2003.

SANTOS, R.C.; FARIA, N.V.; MORAES, E.D.L. et al. Construindo saberes em nefrologia: a produção de conhecimento sobre doença renal crônica. *Rev. Pesq. Saúde*, 12(3): 49-83, set./dez., 2011.

SANTOS P.R. Relação do sexo com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Rev. Assoc. Med. Bras*; 52 (5): 356- 359: 2006.

SESSO R.; LOPES A.A.; THOMÉ F.S. et al. Resultados do censo de diálise da SBN, 2007. *J. Bras. Nefrol.*; 29, p. 197-202, 2007.

TORKINGTON, M.; MACRAE M.; ISLES C. Uptake of and adherence to exercise during hospital haemodialysis. *Physiotherapy*; 92, p. 83-7, 2006.



Design e avaliação ergonômica do ambiente construído: refeitório com ênfase na usabilidade

Ana Claudia Gaicoski Pinto¹
Joice Cristiane Bettio²

Com o surgimento de novas necessidades relacionadas ao público idoso, percebe-se a necessidade do bem-estar psicofisiológico, pois tal fator influencia no tratamento e melhora do quadro clínico. Baseado nisso, busca-se a adequação do ambiente construído e dos mobiliários que o compõem. O espaço projetado para cada situação vivenciada deve interagir com o usuário de maneira que sua distribuição não cause nenhum desconforto ou esforço maior na interação.

No desenvolvimento de um projeto, é preciso observar as condições dos usuários, principalmente, segundo Ribeiro

¹ Mestranda em Projeto e Processos de Fabricação, especialista em Engenharia de Produção, bacharel em Design, docente dos cursos de Design e Engenharia de Produção da ULBRA Carazinho.

² Graduada em Design pela ULBRA Carazinho.

(2006), os detalhes que envolvem seu dia-a-dia e, a partir dessa observação do ambiente construído, aliando conforto e segurança às limitações físicas e visuais, projetar o ambiente para atender a essas necessidades. Houve grande aumento da população idosa no Brasil, de acordo com os dados do IBGE (2012), as pessoas com mais de 60 anos somam 23,5 milhões, mais que o dobro do registrado em 1991, quando tal faixa etária contabilizava 10,7 milhões de pessoas. É a partir desses dados que surge a preocupação com a situação dessa classe, pois muitos são abandonados pela família e esquecidos em clínicas que nem sempre oferecem um suporte necessário. Resulta que acabam passando seus últimos dias isolados em locais sem estrutura adequada e sem o devido cuidado.

Com o aumento da população, sendo isso um fenômeno irrefutável, também comprovado pelos dados estatísticos, essa realidade deve ser considerada no que tange ao planejamento e à adequação dos ambientes e serviços disponíveis a essa população.

Levando em consideração a necessidade referente ao público idoso, sugere-se, como problemática do trabalho, analisar sob a ótica do design e da ergonomia, de que modo pode-se auxiliar no projeto de refeitório para idosos em clínicas geriátricas, buscando otimizar a acessibilidade e usabilidade do ambiente.

Para Iida (2005), o ambiente é definido pelos usuários e pelas atividades desenvolvidas naquele espaço. Em tal ambiente, onde os afazeres são desenvolvidos para os idosos e focados no envelhecimento humano, encontram-se dificuldades de locomoção devido ao avanço da idade e aos movimentos sensoriais e físicos menos ágeis que influenciam diretamente na interação com o meio ambiente. Tudo isso

deve ser levado em consideração no desenvolvimento das adequações e adaptações.

Com o avanço da idade, a pessoa torna-se menos independente, necessitando algumas vezes do outro, de um cuidador ou de algum suporte para locomoção e tarefas diárias, em virtude das disfunções comuns à idade. Ainda que a dependência seja suprida por algum equipamento que dê suporte a ela, os movimentos ficam dependentes de apoio, e as dificuldades não se restringem somente à locomoção, mas também são percebidas em todo o ambiente. A maior dificuldade encontrada pelos idosos na locomoção pode ser causadora de má disposição e até perda de vontade, isso porque quanto maior a dificuldade maior será o esforço a ser desempenhado para realizar tal função/movimento.

Dessa forma, um ambiente construído demanda planejamento, cada projeto tem sua particularidade e necessita de adequação, sendo elas regulamentarias, como a resolução RDC nº 283/05 da ANVISA, que traz as regulamentações referentes a organização até ao padrão de infraestrutura física, inclusive no que diz respeito à lei nº 10.741/03 que regulamenta as condições de salubridade, higiene e segurança das instalações físicas que as entidades de atendimento aos idosos devem oferecer.

Pode-se dizer que o design e a ergonomia influenciam diretamente o processo de adaptação para suprir as necessidades, bem como o projeto de adequação, possibilitando a utilização com aproveitamento máximo ou não. Segundo Löbach (2001), as necessidades humanas são sanadas pelo uso de objetos, logo, se esses objetos não satisfazem os desejos de uso, são substituídos por outros que se adequam melhor à função.

O design e a ergonomia vão ao encontro das necessidades do ambiente construído, buscando uma solução para os problemas, proporcionando assim maior integração e adaptação aos objetos que fazem parte das atividades do dia-a-dia.

Em um ambiente onde a interação entre os objetos e o usuário é o foco, como na proposta de adequação do refeitório de uma casa geriátrica (objetivo desse estudo), deve-se observar como se dá a interação entre os objetos e os idosos, utilizando-se das ferramentas do design e da ergonomia.

O desenvolvimento deste projeto será baseado na estrutura metodológica de Gui Bonsiepe (1984) e se utilizará ferramentas projetuais de Mike Baxter (2011), Bernad Löbach (2001) e Anamaria Moraes e Cláudia Mont’Alvão (2010), com aspectos relacionados à ergonomia aplicada em ambiente construído.

Design

Niemeyer (2000, p. 12) afirma que “ao longo do tempo o design tem sido entendido segundo três tipos distintos de prática e conhecimento”. Em primeiro lugar, vem a visão da atividade artística muito importante no meio profissional; em segundo, entende-se como um planejamento ou invenção com o propósito da produtividade e do processo de fabricação com atualização tecnológica; em terceiro, como uma integração entre as diferentes áreas de atuação, que estão relacionadas a escolhas dos materiais até a sua utilização e destino final.

Para Löbach (2001, p. 14), o “design é o processo de adaptação do ambiente *artificial* às necessidades físicas e psíquicas dos indivíduos da sociedade”, ou seja, o *design* de um produto é o processo pelo qual é realizada a adaptação

do uso e da fabricação industrial às necessidades físicas e psíquicas dos usuários.

O design se torna um processo de geração e criação de novos conceitos e ideias para a industrialização e confecção de novos produtos, baseando-se em problemas ou hipóteses de melhoramento de um sistema ou produto, para atender necessariamente aos problemas cotidianos das pessoas. Segundo Pequini (2005), o foco do design de produto vem a ser a usabilidade, pois ao analisarmos o produto, do ponto de vista postural e dimensional, esses requisitos relacionados ao conforto ou desconforto serão definidos pelo usuário, pois ele é quem irá utilizar o produto e saberá melhor apontar as necessidades e deficiências do mesmo.

Ergonomia e usabilidade

Para Iida (2002, p. 353), “do ponto de vista ergonômico, os produtos não são considerados como objetos em si, mas apenas como meios para que o homem possa executar determinadas funções”. O objetivo da ergonomia torna-se então o estudo da interação do homem com o ambiente e os objetos ao seu redor.

O estudo ergonômico se faz necessário no momento em que surge para suprir as necessidades dos consumidores e usuários de produtos diversificados. Sua abordagem foca o atendimento de necessidades e busca aprimorar a interação do homem com os objetos.

Iida (2002, p. 01) define ergonomia como “estudo da adaptação do trabalho ao homem.” Pode-se constatar, então, que o objeto é que deve se adaptar ao homem, e não o contrário. Segundo Gomes Filho (2003), os principais fatores ergonômicos básicos que necessitam estar em um projeto

de intervenção ergonômica são requisitos básicos, tais como tarefa, segurança, conforto, postura, aplicação de força, entre outros.

A ergonomia e o design vão em busca da solução de problemas, proporcionando ao homem maior interação e adaptação com os objetos. Para Yessayan (2013, p. 01), o objeto da ergonomia “é o homem no seu trabalho, trabalhando, realizando a sua tarefa cotidiana, executando as suas atividades do dia-a-dia.” Baseado na colocação do autor, Moraes (2010) diz que a ergonomia estuda as necessidades através do estudo do homem, de acordo com os extremos da população, focando em atender pessoas com menor ou maior alcance, menor ou maior força, ou até quando se precisar de espaço, assegurar que o maior possa passar.

Pensada para atender a todas as necessidades, a ergonomia atua como intermediadora entre o produto e o homem, adequando tais necessidades aos produtos. E para que seja garantida uma adequação satisfatória, faz-se necessário partir de uma problematização ergonômica, da sistematização do sistema homem-máquina e da análise da tarefa (MORAES apud PEQUINI, 2005).

De certa forma, os produtos não podem ser considerados totalmente seguros. Para garantir a sua total seguridade, devem ser aplicadas estratégias de design e avaliação, uma estratégia que evidencie a segurança dos usuários e a usabilidade do produto. Segundo Soares e Correia (2001 p. 06), a ergonomia aplicada “desde o início do processo de desenvolvimento do produto, melhora a sua usabilidade e incorpora valor ao produto na disputa pelo mercado de consumo”.

Projeto de design e ergonomia no ambiente construído

Levando-se em consideração que tarefas diferentes exigem métodos diferenciados, parte-se de um pressuposto de integração de soluções e mescla de ferramentas de desenvolvimento para atender a uma necessidade de pesquisa e desenvolvimento de uma solução.

Segundo Coelho (2008, p. 248), o método de trabalho e a interpretação do design também podem se basear em indução e dedução, onde se busca o conhecimento para construção e elaboração de uma nova síntese para o desenvolvimento do projeto e geração de uma solução.

Sendo assim, o desenvolvimento desse estudo e projeto foi baseado na estrutura... na estrutura metodológica de Gui Bonsiepe (1984), ferramentas projetuais de Mike Baxter (2011), Bernard Löbach (2001) e Anamaria Moraes e Claudia Mont'Alvão (2010), com aspectos relacionados à ergonomia aplicada em ambiente construído.

Tendo em vista que o envelhecimento não acontece apenas fisiologicamente, pensa-se no bem-estar dos idosos e na melhor qualidade de vida da classe. Dessa forma, propõe-se como problemática pensar em como o design pode auxiliar no projeto de refeitório no dia-a-dia dos idosos em clínica geriátrica. A ideia é otimizar a acessibilidade e a usabilidade do ambiente.

Através de visita e pesquisa na clínica, foram coletas as informações sobre o ambiente, sobre os hospedados e sobre a funcionalidade do local em estudo.

A clínica possui oito hóspedes, sendo quatro homens e quatro mulheres. Dos homens, dois são viúvos e dois casados. Das mulheres, três são viúvas e uma casada. Todos têm filhos,

sendo que três foram para a clínica por falta de companhia, e os outros cinco, por necessitarem de cuidados especiais.

Quanto à movimentação: dois idosos se movimentam sozinhos, os outros seis precisam de ajuda, sendo que, desses seis, quatro necessitam de cadeiras de roda para se movimentar, e um precisa de andador.

Nas refeições, conforme resultado da pesquisa, seis alimentam-se sozinhos sem necessidade de auxílio, e dois dependem dos enfermeiros por não possuírem movimentação necessária nos membros. Todos os idosos entrevistados responderam que a estrutura do ambiente é adequada às suas necessidades e não se sentem desconfortáveis em relação ao ambiente e à estrutura oferecida. Relatam gostar do ambiente e nunca ter sofrido qualquer tipo de acidente que pudesse causar lesões ou machucados. Consideram os assentos do refeitório adequados e confortáveis.

O diagnóstico sobre as refeições apresentou como resultado o fato de que são todas servidas nos pratos, os idosos não necessitam se servir, processo realizado para facilitar a alimentação dos mesmos. O ambiente é composto por duas mesas, uma com rodízios para movimentação e a outra fixa. Todos se alimentam no refeitório, que possui duas portas de acesso, uma com acesso ao corredor de entrada da clínica e outra de acesso à sala de recreação; três janelas para ventilação; um lavabo e também um bebedor de água. As cadeiras utilizadas têm almofadas, e as outras são apenas de vime. A entrevista foi realizada com os idosos, porém com auxílio de ajudantes e enfermeiras, levando em consideração que os mesmos não possuem conhecimentos na área ergonômica e sua avaliação sobre o local é vista como uma avaliação de pessoa leiga. Através da Figura 1, a seguir, pode-se conhecer melhor o ambiente deste estudo.



Figura 1. Refeitório.

A imagem do refeitório demonstra a configuração do ambiente, a disposição dos móveis e dos acessórios que o compõem. As mesas estão localizadas nas extremidades, e se vê a disposição do lavabo ao lado da janela. O ambiente é aparentemente bem ventilado, limpo, com pintura e decoração em tons claros.

Como já sabemos, os fatores físicos ligados ao envelhecimento contribuem para a diminuição da independência, o que dificulta ainda mais a realização de certas atividades do dia-a-dia. É nessa fase que se nota uma significativa redução no desempenho físico e motor, na capacidade de concentração, de reação e de coordenação, o que em muitos casos causa depressão, isolamento e desestimula o convívio com as pessoas por vergonha ou constrangimento.

Além disso, as alterações físicas causadas pelo envelhecimento tendem a alterar a rotina e os hábitos diários de atividades simples e outras ocupações.

A aplicação da ergonomia nesta intervenção se dará através do estudo de usabilidade do ambiente, que será desenvolvido através da coleta das informações existentes no local as quais servirão de base ao desenvolvimento do projeto e adequação.

Para Gurgel (2002), cada projeto deve ser desenvolvido respeitando as dimensões do corpo humano, o autor diz ainda que a ergonomia é o estudo das características psicológicas, físicas e fisiológicas do corpo humano e tem o objetivo de adaptar o ambiente de vivência ao usuário.

A partir da análise do ambiente e entrevista aos usuários, foram obtidas as informações do local. Quanto às cadeiras, constatou-se que eram desconfortáveis e inadequadas, de materiais impróprios para acomodação de pessoas idosas. Havia dois modelos: um em madeira maciça com cantos retos, acento em plástico trançado e encosto em madeira; o outro modelo era um acento em couro, com encosto vasado em madeira, demonstrados na Figura 2. O uso dessas cadeiras pode levar a posturas inadequadas, tendo em vista que os seus usuários têm idade avançada e problemas nas articulações e nos ossos, oriundos do processo natural de envelhecimento, e por isso necessitam de conforto ao acomodar-se num assento.

Segundo Iida (2002), o corpo na posição sentada entra em contato com o assento apenas através da postura óssea. Por isso, recomenda-se acentos com estofamentos mais duros, pois acentos macios não dão bom suporte de peso, distribuindo a pressão para outras partes do corpo como nádegas e pernas, impedindo a circulação do sangue e causando dores e fadiga. Portanto, o material deve ser antiderrapante e ter a capaci-

dade de dispersar o calor e a umidade gerada pelo corpo. O autor ainda afirma que os assentos devem ser adequados para cada usuário de acordo com suas medidas antropométricas. Devem possuir variações de postura e também encostos. O espaço entre a mesa e a cadeira deve ter pelo menos 20 cm para acomodação das pernas.

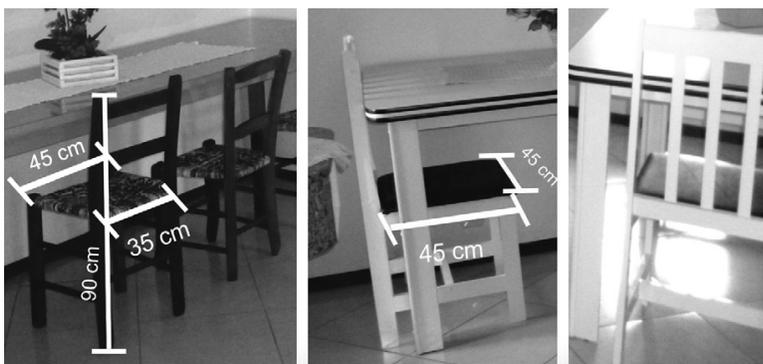


Figura 2. Análise das cadeiras.

O assento da cadeira em madeirado escuro tem medida de 45 cm de largura na extremidade da frente e 35 cm na base do encosto, medindo 90 cm de altura, já o modelo em couro com madeira branca tem acento quadrado com 45 cm de largura e profundidade.

Quanto à utilização da mesa de refeições, a mesa de apoio não possui rodízios e não está adequada para atender à necessidade dos cadeirantes, uma vez que a medida mínima de uma cadeira de rodas segundo a ABNT NBR 9050 é de 71 cm a 72,5 cm de altura (do chão à base de apoio da cadeira), a mesa tem 70 cm de altura até o tampo, menor que o necessário, portanto, para a acomodação da cadeira. Seu

tampo mede 76 cm de profundidade e 1,36 cm de largura. Seu formato retangular possui tampo com extremidades arredondadas, em branco com detalhes em preto, em MDF, acabamento em laca, sendo fixado com parafusos e suporte de metal.



Figura 3. Análise de mesa (sem rodízios).

A mesa maior possui pés com rodízios, somando 78 cm até o tampo, e altura total de 83 cm, sendo 75 cm de profundidade e 2,75 cm de comprimento. Segundo Dischinger (2012), deve ser prevista uma altura livre de 73 cm em mesas; sob o tampo, apenas um pé central e profundidade mínima de 50 cm, tendo entre 75 cm e no máximo 85 cm do chão,

segundo ABNT, norma NBR 9050. Pode-se ver o modelo existente no ambiente, na Figura 4.



Figura 4. Análise da mesa (com rodízios).

A mesa tem cantos vivos, rodízios na base dos pés e dois tons de madeirado. Os pés são quadrados com quinas e tem formato retangular em madeira maciça e MDF laminado. A fixação é por parafusos e suportes de metal.

Quanto ao lavabo, está localizado ao lado da janela, suspenso a 71 cm do chão, com 50 cm de largura e tampo de 17 cm de altura. É de granito e tem torneira de ativação por alavanca, com 13 cm de altura. A altura total é de 101 cm do topo da alavanca de ativação ao chão.

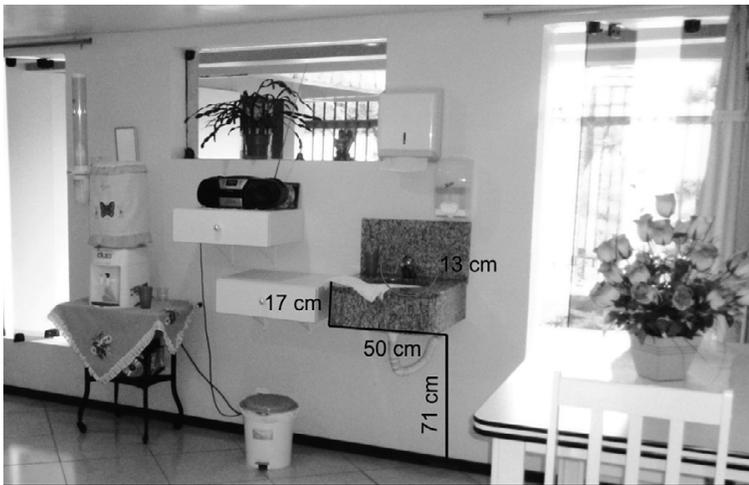


Figura 5. Lavabo.

O lavabo está disposto ao lado da janela, acima está o suporte de papel toalha e sabonete líquido. Ao lado, dois nichos utilizados para o armazenamento de objetos de uso dos idosos. Os pontos negativos neste layout, segundo as ideias de Dischinger (2012), seriam: a altura livre de acesso ao lavatório deveria ter no mínimo 73 cm; a altura máxima da torneira ser de 80 cm do chão, deveria ainda haver uma barra de apoio circundando o lavatório, além disso, a profundidade livre recomendada é de 25 cm para aproximação da cadeira de rodas; a saboneteira e o toalheiro deveriam estar entre 70 cm e 1,20 cm do chão.

Quanto à iluminação observada no ambiente, há apenas dois spots, localizadas no centro da sala, uma sobre a mesa grande e a outra na mesma direção, porém centralizada no ambiente, deixando pouca iluminação para a mesa auxiliar, o que dificulta a visão pela sombra projetada à frente. Segundo Iida (2002), a luz deve ser planejada para evitar sombras, ofuscamento e reflexos, devendo estar posicionada sobre os

olhos, de preferência a 30° em relação à linha da visão, de modo a evitar a incidência de luz direta (ou refletida) aos olhos.

As duas aberturas de acesso, uma contendo 1,13 cm, outra com 1,08 cm, estão dentro dos parâmetros. De acordo com Dischinger (2012), deve haver mais de 80 cm de passagem livre.

A pintura foi executada em tinta branca, com cortinas verdes e adesivos decorativos na parede. O piso tem lajota simples. Há, ainda, um suporte de sabonete líquido a 1,20 cm do chão, acima do lavabo, e um suporte de papel toalha acima do lavabo, a 1,35 cm do chão. Segundo Dischinger (2012), deveria estar a uma altura entre 78 e 80 cm do chão, até 1,20 cm de altura e com 73 cm de acesso livre. Se fosse uma mesa menor com um filtro de água, deveria ter altura de 66 cm e suporte para copos a 1,30 cm do chão. O ambiente também possui dois janelões de vidro com abertura de giro e uma janela superior fixa, além das duas entradas para o refeitório.

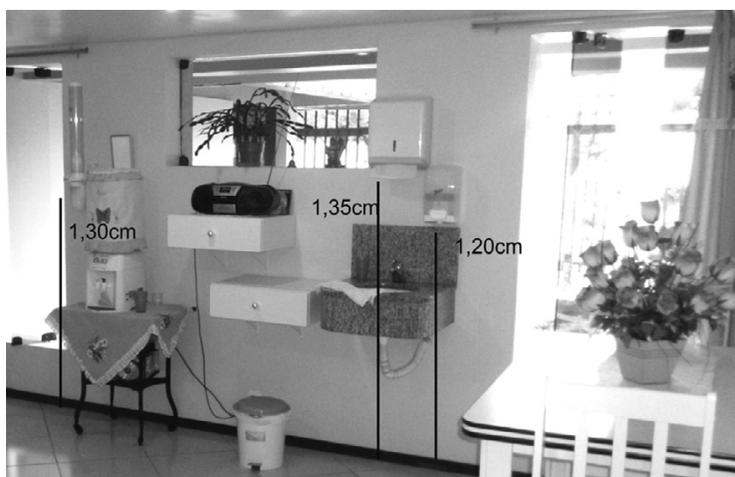


Figura 6. Análise de acessórios.
Cap. XII - Design e avaliação ergonômica do ambiente construído; refeitório com ênfase na usabilidade

Constatou-se que a distribuição dos acessórios neste ambiente não foi adequadamente planejada, pois o acesso dos cadeirantes a estes objetos ficou prejudicado, já que estão localizados acima do lavabo, dificultando a aproximação e o alcance.

O ambiente tem área de 348 cm de largura por 464 cm de comprimento, sendo ocupado por duas mesas, seis cadeiras e um lavabo com 50 cm de profundidade. A circulação livre é de aproximadamente 220 cm (da mesa ao lavabo), o espaço de circulação entre as mesas é de aproximadamente 120 cm (medidas variam de acordo com a disposição das cadeiras).

A circulação do ambiente pode ser descrita em dois momentos, o primeiro é quando o ambiente não está sendo utilizado e acaba por ser transitado em dois sentidos: sala de recreação/entrada e vice-versa. O ambiente é amplo e em horário de circulação normal tem espaço suficiente de circulação para os usuários cadeirantes e não cadeirantes.



Figura 7. Circulação do ambiente (recreação/recepção).

O ambiente é disposto da seguinte maneira: com as mesas encostadas nas laterais, com as cadeiras junto a elas, duas aproximadas à mesa menor e outras quatro aproximadas à mesa maior. A circulação no sentido recreação/sala de recepção ocorre apenas no centro da sala, tendo aproximadamente 220 cm livres e 120 cm entre as mesas.

Na Figura 8, pode-se ver a circulação no sentido recepção/sala de recreação em horários em que a sala não está sendo utilizada para refeição.



Figura 8. Circulação do ambiente (recepção/recreação).

O ambiente é disposto também com as mesas nas laterais e é usado fora do horário de refeição pelas enfermeiras como passagem para diminuir a distância entre outros ambientes, durante o atendimento aos idosos. O local serve também de

atalho e facilita o atendimento, uma vez que as enfermeiras buscam água do lavabo no atendimento aos idosos, quando estão na sala de recreação, em momentos que devem ser medicados ou que necessitam de algum outro cuidado.

O principal uso ocorre no horário de refeições, quando a mesa maior é utilizada pela maioria dos usuários cadeirantes e é deslocada para o centro do refeitório. O posicionamento dos cadeirantes é feito na área de circulação do ambiente, como apresentado na Figura 9. Os outros usuários sentam-se atrás da mesa, entre esta e a parede.



Figura 9. Circulação do ambiente em horário de refeições.

Nos horários de refeição, esta é servida nos pratos para cada idoso. Quanto à acomodação: são dispostos três cadeirantes na lateral de circulação da mesa e um na ponta. Os outros três que utilizam as cadeiras normais se acomodam na lateral da parede, e um se acomoda na mesa lateral menor. Durante a alimentação, dois idosos necessitam de ajuda para comer, por terem dificuldade nos movimentos, o restante se alimenta sozinho. Ao se satisfazerem, são retirados do refeitório e acomodados na sala de recreação ao lado.

Processo criativo do ambiente construído

A alternativa escolhida, que se adequou à necessidade do projeto, foi definida pela adequação às normas e leis, como também pela análise ergonômica e aplicação das ferramentas de *design*, onde ficam estabelecidas as normas de circulação citadas pela ABNT NBR 9050, que especificam que deve haver espaços livres de circulação de 90 cm, com projeto de mesa com cantos arredondados, acesso livre sob a mesa de 73 cm, com 50 cm de profundidade e espaço para aproximação de aproximadamente 80 cm de largura para cada cadeirante e/ou não cadeirante. Na bancada, a disposição do lavabo deve estar a 25 cm da borda para aproximação dos cadeirantes, com acesso livre de 73 cm.

O ambiente foi estudado e adequado a uma área de 4,64 cm x 3,90 cm, com PD de 2,30 cm (ver Figura 10).

A Figura 10 mostra a configuração do espaço com mesa, bancada lateral com lavabo e suporte do filtro de água, a disposição dos suportes de sabonete, papel toalha e porta-copos, assim como a localização das entradas do ambiente.

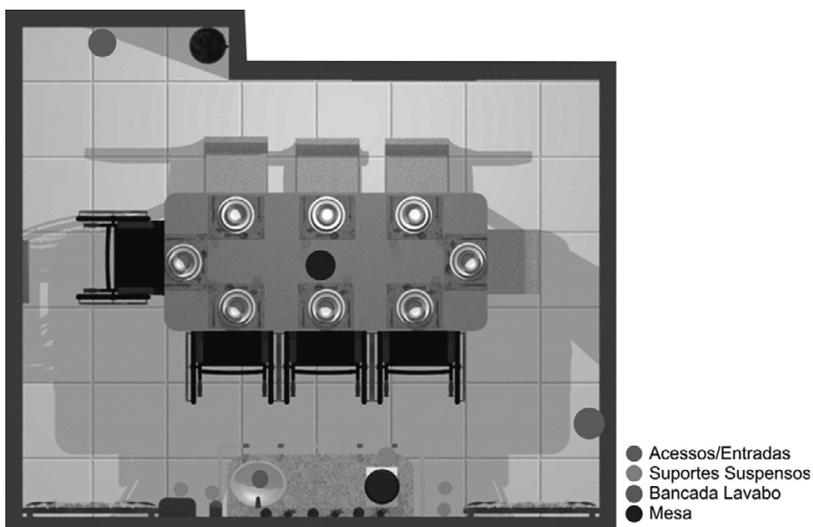


Figura 10. Resultado final: Planta Baixa.

Aqui está a configuração do ambiente projetado, resultado das pesquisas e dos estudos realizados para este projeto:



Figura 11. Resultado final.

O ambiente desenvolvido para a utilização de cadeirantes e não cadeirantes foi pré-disposto de acordo com a imagem acima, onde o acesso das cadeiras de rodas tornou-se mais fácil na área de maior circulação. A nova distribuição facilita o acesso e o atendimento e acomodação dos usuários. Por ser um ambiente já existente, as modificações resultaram em adequações das disposições e dos tamanhos do ambiente, sem implicar construções.

A solução de projeto da mesa se deu a partir da necessidade de uso e acessibilidade, e a principal preocupação foi o conforto e a segurança na utilização do móvel e do ambiente, Figura 12.



Figura 12. Resultado final: mesa, com 2,6 metros de comprimento, 1,1 metros de largura e 76 centímetros do chão até a base da tampa, esta com 5 centímetros de espessura.

A Figura 12 apresenta o produto final renderizado e a especificação técnica com as medidas referentes ao projeto. A mesa foi configurada para acomodar oito usuários (cadeirantes e não cadeirantes), tendo 260 cm x 110 cm x 73 cm livres e totais de 80,5 cm de altura do chão com os cantos arredondados. Para os pés, sugeriu-se diâmetro de 10 cm, arredondados, fixados nas laterais, e a utilização do madeirado em cor clara para acompanhar a composição do ambiente.

Na solução de adequação do lavabo, pensou-se na utilização e distribuição do espaço para o lavabo e filtro de água, para que houvesse acesso livre aos suportes de sabonete líquido, de papel toalha e de copos, assim como às barras de acesso para facilitar a aproximação, o que está demonstrado na Figura 13.



Figura 13. Resultado final: bancada lavabo.

Na distribuição do lavabo, foram aplicadas as medidas de acesso de 73 cm livres para aproximação de cadeirantes e disposição do lavabo a 25 cm da base para entrada da cadeira de rodas sob a bancada. Para a disposição dos suportes de sabonete e papel toalha, sugeriu-se o acesso livre de 90 cm, para o porta-copos, ao lado do filtro de água, uma disposição a 90 cm do chão com acesso livre. À bancada do lavatório de granito foi agregada uma barra de segurança para facilitar a aproximação dos cadeirantes (Figura 14).

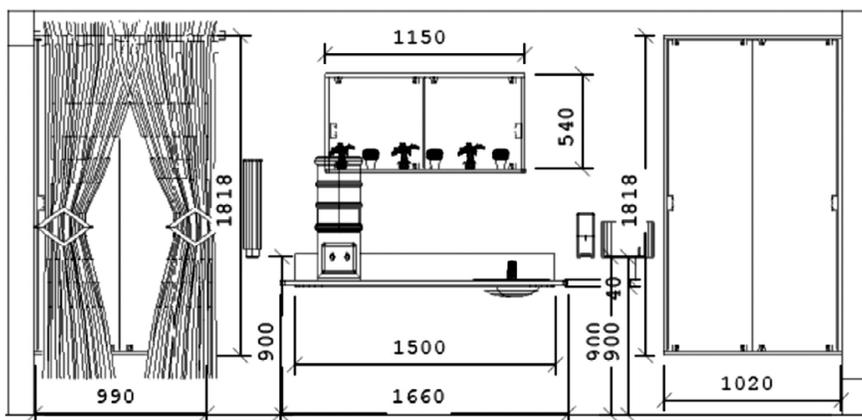


Figura 14. Resultado final: Bancada Lavabo (Medidas).

A imagem mostra a disposição dos componentes e as medidas atribuídas de acordo com as normas sugeridas pela ABNT NBR 9050.

Na Figura 15, temos a simulação dos alcances do lavabo e do suporte de papel toalha e de sabonete líquido.

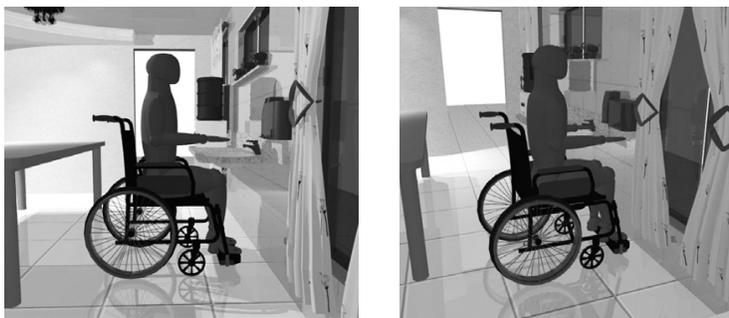


Figura 15. Simulação de acessos.

A simulação realizada comprova a aplicação das normas de acessibilidade sugeridas pela ABNT, com espaços de livre acesso de 73 cm na bancada do lavabo e 90 cm de acesso livre na disposição dos suportes. Na Figura 16, pode-se ver uma simulação do acesso ao filtro de água e porta copos.



Figura 16. Simulação de acessos.

A imagem mostra o acesso ao filtro de água, localizado em cima da bancada, com 73 cm livres sob a mesma, e ao porta copos com 90 cm de acesso livre ao lado do filtro.



Figura 17. Simulação de circulação no ambiente redefinido.

A imagem demonstra uma simulação de circulação no ambiente redefinido, garantindo que a disposição deste foi planejada para atender à demanda de utilização pelos usuários cadeirantes, podendo, no entanto, ser transitado sem problemas pelos idosos não cadeirantes também.

Considerações finais

Um ambiente deve ser confortável, de fácil circulação e com objetos de uso que facilitem o dia-a-dia. O principal desafio deste projeto foi a adequação e a otimização do ambiente em busca de conforto e melhores condições de vivência para os usuários idosos de uma casa geriátrica. Basicamente, foram adaptados os acessos e a circulação. O resultado final se deu a partir do estudo de usabilidade e aplicação da ergonomia aos móveis.

Para que os objetivos da adequação fossem alcançados, foi fundamental o uso do conhecimento teórico adquirido no início da pesquisa. A utilização das metodologias de Baxter (2011), Bonsiepe (1984) e Löbach (2001) geraram a estruturação do trabalho, garantindo organização e o desenvolvimento das etapas necessárias ao projeto. As visitas ao ambiente assim como a entrevista realizada com os moradores do residencial possibilitaram a identificação dos problemas e das condições do local.

A ergonomia foi de fundamental importância na estruturação e configuração do projeto, dando embasamento e guiando na escolha da melhor solução.

Os resultados vão além da adequação do ambiente, os conhecimentos adquiridos durante toda a pesquisa agregaram muito em nosso desenvolvimento profissional e pessoal, afinal tudo que se aprende jamais se esquece.

A adequação do ambiente, portanto, foi realizada de acordo com as necessidades dos usuários, tendo em vista que a adequação ergonômica de medidas, acessos e circulação foi aplicada de acordo com as normas especificadas pela ABNT, tendo sido utilizada a NBR 9050. O resultado do projeto atende a todos os requisitos propostos pelo mesmo, visando à melhor utilização do espaço.

Referências

ABNT – NORMA BRASILEIRA – NBR 9050, 2004. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf>. Acesso em: 8 de nov. 2013.

BAXTER, Mike. *Projeto de produtos*, guia prático para design de novos produtos. São Paulo: Blucher, 2005.

BONSIEPE, Gui. Disponível em: <http://www.design.ufc.br/?page_id=25>. Acesso em: 20 abr. 2013.

COELHO, Luiz Antonio L. *Conceitos-chave em design*. Rio de Janeiro: Novas Ideias, 2008.

GOMES FILHO, João. *Design do objeto: bases conceituais*. Disponível em: <<http://www.joaogomes.com.br/16-Bases-Conceituais.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2013.

GOMES FILHO, João. *Ergonomia do objeto: sistema técnico de leitura ergonômica*. São Paulo: Escrituras, 2006.

IIDA, Itiro. *Ergonomia - projeto e produção*. 2. ed. São Paulo: Edgar Blücher, 2005.

IIDA, Itiro. *Ergonomia: projeto e produção*. Edgard Blücher, 2002.

Löbach, Bernard. *Design industrial*. Bases para a configuração dos produtos industriais. São Paulo: Edgard Blücher, 2001.

MONT'ALVÃO, Claudia; VILLAROUÇO, Vilma. *Um novo olhar para o projeto de ambiente*. Rio de Janeiro: 2AB, 2011.

MORAES, Anamaria de; FRISONI, Bianka C. Ergodesign: uma associação. In: MORAES, Anamaria de; FRISONI, Bianka C. *Ergodesign: produtos e processos*. Rio de Janeiro: 2AB, 2001.

MORAES, Anamaria; MONT'ALVÃO, Claudia. *Ergonomia conceitos e aplicações*. 4. ed. Rio de Janeiro: 2AB, 2009.

NEIMEYER, Lucy. *Design no Brasil: origens e Instalação*. Rio de Janeiro: 2AB, 2007.

PEQUINI, Suzi Mariño. *7 Metodologia ergonômica aplicada ao design de produtos*. São Paulo: FAU-USP, 2005. Disponível em: <http://www.posdesign.com.br/artigos/tese_suzi/Volume%201/11%20Cap%C3%ADtulo%207%20-%20Metodologia%20Ergon%C3%B4mica.pdf>. Acesso em: 04 maio 2013.

RIBEIRO, Carla Spencieri de Oliveira. *Iluminação e design de interiores em residências de pessoas da terceira idade*. Disponível em: <<http://www.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Pesquisa/design%20de%20interiores.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2013.

SOARES, Marcelo Márcio; CORREIA, Walter Franklin Marques. *Usabilidade e segurança nos produtos de consumo: um diferencial na qualidade do design*. Disponível em: <<http://www.unifra.br/professores/LEANDRO/Usabilidade%20e%20seguran%C3%A7a%20nos%20produtos.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

Capítulo



Linguagem corporal no processo educativo estético do idoso

Patricia Carlesso Marcelino¹
Graciela Rene Ormezzano²

Fruito de práticas educadoras preocupadas não somente com a transmissão de conteúdos e atividades físicas, mas, basicamente, com o ser humano e sua interação com as relações interpessoais, esta pesquisa fundamentou-se na cultura de movimento. Segundo González e Fensterseifer (2006, p. 109), esta baseia-se especificamente no conceito de uma cultura corporal de movimento no campo da educação física brasileira, e encontra suas raízes geográficas e acadêmicas em duas fontes.

¹ Mestre em Educação (UPF), especialista em Atividade Física e Qualidade de Vida (UPF), especializanda em Docência em Saúde (UFRGS), coordenadora e docente do curso de Educação Física na ULBRA Carazinho. E-mail: carlesso_patricia@hotmail.com

² Doutora em Educação pela PUC (RS), docente da Universidade de Passo Fundo.

Por um lado, identifica-se o conceito de cultura física, cunhado pela Academia de Cultura Física de Varsóvia, ou, de forma mais ampla, pela tradição soviética, que ainda conserva esse conceito.

Por outro lado, a corrente progressista da educação física alemã cria os conceitos de cultura corporal, vinculados à tradição marxista e cultura de movimento vinculado à tradição fenomenológica e etnográfica. Já a linha fenomenológica procura identificar a produção de redes simbólicas por meio da linguagem corporal enquanto elementos componentes da identidade cultural de uma sociedade (GONZÁLEZ, FENSTERSEIFER, 2006).

Ao longo da história da humanidade, as pessoas vêm representando seus sentimentos, preocupações e desejos por meio de linguagens, manifestações e expressões corporais. A linguagem do movimento e o movimento da linguagem interagem numa profunda relação, dando lugar a novas significações. Não é esse apenas um jogo de palavras, pois o sentido de um está diretamente implicado no do outro.

Foi por essas razões que, inseridos no contexto educacional, buscamos novos caminhos, que complementassem o trabalho em educação por meio do movimento, entendendo, é claro, ser um trabalho no qual o gesto e o som são o ponto fundamental do processo educativo-estético, para abrir horizontes simbólicos e ampliar possibilidades de comunicação dos sujeitos. Assim, os idosos, por exemplo, ao conhecerem e compreenderem o contexto à sua volta, podem se reconhecer como parte dele, trazendo o poder criador das experiências que traduz suas próprias expressões e os levam à perspectiva relacional de diálogo e de troca.

A inclusão do idoso, por meio de seu corpo, no mundo exterior é imprescindível para a destituição das representações pejorativas, como, por exemplo, as que dizem: “os velhos são feios, chatos, desagradáveis, ranzinzas, inúteis...”, que se perpetuam de uma maneira muito preconceituosa pela sociedade e implicitamente no meios de comunicação. O corpo é a dimensão fundamental do ser humano porque materializa a sua existência, dilacerando-o no tempo e no espaço e inserindo-o no quadro da vida cotidiana.

O corpo é a única possibilidade que temos de nos experimentar como seres humanos, tecendo nossa própria existência num emaranhado de relações. Nesse sentido, a noção de corporeidade coloca-se como mais abrangente para definir a unidade mente-corpo que os termos *consciência de corpo* ou *consciência corporal* supõem, tendo em vista, inclusive, a discussão científica e filosófica contemporânea, ainda sem respostas conclusivas, sobre a natureza da consciência, seus limites e abrangências.

A educação estética contemporânea vem propondo esse novo enfoque do conhecimento sensível trazido pela fenomenologia, onde o fenômeno estético é valorizado pelos efeitos que produz no humano, considerando reações físicas e psíquicas como uma totalidade. A linguagem corporal é o reflexo externo do estado emocional do ser humano. Portanto, cada gesto ou movimento pode ser uma valiosa fonte de informações sobre a emoção e o tipo de cultura que a pessoa possui num determinado momento.

O segredo da leitura corporal, segundo Haas e Garcia (2001), está na capacidade de captar o estado emocional de uma pessoa observando seus gestos e atitudes. Nesse sentido, por ser a dança uma forma de comunicação, relaciona-se com alguns aspectos, como a comunicação do ser humano consigo

mesmo (nível individual), com os outros (nível interpessoal), com seu ambiente (nível de seu habitual) e também com aspectos do ser humano para com a sociedade (em nível grupal, regional e universal) e para com o divino (nível religioso). A cultura de movimento pode, então, desenvolver-se no espaço e no tempo, codificando as mensagens projetadas exteriormente e internamente, transmitindo emoções, anseios e expectativas vivenciadas no momento.

Por meio da linguagem corporal, podemos, ainda, expressar e descobrir algo novo e, segundo Duarte Júnior (2006, p. 24), perceber as formas significativas de expressão do ser humano. Levar a conhecer é o mesmo que educar e tal processo de aprendizagem, que compreende a dialética entre o sentir e o simbolizar, é que fundamenta a educação.

Ao conhecer o mundo, o ser humano aprende pela emoção e pela percepção e, a partir das significações por ele atribuídas, encontra um sentido para a sua existência, de maneira harmônica entre o sentir, o pensar e o fazer.

Metodologia, amostra e procedimentos de estudo

Este estudo originou-se da dissertação de mestrado em Educação na Universidade de Passo Fundo de Patricia Carlesso Marcelino, uma das autoras. Basicamente, a proposta foi investigar, com requintes etnográficos, a significação da linguagem corporal no processo educativo estético de idosos com idades entre 60 e 75 anos. Para isso, foi fundamental a participação em uma oficina de Educação Estética e Linguagem Corporal, durante o projeto de extensão Ulbra Terceira Idade (ULBRATI), na Universidade Luterana do Brasil, *campus* Carazinho/RS. Ao todo, ocorreram oito encontros,

envolvendo aproximadamente 15 idosos, totalizando 16 horas/aula, ou 120 minutos.

Buscou-se o espaço da oficina, por ser considerada a metodologia:

mais adequada em razão de ser um espaço em que se trabalha sem distinção entre o intelectual e manual. Também implica a maneira de produção apropriada. A oficina é um espaço de troca que evolui pela capacidade de seus membros e do sistema em sua inteireza e, favorece diferentes maneiras de pensar, sentir, perceber, emocionar-se e expressar a produção de um saber, do que somos e, de quem nós somos (ORMEZZANO, 2001, p. 82).

As atividades de expressão corporal seguiram pressupostos sugeridos por Haas e Garcia (2001) e foram organizadas por temáticas: “O envelhecer através dos tempos”; “A educação estética e a educação do corpo”; “O conhecimento do sensível (os sentidos)”;

“O gesto e o som - novas possibilidades de (re)descobrir a linguagem corporal e a corporeidade” e, por último, “A dança: improvisação, criatividade e expressão gestual”.

Tais atividades caracterizaram-se não apenas pela prática, mas por considerarem o ser humano como um todo, em sua singularidade e participação coletiva, fazendo aflorar novas possibilidades de autoconhecimento e de relações interpessoais. Essa foi a forma ideal de explorar os fundamentos da educação estética, de descrever e compreender de que maneira essas vivências sensíveis interferiam nas relações interpessoais dos participantes e na cultura de movimento estabelecida por ela.

Após as oficinas, foram selecionados seis participantes, por assiduidade, para serem entrevistados individualmente.

Seguindo princípios éticos, aos participantes foram dados pseudônimos, como *Ametista, Citrino, Esmeralda, Jade, Rubi e Safira*, para só então aplicar a entrevista fenomenológica que permitiu captar o modo em que vivenciam o mundo. Os sujeitos da pesquisa foram o corpo e a consciência, que têm poder de escolha e se abrem para o mundo. Assim, uma pergunta-chave norteou os diálogos: “O que significou para você a vivência na oficina de educação estética utilizando a linguagem corporal?”

Vale lembrar que esta pesquisa respeitou os requisitos da CNS 196/96 e foi autorizada pelo comitê de ética e pesquisa da UPE, sob o nº 226/2007. Incluindo o todos os procedimentos informativos aos participantes, objetivos, termo de consentimento livre e esclarecido, metodologia, conteúdos e critérios de pesquisa.

Análise dos dados e composição das essências

Após a realização da oficina, já na fase das entrevistas, foi possível apontar as significações das referidas vivências com as informações coletadas segundo o método fenomenológico proposto por Giorgi (1985), que contém as seguintes etapas: a) *O sentido do todo*: leitura das entrevistas concedidas para a compreensão de sua linguagem até alcançar a compreensão do todo; b) *As unidades de significado*: redução fenomenológica, onde as unidades emergem da análise e da percepção das releituras e são numeradas em ordem crescente conforme o número de cada entrevista; c) *Transformação das unidades significativas em linguagem psicoeducativa*: captação das mensagens, interpretação e expressão do fenômeno explicitado pelos sujeitos por meio da linguagem psicoeducativa; d)

Síntese das estruturas de significado: intuição das essências expressas nas falas, considerando-as como a criação de algo novo, onde se fusionam as percepções dos entrevistados com as do pesquisador, resultando num texto de conteúdo diferente, com os aspectos realmente significativos, segundo uma visão totalizadora. e) *Dimensões fenomenológicas proposta por Comiotto (1992)*: busca das dimensões mais significativas do fenômeno, que vão aflorando ao longo do trabalho e que compõem as essências.

O caminho das essências

As essências fenomenológicas do estudo permitiram visualizar as dimensões apontadas nas experiências dos idosos participantes da oficina sobre a cultura estabelecida, expressas nas falas durante as entrevistas. Nesse passo, procurou-se intuir as essências expressas nas falas, considerando-as criação de algo novo, às quais se fusionam as percepções dos entrevistados e o olhar da pesquisadora, dando ao texto um conteúdo diferente, identificando os aspectos realmente significativos, dentro de uma visão totalizadora.

Não é a fragmentação, mas a intuição do fenômeno que norteia o processo para capturar a essência do todo, tendo como alicerce principal a significação das vivências para os educandos. Assim, foi necessária uma síntese entre subjetividade e mundo para, então, destas dimensões se originarem as essências, conforme descrito na sequência.

O corpo e sua linguagem na dança

Esta essência emergiu das considerações dos educandos que participaram da oficina. As vivências proporcionadas pela

expressão corporal foram reconhecidas por eles como momentos de aprendizado sobre si mesmos e para com os outros. Eles praticaram a improvisação e criação de movimentos, utilizando como estratégias textuais o gesto e o som. Foram proporcionadas experiências sensibilizadoras, instigadoras do processo do pensar, o que gerou, muitas vezes, conflitos internos que afloraram em seus comentários, pois alguns desejavam continuar a descoberta diária sobre si mesmos e seu corpo. É assim que surgem novas possibilidades para o desenvolvimento sensível, da sexualidade e da corporeidade.

“Adorei dançar, criar os gestos, se movimentar. São coisas bem simples que a gente nunca tinha feito” (Rubi).

O gesto, o som e o movimento podem conduzir o idoso a novas experiências educacionais e cinestésicas. Para Duarte Júnior (2006), levar a conhecer é educar, e esse processo de aprendizagem que compreende a complementaridade entre o sentir e o simbolizar é o que fundamenta a educação.

Para Quartzo Rosa, a experiência da oficina contribuiu para o seu desenvolvimento corporal e educacional. Durante a entrevista, declarou que foi ótimo participar da oficina, porque as pessoas da sua idade têm uma percepção diferente do que se pode dispor hoje e a oficina ajudou a melhorar isso.

Ao conhecer, a pessoa aprende pela emoção e pela percepção, atribuindo significações que lhe são singulares, procurando um sentido para a sua existência no mundo, pois enquanto também se sente, se percebe. As vivências da oficina contribuíram para que as significações corporais e a cultura do movimento desses idosos aflorassem .

A ludicidade cria imagens que constroem que criam uma fantástica reserva de emoções e razões que se abre para o mundo. A aprendizagem do brincar permanece para sempre em nossa mente, como fiéis companheiros que nos convidam a encarar os aspectos de ordem e desordem do mundo de modo a reorganizá-los; a perceber a realidade de forma menos determinista; a descrever da objetividade absoluta; a usufruir a criatividade e a sabedoria como aspectos interdependentes do humano (BAGGIO; VIEIRA, 2004, p. 8).

Temos uma necessidade interna de nos descobrirmos, de vivenciar coisas novas. Nesse sentido, a cultura do movimento possibilita descobertas diárias de um saber sobre si mesmo através do movimento, contribuindo para nosso bem-estar e qualidade de vida, bem como para a melhora de nossas relações pessoais e interpessoais.

Valorização do corpo como totalidade

A autoestima pode ser vista como uma consequência, um produto de atitudes geradas internamente, porque não se pode manipular de forma direta a própria autoestima nem a do outro, especialmente no que se refere às questões corporais. Sobre isso, Jade relatou:

Às vezes eu não me sentia valorizada, me sentia inútil. Agora, com os exercícios, eu aprendi muita coisa, que não precisa ter vergonha da gente mesmo. A gente pode ser feliz com o que nós temos. Eu não sinto vergonha agora, eu tô me soltando. Às vezes, vou nas domingueiras e me divirto muito, danço do meu jeito e tudo bem.... com as “pelanquinha” e tudo! (Jade).

A autoestima é considerada por Becker Júnior (2000, p. 24) um construto multidimensional, ou seja, a pessoa pode ter diferentes avaliações ou percepções de si mesma em vários aspectos de sua vida.

Ainda, a autoestima consiste numa competência em vários domínios que se diferenciam na medida em que o sujeito aumenta de idade, ou seja, considerar a autoestima um multidimensional significa compreendê-la como parte de um conjunto de várias subclasses de perfis, cada uma capaz de avaliar a autopercepção do sujeito num determinado domínio. A autoestima seria uma dessas subclasses.

A questão do corpo é retomada por Merleau-Ponty (2006) em sua obra *Fenomenologia da percepção*, onde o corpo é relacionado à perspectiva de consciência. O filósofo apresenta uma visão de corpo diferente da tradição cartesiana: nem coisa, nem ideia; o corpo está associado à motricidade, à percepção, à sexualidade, à linguagem, à experiência vivida, à poesia, ao sensível e ao invisível, apresentando-se como um fenômeno complexo.

O corpo não se traduz na perspectiva de objeto e fragmento do mundo regido pelas leis de movimento da mecânica clássica, que é submetido às leis e estruturas matemáticas exatas e invariáveis. Merleau-Ponty (2006) admite a perspectiva de corpo-objeto, mas reforça a do sujeito, enfatizando a possibilidade de criação de sentidos a partir da experiência vivida.

“Aprendi a ser feliz com o meu corpo” (Jade).

Na experiência vivenciada pelo corpo em movimento, a linguagem corporal cede um espaço que se abre e se fecha de uma vez: o fechamento para nos tornar tangíveis, como uma defesa, e a abertura, como um transbordamento num instante para a eternidade. Nosso corpo é um ponto de partida para o imaginário, para a criatividade, para criar laços entre mim-os-outros-o-mundo.

Acuados entre as múltiplas exigências adaptativas que as inegáveis alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções e, segundo Benincá e Silva (2007, p. 149), sobretudo aqueles relativos ao corpo e a seus imperativos sexuais, que a sociedade atentamente vigia e sansiona.

Muitas culturas reduzem a estimulação tátil graças aos efeitos do puritanismo, a tradição cristã, para as quais os prazeres corporais táteis estão vinculados ao pecado. Os tabus à tati- lidade podem ser usados para assegurar uma dessexualização do indivíduo, podendo gerar uma ansiedade de separação, solidão, frustração e sensação de frieza. Em algumas cul- turas consideradas de não-contato, os animais geralmente atuam como um veículo socialmente aceitável para tocar e podem satisfazer às necessidades das pessoas (PANELLI, DE MARCO, 2006, p. 82).

Safira nos contou que, quando engordou, sentiu um preconceito consigo mesma e não aceitou seu corpo. Só depois que emagreceu sentiu-se bem e ficou satisfeita, mas ainda tem medo de engordar:

*Estou preocupada de novo, já estou com 69 quilos.
Não quero passar disso, não quero ficar gorda. Eu*

sempre fui bem magra. Quando casei, tinha 47 quilos. Já teve gente que me disse que eu estava gorda. Isso me deixa reprimida e daí eu não me gosto (Safira).

Muitas pessoas, das mais variadas idades, sentem-se complexadas por não terem um padrão de beleza segundo os moldes de um determinado contexto social e, por serem diferentes, sentem-se inferiorizadas e vivem buscando atingir uma meta e certos padrões de beleza que, muitas vezes, são impossíveis. Então, recorrem a drogas medicamentosas, silicones, cirurgias e, nessa busca desenfreada, perdem muitas vezes a saúde ou a vida.

De acordo com Attias-Donfut (2004, p. 93), em face da obsessão pela juventude e pela aparência na cultura ocidental e dada a fragilidade do corpo na velhice, a cultura de massa, que é também uma cultura de consumo, normalmente opõe estas duas idades extremas: juventude e velhice. Assim, esta última é apresentada como um problema da medicina. Com o pretexto de curar a velhice, a cultura de massa produz tanto a invisibilidade quanto a hipervisibilidade do corpo das velhas mulheres.

Às vezes me olho e me sinto complexada por estar envelhecendo muito rápido e ser gordinha e baixinha. Me casei novamente há pouco... Às vezes, eu me gosto, não dou bola pra isso. O "Citrino" gosta de mim assim mesmo, senão ele não tinha nem casado" (Quartzo Rosa).

A dicotomia entre beleza e as, digamos, *destruições* do tempo evocam, por analogia, a dicotomia entre a saúde e a doença, estas associadas à velhice, cotidianamente reafirmadas pela mídia e pela publicidade (principalmente aquelas

de produtos de beleza antienvelhecimento) e que provocam, consequentemente, uma certa angústia nas pessoas.

No supermercado da moda e da beleza, a imagem de si corresponde à aparência que se escolheu (ou pelo menos que temos a ilusão de escolher livremente) e que tende a se confundir com o eu. Inseridas nesta lógica, as mulheres, depois de terem sido elogiadas e cortejadas da adolescência à maturidade, iniciam insensível e infalivelmente o aprendizado do declínio.

Os movimentos da moda contribuem para isso, fazendo das mulheres, à medida que envelhecem, personagens *démodés* como as roupas velhas que guardamos silenciosamente no armário ou que damos, na melhor das hipóteses, aos pobres do terceiro e quarto mundos. Assim, o ciclo da moda dita às mulheres o seu ciclo de vida e o ciclo de seu domínio (ATTIAS-DONFUT, 2004, p. 94).

“As pessoas acham que, pra ser bonita, tem que ser magra e alta. Garanto que tem gente baixinha e gordinha que é muito mais bonita por dentro” (Ametista).

De acordo com os estudos de Peixoto (2004, p. 06), o corpo e a sexualidade são o alvo preferencial da moda. A tecnologia, que se apresenta como uma das expressões mais claras da alta modernidade, acaba servindo como meio eficaz para a expressão do estigma da velhice em moldes nada inovadores.

“Sou alto e tenho um barrigão, tô perdendo os pouco dos cabelos que tenho, mas a mulher não reclama, gosta de mim assim!” (Citrino).

Esse depoimento fundamenta a ideia de que cada idade tem sua beleza, sendo preciso vivenciar e usufruir cada momento de maneira única, singular, esquecendo os meios de comunicação, que nos fazem consumir, que nos deixam deprimidos, desequilibrados, em razão das narrativas e dos padrões consumistas impostos. É necessário voltar nossos olhos às possibilidades de transcendência. Nossa única obrigação é com nosso bem-estar e nossa felicidade.

Educação corporal e sexual: narrativas e estigmas

Algumas falas dos idosos referiram-se às suas narrativas e estigmas corporais e ao seu processo educativo. Ainda hoje, percebemos que existem muitas narrativas incutidas na vida desses entrevistados, denotando o sistema educacional contemporâneo. Por isso, quando lhes foi perguntado sobre como percebiam o próprio corpo durante a juventude, observamos esses estigmas:

Eu penso que é assim, pra nós, que fomos criados em uma época bastante patriarcal. Por exemplo, o meu pai não deixava a gente usar calça comprida, não podia isso, não podia aquilo, era só vestido (Quartzo Rosa).

Montagu (2000, p. 15) considera o vínculo com o próprio corpo a base dos vínculos com as outras pessoas. Este relacionamento corporal íntimo será a base das sensações positivas a respeito de si mesmo, e o vínculo corporal permitirá a consolidação de uma sensação de autoestima.

Com relação aos estigmas corporais e narrativas perpassados ao longo de sua vida, Jade contou:

Quando eu ia caminhar, assim, eu tinha medo. Caminhava toda encolhida, achava que os outros tavam me achando feia, feiosa. Não tava certo. E... Agora eu tô assim, oh! [se mostrou] Me acho assim! [se olhou...] Caminho bem, ninguém fica reparando em mim e tudo bem, né? Assim que eu vejo, tento melhorar. As dança que fazemos são uma beleza, todos os gestos que aprendemos eu gostei muito, me soltei muito, aprendi a me passar um batonzinho na boca, coisa que eu nunca tinha feito na vida” (Jade).

Num ambiente permeado de informalidade, carinho e cuidado para com o outro, o educando sente-se à vontade, descomprometido com as obrigatoriedades cotidianas, despindo-se de preconceitos e narrativas que o envolvem, decorrentes de uma educação fragmentada, bem como de outras narrativas vinculadas ao contexto social no qual se insere ou no qual foi educado.

Esmeralda expressou a respeito:

Eu fiquei “gente” agora, porque eu me soltei agora. Depois que fiquei viúva, foi um pouco mais no segundo casamento, que eu tenho. Parece que eu sou outra pessoa... eu fui me soltando... Antes, fazer sexo pra mim era a coisa mais horrível, ficava envergonhada de fazer “aquilo”, não gostava, me sentia mal, não me soltava, ficava assim, bem reprimida. É uma criação da gente foi assim, porque antigamente a gente não viu nada disso aí. Eu fico muito feliz de ter uma pessoa que invente coisas novas e explique as coisas, porque

eu era, assim como é que se diz...? Reprimida... Trocar roupa, nem perto da minha mãe nada! Não trocava roupa, não via meu corpo, meu seio, minha calcinha, nada!... E casei assim, sem vê meu corpo! Só no escuro, não tinha nada de luz ou velinha, né! Claro pra vê corpo não, que esperança! Queria ver muito mais eu era muito acanhada, eu era uma pessoa assim, reprimida...”(Esmeralda).

Esse tipo de narrativa é comum entre as mulheres mais idosas, que foram educadas com repressão, vivendo somente para cuidar do marido, das coisas do lar, sem ter tido a chance de estudar. Por isso, desenvolveram a ideia de que têm obrigação somente de cuidar destas questões, deixando de lado os seus sonhos, a sua autoestima, o autoconhecimento, sua corporeidade e a própria sexualidade.

Quartzo Rosa contou-nos que antes não conseguia brincar de bambolê e que rebolar o corpo antigamente não era bem visto. Já na oficina, ela conseguiu aprender a brincar e declarou que sente leveza, liberdade, expressão de movimentos, que não tem inibição e até desenvolveu a sensibilidade.

O organismo constitui-se como corpo quando perpassado por experiências no mundo social permeadas pelo código cultural vigente, e são essas vivências socioculturais que vêm impregnando a emoção humana ao longo das civilizações, refletidas no modo como nos sentimos a respeito de nós mesmos, como percebemos o nosso corpo e, especialmente, como vivenciamos a nossa sexualidade.

No tempo antigo, a gente não podia usar roupas apertadas, só as roupas que o pai ou a mãe queriam. Não podia se mostrar, nem se insinuar, que apanhava, não tinha escolha... Conversar com um

rapaz, então, nem pensar! Era proibido, só perto do pai e se ele mandasse a gente responder pras pessoas “(Ametista).

Benincá e Silva (2007, p. 145) atribuem a questão da sexualidade e da corporeidade à história de cada ser humano, por formar um projeto a ser construído num espaço e num tempo determinado. Ametista relatou que seu companheiro é viúvo e que já teve outras companheiras. Ela relata até como ele as tratava:

Pelo que ele me conta, ele tratava elas como se fosse objeto, que usava quando queria. Não é assim, não! A mulher tem que ser companheira e não escrava que faz as vontades deles. Um relacionamento tem que ter fundamento, ser gente. Ele é muito bom, mas é diferente de mim, é grosseirão, parece bicho, sei lá... A gente tá tentando se entender, mas têm coisas que ele não aceita” (Ametista).

Nós, seres humanos, podemos ser “parecidos”, segundo Zanella (2007, p. 163), de certa forma, com os demais animais, porém o que nos faz diferentes é que nosso instinto “animal” se transforma em liberdade quando buscamos no sexo também o amor. É por causa do caráter precioso e único de cada pessoa que o amor se mostra como uma realização humana.

Nesse processo de sexualidade, o homem acaba sofrendo muito, pois está tentando mostrar para si e para o mundo que mesmo na velhice pode ser um homem potente durante o ato sexual. Quando pequeno, a libido concentra-se na boca e no ânus; quando adulto está centrada no pênis, que ele sente ameaçado de perder, e aí fica localizada até o fim

da vida, assim a masculinidade é definida como atividade (MURARO, BOFF, 2002, p. 141).

As convenções sociais e culturais têm o poder de normatizar a natureza dos seres humanos pelo desenvolvimento dos estereótipos de normalidade. Conforme Benincá e Silva (2007, p. 148),

Pessoas, idéias e comportamentos que não correspondem ao esperado pela sociedade são rotulados e discriminados como anormais, portanto, devendo ser marginalizados pelo grupo que discrimina e rechaça as diferenças. Tais afirmações ganham força e significação quando o que está em jogo é a sexualidade dos indivíduos idosos.

A sexualidade dos velhos, especialmente do lado ocidental do mundo, é norteadada por uma normatização sociocultural que tacitamente impinge que as vaginas se fechem e que os pênis pendam para sempre, relegando aos longevos a uma vida casta, desprovida de qualquer manifestação de energia sexual.

O entrevistado Citrino relatou sobre seu pensar atual sobre a sexualidade:

Os dois têm que se conhecer bem e ver o que o outro também quer. Isso melhorou bastante o nosso relacionamento em todos os sentidos. Não podemos ser reprimidos, temos que ser mais abertos, estamos em uma outra época (Citrino).

O idoso pode ressignificar o mundo da vida, conhecer seu próprio corpo e desenvolver melhor sua corporeidade.

A educação por meio da cultura de movimento remete-nos a repensar o próprio corpo por meio dos nossos sentidos.

O autoconhecimento por meio da linguagem corporal

Esta essência evidenciou a cultura estabelecida na oficina e no contexto no qual os idosos participantes estavam inseridos. A dança é um produto da cultura da humanidade. Desde o seu surgimento até a contemporaneidade, é uma linguagem corporal evidenciada em todos os contextos culturais.

Me sinto bem! Acho que ainda tem muito mais lugar para muito mais pessoas participar, principalmente para as pessoas do sexo masculino. Ainda parece que existe um certo preconceito e talvez acham que pra gente isso não é necessário. Mas no fundo eu acho que isso é importante para todos, não só para as mulheres, temos que ser iguais (Citrino).

A velhice, para Baggio e Vieira (2003, p. 8), representa a superação de uma existência sem significado; é a ruptura paradigmática advinda da evolução e que está em processo de integração. Restará o que melhor viver, o que melhor se manter e, no futuro, haverá outras inovações com relação aos grupos e novos espaços destinados aos idosos.

Both e Siqueira (2005) referem que a pós-modernidade, contrapondo-se à modernidade como projeto de organização do universo social e natural, pode sofrer críticas, mas a ideia nela contida, de rompimento da tradição e distensão das convicções sociais, parece verdadeira:

O ordenamento rígido do curso da vida, pela sequência ritual dos tempos e das formas de neles existir, parece não mais coincidir com a realidade que se apresenta. Dessa maneira, já existe pouca estranheza quando os idosos buscam atualizar o exercício de sua aprendizagem e de sua presença social (BOTH, SIQUEIRA, 2005, p. 10).

Ametista percebeu que o seu corpo mudou e que as pessoas perceberam isso. Ela se sentia mais leve, mais solta... estava gostando mais de si mesma e até se sentia “mais gostosa”, mais mulher.

Esmeralda disse que seu coração estava mais feliz, sentia-se alegre, tinha vontade de viver e percebeu que seu corpo estava mais elegante e que, antes, era duro, pesado. Sentia-se, portanto, mais aliviada, e isso foi muito bom, segundo ela, que completa:

Sinto minha mente mais aberta, aprendi a me valorizar mais, eu mudei, as pessoas mudaram, aprendi a valorizar mais o meu corpo, meus olhos... (Esmeralda).

Nesse sentido, a linguagem corporal é produtora de sentido, de significado ele cria o mundo. A linguagem funciona como lócus de produção dos sentidos compartilhados na cultura, assegura formas específicas de autoridade, inserindo-as no circuito da cultura (GONZÁLEZ, FENSTERSEIFER, 2006, p. 268).

A linguagem corporal é uma dimensão essencial para todo o ser humano e o seu domínio de interações amplia-se por meio dela, permitindo-lhe vivenciar seu corpo de uma maneira totalizadora, não fragmentada. Nesse sentido, uma

cultura de movimento que se estabelece de forma positiva pode ser um elo de interligação das pessoas com o mundo em todos os ciclos da vida. A viabilização do aprendizado de uma consciência corporal, especialmente com idosos, possibilita a manutenção e a promoção da saúde física e mental, promovendo um envelhecimento bem-sucedido.

O paradigma da qualidade de vida como parâmetro para a leitura do mundo e arranjos de significados tem a intenção de estabelecer uma proposta de desenvolvimento sustentado em ideias segundo as quais as pessoas possam viver num sistema social, econômico e político capaz de conferir dignidade a cada ser humano, que vislumbre a sua capacidade de contribuir para seu entorno humano e o seu contexto social e ambiental.

Considerações finais

A pesquisa teve como finalidade identificar as implicações e compreender os significados da linguagem corporal junto a um grupo de idosos, considerando o papel do educador. O objetivo foi ampliar a reflexão que permeia a educação estética e a linguagem corporal como elementos fundamentais no processo educativo, enfatizado na proposta pedagógica, que privilegiou uma nova cultura de movimento, juntamente com a possibilidade da (re)descoberta da corporeidade no idosos, a partir das percepções, dos sentimentos, da afetividade e dos desejos provocados pelas vivências do corpo em movimento.

A proposta educativa da oficina favoreceu o desenvolvimento da criatividade, da autoestima e da corporeidade dos participantes, alterando significativamente, segundo os relatos nas entrevistas fenomenológicas, a percepção de mundo, que passou a ser visto com mais positividade e entendimento em

suas mudanças atuais, bem como alterando a compreensão e a dimensão do processo do próprio envelhecer. Com base nos relatos dos idosos, três essências emergiram do estudo: o corpo e sua linguagem, os paradigmas corporais e educação estética e as relações pessoais e interpessoais.

Os objetivos propostos neste estudo foram alcançados por meio de experiências sensibilizadoras, as quais levaram os participantes a refletir sobre o significado da expressão corporal, conhecendo os fundamentos da educação estética e da linguagem do corpo. Como fruto desses saberes, houve uma melhora significativa dos vínculos nas relações interpessoais, maior expressão da afetividade para com companheiros, além de uma reflexão e de novos olhares sobre os paradigmas corporais e sexuais enraizados por uma educação formal/informal repressora. Sobretudo, eles vislumbraram possibilidades de viver melhor.

Acredita-se, que cada participante, conforme sua singularidade, sentiu modificar um pouco o significado de sua própria essência, despidendo-se de seus paradigmas antigos e de preconceitos com relação à sua linguagem corporal. Segundo os entrevistados, essa reflexão/ação permitiu-lhes compreender novas significações sobre a corporeidade e o processo de envelhecer, o que contribuiu para um autoconhecimento e para uma educação através do movimento. Isso proporciona o saber sobre si mesmo, cujas possibilidades podem ser compartilhadas em múltiplos espaços e contextos.

É com base nesses pressupostos que a educação por meio da linguagem corporal possibilitou-nos a discussão sobre as manifestações estéticas cotidianas, (re)significando o mundo da vida. Dessa forma, o trabalho com a expressão corporal é uma forma de proporcionar aos idosos sensação de bem-estar, onde liberam tensões, soltam-se, expressam-se, vivendo a vida

intensamente, sem narrativas ou estigmas, descobrindo-se, enfim, a si mesmo pelo movimento.

A consciência de si, baseada no reconhecimento da própria imagem, incluindo seus aspectos fisiológicos, sociais e afetivos, pode ser um caminho para a transformação do corpo-objeto num corpo-sujeito no contexto de um envelhecer mais significativo e prazeroso. A linguagem corporal pode ser um elo de interligação para que possamos desenvolver uma melhor sensibilidade humana.

Os corpos na dança retratam insistentemente a magia do imprevisível, de viver o novo; é a possibilidade do corpo de descobrir o outro e, ao mesmo tempo, de se descobrir pelo movimento. Acredita-se que com as vivências da oficina os idosos perceberam uma nova dimensão sobre a educação estética e a cultura de movimento, o que lhes permitiu uma reflexão acerca dos paradigmas corporais que lhes foram impostos, bem como repensar novas formas de vivenciar o próprio corpo e, sobretudo, sua sexualidade e suas relações interpessoais.

Em suas falas, viu-se a descoberta desse novo mundo no cotidiano pelo conhecimento da linguagem corporal, percebendo que viver é distinguir, escolher, criar, intervir, com base numa educação estética que revelou como os indivíduos corporificaram seus sentimentos e seus saberes.

Com a elaboração desse estudo percebeu-se que a questão da cultura de movimento ainda requer novas possibilidades de trabalho a fim de dimensionar a questão das narrativas, dos preconceitos relativos ao idoso. É necessário criar novos saberes e ações que possibilitem o encontro do idoso consigo mesmo e que favoreçam melhoras visíveis no contexto em que ele se insere.

Viabilizar a educação por meio da linguagem corporal como uma possibilidade de conhecer, de trocar experiências cinestésicas através do tato, da audição, do paladar e da visão, desenvolvendo a sensibilidade, produz no ser humano um (re)descobrir de sua corporeidade, vivendo experiências sensibilizadoras, não reprodutoras, que o dimensionam em sua totalidade, como um ser-no-mundo.

Parte-se da premissa de que muito ainda pode ser feito em benefício da população idosa, no que diz respeito à educação estética e à linguagem corporal no processo educativo estético do idoso. Nesse sentido, a dança e o trabalho de expressão do corporal com idosos podem ser bons aliados na busca de dias melhores no decorrer do processo de envelhecer, o que possibilita a aquisição de novos saberes e experiências em relação aos comportamentos corporais, sociais, afetivos e cognitivos, e principalmente no autoconhecimento das pessoas.

Espera-se continuar a trilhar por novos caminhos na busca de mais qualidade de vida e educação para a população idosa, como também viabilizar ações de maior abrangência, no intuito de incentivar os profissionais das mais diversas áreas a buscarem novas formas de adequação para o atendimento às pessoas idosas, frente às perspectivas e aos desafios que norteiam as estatísticas dos elevados índices e parâmetros de crescimento da população idosa em nível mundial.

Este é um novo tempo: está na hora de dançar, de se perceber, de viver, de criar e ousar ideias novas, de sentir-se plenamente! Está mais do que na hora de retirarmos nossas carapaças e despir-nos de antigos paradigmas, de narrativas e

preconceitos. Este é um novo tempo. É um tempo de traçar a rota, de ajustar as velas e escolher o próprio destino.

Referências

ATTIAS-DONFUT, C. Sexo e envelhecimento. In: PEIXOTO (Org.). *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: FGV, 2004. p. 90-98.

ALMEIDA, C. M. de C. Concepções e práticas artísticas na escola. In: FERREIRA, S. (Org.). *O ensino das artes construindo caminhos*. 3. ed. Campinas: Papirus, 2004.

BAGGIO A.; VIEIRA, P. S. Complexidade, corporeidade e educação física. *Revista Digital*, Buenos Aires, ano 10, n. 74, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd74/corpo.htm>>. Acesso em: 6 set. 2008.

BECKER JR. B. *Manual de psicologia do esporte e exercício*. Porto Alegre: Nova Prova, 2000.

BENINCÁ, C. R.; SILVA, S. R. Corporeidade e sexualidade em defesa do erotismo na maturidade. In: SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A.; BENINCÁ, C. R. (Org.). *Envelhecimento humano: cuidado e cidadania*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2007. p.147-158.

BOTH, A.; SIQUEIRA, P. C. M. Envelhecer e qualidade de vida: princípios e intervenções. In: BOTH, A. et al. (Org.). *Envelhecer: estudos e vivências*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2005. p. 10-14.

COMIOTTO, M. Adultos médios: sentimentos e trajetória de vida. 1992. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1992.

DUARTE JUNIOR, J.F. *O sentido dos sentidos: a educação (do) sensível*. 4. ed. Curitiba: Criar, 2006.

GIORGI, A. *Phenomenology and psychological research*. Pittsburg: Duqueme University Press, 1985.

GONZÁLEZ, J. F.; FENSTERSEIFER, P. E. *Dicionário crítico de educação física*. Ijuí: Unijuí, 2006.

HAAS, A. N.; GARCIA, A. *Expressão corporal como meio educativo*. Canoas: Ed. Ulbra, 2001.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. 6. ed. São Paulo: Summus, 2000.

MURARO, R. M.; BOFF, L. *Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

ORMEZZANO, G. R. Imaginário e educação: entre o homo symbolicum e o homo estheticus. 2001. *Tese* (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

PANELLI, C.; DE MARCO, A. *Método Pilates de condicionamento do corpo um programa para a vida*. São Paulo: Phorte, 2006.

PEIXOTO C. *Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade*. [s.l.: s.n.], 2004. p. 05-22.

ZANELLA, M. Arte-terapia na terceira idade: o envelhecimento e o amor. In: SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A.; BENINCÁ, C. R. (Org.). *Envelhecimento humano: cuidado e cidadania*. Passo Fundo: Ed. UPF, 2007. p. 162-190.



Alongamentos adaptados para idosos

Daniel Ecker Padilha¹
Patricia Carlesso Marcelino²

*“O envelhecimento é a conquista da sabedoria pela
meditação e pelas vivências cotidianas”.*
(Silvino Santin)

Em vários países, as populações estão envelhecendo. Estudos mostram que o número de pessoas idosas cresce em um ritmo maior do que o número de pessoas que nascem, acarretando, desta forma, um conjunto de situações que modificam a estrutura de gastos dos países em uma série de áreas importantes. No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD,

¹ Acadêmico do curso de Educação Física, ULBRA Carazinho.

² Mestre em Educação (UPF), especialista em Atividade Física e Qualidade de Vida (UPF), especializanda em Docência em Saúde (UFRGS), coordenadora e docente do curso de Educação Física na ULBRA Carazinho. E-mail: carlesso_patricia@hotmail.com

2009), o país contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade.

Com uma taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, combinada ainda a outros fatores, como os avanços da tecnologia, especialmente na área da saúde, atualmente, o grupo de idosos ocupa um espaço grande na sociedade brasileira. No período de 1999 a 2009, a parcela relativa de idosos (pessoas com 60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3% (IBGE 2010).

As perspectivas do IBGE (2010) mostram que o número de idosos com idade igual ou superior a 60 anos aumentará dos 11% em 2006 para 22% em 2050, tendo em vista um número maior de longevos do que de crianças até 14 anos. Conforme a OMS (2007), o cálculo é de que o Brasil será o 6º país mais envelhecido do mundo em 2025, com mais de 34 milhões de idosos.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2011), o Brasil será, nos próximos 25 anos, o 6º país mais envelhecido do mundo, pois até o ano de 2020, um de cada treze brasileiros será idoso.

À medida que grande parte dos idosos já mostra interesse em se manter mais saudável, ativa e independente, crescem, também, os programas e projetos relacionados à promoção da saúde e bem-estar para estas fases da vida. Entre as propostas desses programas, a mais incentivada e repercutida é a prática de atividades físicas, entre elas, esportes, danças, exercícios de força ou atividades recreativas, não importando a modalidade, pois todas trazem, de alguma forma, benefícios à saúde – OMS (1947 apud JACOB FILHO 2006 p. 75).

Segundo Shepard (2003, p. 4), o termo *velhice* indica um período imediato após a aposentadoria. Existe um pouco mais de perda de função, mas não ocorre nenhum grande dano à homeostasia. Normalmente, a fase estende-se de 65 a 75 anos.

No que se refere ao termo *velhice avançada*, este mesmo autor apresenta-o como representativo do indivíduo que percebe um dano substancial das funções quando assume muitas atividades diárias; entretanto, ainda consegue ter uma vida relativamente independente. Normalmente, esta fase estende-se de 75 a 85 anos.

O envelhecimento humano é um processo natural, no qual corpo e mente sofrem diversas alterações ao longo da vida. Conforme esse processo de envelhecimento vem chegando, é indispensável à prática de exercícios físicos, com os quais o idoso terá inúmeros benefícios, tal como uma melhora na qualidade de vida, além de reduzir o risco de doenças e melhorar o desempenho nas atividades diárias (MARCELINO; WERLANG, 2012).

Borgonovi e Netto (2002), entre várias definições que conceituam o envelhecimento humano, entendem o mesmo como um processo dinâmico e progressivo, no qual o idoso passa por modificações fisiológicas, bioquímicas, morfológicas e psicológicas, assim como ocorre uma perda progressiva da capacidade de adaptar-se ao ambiente, tornando-se vulnerável e aumentando os índices de patologias, que acabem levando à morte.

Papália e Olds (2000, p. 496) classificam as fases do envelhecimento de três diferentes formas:

Os *velhos jovens*: pessoas de 65 a 74 anos, as quais são geralmente ativas, joviais e vigorosas; os *velhos velhos*: de 75 a 84 anos; e os *velhos mais velhos*: de 85 anos ou mais, que

têm maior probabilidade de serem frágeis e enfermos e terem dificuldade para administrar algumas atividades da vida diária.

De acordo com Matsudo (2006, p. 135-137), levando em consideração a relação entre mobilidade e nível de atividade física, as alterações na mobilidade e consequentemente no nível de atividade física prognosticaram a perda da independência e a morte em homens e mulheres maiores de 65 anos de idade. A atividade física e, em especial, um estilo de vida ativo regular podem diminuir a velocidade de declínio da mobilidade, independente da presença de doença crônica.

As pesquisas científicas mostram o efeito positivo da atividade física para a autoestima, o autoconceito, a autoimagem, a depressão, a ansiedade, a insônia e para socialização de idosos. Mais recentemente, os estudos de Matsudo (2006) evidenciaram efeitos benéficos no processo cognitivo (memória, aprendizagem, atenção) e associação entre atividade física e menor risco de demência, demência senil e doença de Alzheimer.

Para Netto (2002), o envelhecimento é um processo contínuo durante nossas vidas. Nesse sentido, abordaremos, no presente capítulo, algumas considerações biopsicossociais sobre o envelhecer, a importância da adoção de um estilo de vida ativo e também evidenciaremos e desenvolveremos algumas orientações práticas para o alongamento adaptado para idosos, bem como sua correta execução e contra-indicação.

Aspectos biopsicossociais do envelhecimento humano

Intelectualmente, dizemos que uma pessoa está ficando velha, quando apresenta falta de memória, de concentração e

de raciocínio, entre outros problemas ligados à saúde física e mental. Desde o ponto de vista econômico, uma pessoa é idosa no momento em que deixa o mercado de trabalho, devido a um logo tempo de atividade, e passa a ser uma pessoa não ativa economicamente. Ainda, tem-se por idoso funcional a pessoa que começa a depender da ajuda de outras pessoas para realizar tarefas básicas ou atividades simples do dia-a-dia (NETTO, 2002).

Na saúde, o primeiro impacto do envelhecimento é a mudança nas causas de morbimortalidade, tendo como causa-líder de mortalidade as doenças crônico-degenerativas. Dados, no estudo de Netto (2002), mostram que idosos, se comparados com outros grupos etários, têm um índice maior de internação e voltam a esta condição outras vezes durante o ano, permanecendo por tempo prolongado em internação.

Trabalho e aposentadoria

A lei americana de Seguro Social, de 1935, estabeleceu a idade de 65 anos como idade mínima para recebimento integral dos benefícios. Desde então, essa idade tornou-se sinônimo de aposentadoria. Contudo, durante os últimos 10 anos, um esforço conjunto tem sido feito por muitas pessoas idosas para prolongar os anos de trabalho. Muitos adultos idosos querem prolongar sua carreira porque ainda não estão preparados para perder a satisfação, a autoidentificação e os recursos financeiros obtidos pelo trabalho (SPIDURSO, 2005).

Ainda, de acordo com Spidurso (2005), é compreensível que muitos indivíduos na faixa dos 60 anos, que esperam viver ainda mais 20 anos e que gostam de seu trabalho ou precisam do salário, sintam-se ultrajados quando são arbitrariamente

forçados a se aposentar. Muitos idosos sentem que se aposentar de maneira forçada é equivalente a ser oficialmente desobrigado das responsabilidades e contribuições financeiras para a sociedade. Em resumo, equivale a ser despedido como um membro vital e importante da comunidade.

Settersen (1998), em seu estudo, descobriu que a idade atualmente é um critério irrelevante para muitas pessoas decidirem sobre a aposentadoria. Com relação a aposentadoria, foi observado que os que dela se aproximam tendem a um estado de maior apreensão e autodepreciação, mas, na maioria dos casos, depois que param de trabalhar a experiência torna-se agradável.

É especialmente difícil lidar com a aposentadoria quando o indivíduo não se sente psicologicamente idoso. Em geral, isso também significa aprender a viver com uma renda fixa menor (SPIDURSO, 2005).

A aposentadoria traz poucas mudanças na satisfação com a vida. Porém, outros fatores têm influência. Por exemplo, nos casais com papéis tradicionais, a satisfação conjugal é maior quando o marido está trabalhando e a esposa está aposentada, do que na situação inversa (MYERS et al., 1996).

A satisfação conjugal pode aumentar se a pessoa aposenta-se de uma ocupação estressante, mas os problemas de saúde podem diminuí-la (MYERS e BOOTH, 1996).

Os idosos também acumularam uma experiência substancial, seja de vida ou trabalho, de forma que isso aumenta sua capacidade e, até mesmo, oferece vantagens que podem permitir sucesso em muitos outros tipos de trabalho. Os adultos possuem características pessoais e sociais que melhoram sua utilidade para um empregador. Uma das preocupações que os empregadores têm com relação aos trabalhadores idosos é

sobre a produtividade, ou seja, se estes são capazes de manter o rendimento e contribuir tanto quanto os trabalhadores mais jovens. Contudo, quando a produtividade é sistematicamente estudada no local de trabalho, os resultados mostram que essa percepção está errada (SPIDURSO, 2005).

Para Spidurso (2005), várias características pessoais e sociais dos trabalhadores mais idosos tendem a contrabalançar os declínios mentais e físicos relacionados à idade. Consequentemente, conforme se acumulam as informações com relação à efetividade dos trabalhadores idosos e um crescente número de experimentos nas empresas, proporciona-se mais evidências de que esses trabalhadores são eficazes e, inclusive, começa a surgir uma tendência na qual o trabalhador idoso se torna um recurso mais experiente e eficiente em vez de uma desvantagem.

Os trabalhadores mais idosos têm uma atitude mais séria com relação ao trabalho e usam um julgamento maduro para tomar decisões (BARTLEY, 1977). Ainda, de acordo com o autor, eles tendem a ser mais precisos do que os jovens, demonstrando mais uma vez a clássica troca de velocidade pela precisão, normalmente, observada em seus estudos sobre envelhecimento.

Atividade física e exercício físico: contribuições ao processo de envelhecer

Como em todas as idades, nas atividades e exercícios físicos com idosos, devem ser monitorados alguns fatores como: coordenação motora, condicionamento físico, limitações físicas, para que, se necessário, correções possam ocorrer durante as aulas. Não se pode exigir muito logo no início, mas trabalhar junto o lado recreativo (CORAZZA, 2005).

Atividade física é conceituada como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos, do qual resultem dispêndios energéticos (CASPERSEN et al., 1985).

Exercício é a subcategoria de atividade física planejada, estruturada e repetitiva, com o objetivo de ganhar e manter a *performance* física. Também é utilizada, entre outras finalidades, para estética, saúde, doença, reabilitação, treinamento, recreação e desenvolvimento motor e psíquico (GONÇALVES et al., 1997).

Shepard (2003, p. 296) afirma que “o envolvimento regular em atividade física pode retardar o período de tempo em que a capacidade funcional declina até o limiar crítico para a perda de independência”.

Os efeitos da atividade física regular e sistemática sobre o sistema muscular do adulto em envelhecimento são impressionantes e o resultado de um programa de treinamento resistido de força, bem planejado, baseado cientificamente, pode ser espetacular. De todos os sistemas corporais, o neuromuscular pode demonstrar a diferença mais visivelmente dramática entre uma pessoa inativa, completamente sedentária, e uma que treina conscientemente (SPIDURSO, 2005).

Novais et al. (2005, p. 188) relatam que “quanto mais ativa é a pessoa, menos limitações ela tem, concluindo que a atividade física é um fator de proteção funcional não só na velhice, mas em todas as idades”.

Ainda, de acordo com Spidurso (2005), a atividade física é precisa, quantificável e fornece um *feedback* imediato em termos de mudança e realização pessoal. Depois de apenas algumas sessões de treinamento, os indivíduos conseguem perceber que podem levantar mais peso, caminhar ou correr uma distância maior.

A realização física é sempre relativa à capacidade do indivíduo, então, por menores que possam ser os ganhos físicos, eles representam uma mudança positiva ao invés de um declínio negativo. As mudanças positivas na capacidade física, como consequência de um programa de exercício sistemático, significam mais do que simplesmente mudanças físicas (SPIDURSO, 2005).

Para Matsudo (2006), a melhor opção para o indivíduo que está envelhecendo é a realização de um programa de atividade física que inclua tanto o treinamento aeróbico, como o de força muscular, e que incorpore também exercícios específicos de flexibilidade e equilíbrio. Os exercícios com peso são muitas vezes a única alternativa de atividade física em condições clínicas que não permitem a realização de atividades físicas aeróbicas.

O efeito benéfico aparece geralmente entre a quarta e a oitava semana de treinamento, isso se for feito em uma carga de 80% da carga máxima, em exercícios que trabalham vários grupos musculares, em duas séries com 8 a 10 repetições e em uma frequência semanal de duas vezes por semana.

Segundo Corazza (2005), algumas atividades podem ser desenvolvidas na água como hidroterapia, natação e hidroginástica, pois ajudam muito na coordenação postural e melhoram a respiração, bem como yoga, biodança, dança de salão, jogo de damas, dominó e cartas, que estimulam não só a saúde física, mas também mental.

Este é um bom exemplo para justificar a crescente ênfase que a literatura científica vem dando aos exercícios realizados contra resistências mecânicas, mais conhecidas como “exercícios com pesos, *exercícios resistidos* ou *musculação*”. Trata-se de um treinamento muito eficiente para aumentar a força muscular, a densidade óssea e a flexibilidade de ido-

sos, mesmo aqueles mais longevos ou portadores de grande co-morbidade, adaptando-os aos limites de amplitude que eventuais processos degenerativos possam determinar (JACOB FILHO, 2006).

O aumento na força e na flexibilidade, quando dos exercícios, pode diminuir a dor. Se o exercício for aeróbio e mantido por tempo suficiente, pode ocorrer perda de peso, o que reduz as forças produzidas nas articulações (SPIDURSO, 2005).

Portanto, a prática de atividade física promove, além da prevenção, a reabilitação da saúde do idoso, pois acrescenta melhoras na aptidão física e, conseqüentemente, facilita a manutenção de bons níveis de independência e autonomia para as atividades da vida diária (PINHEIRO et al. 2004 apud SIMÃO, 2004).

Com esta preocupação, a atividade física aparece como uma ferramenta que pode oferecer um acréscimo positivo na qualidade de vida dos idosos, onde suas capacidades físicas são estimuladas e sua autonomia para desempenhar sem auxílio as tarefas diárias pode ser mantida por um tempo maior e com melhor qualidade.

Alongamento para idosos

Alguns efeitos fisiológicos decorrem do envelhecimento. Com o aumento da idade, o fornecimento sanguíneo e a capacidade de reter água diminuem, aumentando, assim, o tempo para recuperação do tecido conjuntivo após lesão (MYNAR e KOCEJA, 2001).

Achour Junior (2009) diz que, da infância até o período da adolescência, desenvolvemos a flexibilidade. Com o passar dos anos e durante o processo de mudanças físicas, vamos

perdendo a flexibilidade, decorrente do aumento da idade e por pararmos de praticar exercícios de alongamento.

Ainda, conforme o autor, fatores como sexo e idade são secundários na evolução da flexibilidade, pois em todas as idades é passível seu desenvolvimento. Um dos aspectos que levam à redução precoce da flexibilidade é a diminuição de movimentos de grandes amplitudes.

Paralelamente, outra proposta seria designar alongamento com baixa, moderada e forte tensão, porém essa proposição precisa ser examinada com mais profundidade, pois, na prática, a tensão muscular seria percebida de forma subjetiva. Até o presente, com maior frequência, alongamento é considerado um exercício que pode manter e/ou desenvolver flexibilidade, que é referida como uma capacidade motora na qual incidem influências genéticas e ambientais (ACHOUR JUNIOR, 2006).

Para Spidurso (2005), exercícios de alongamento são um componente importante da fisioterapia e dos procedimentos de reabilitação após lesões, acidentes ou doenças que tenham restringido a amplitude de movimento das articulações.

Um estudo de Minark e Koceja (2001) apresentou alterações no reflexo de alongamento em razão do envelhecimento, assim como nos fusos musculares.

Diante disso, Nussio (2006) cita que, com a idade e, acima de tudo, pela inatividade, a capacidade de movimento diminui, mas não devemos nos esquecer de que nunca estamos velhos de mais para fazer alongamento. Basta começar e o corpo vai nos agradecer. Além disso, mesmo que os músculos tenham perdido parte da sua elasticidade, com constância e exercícios de alongamento eles poderão recobrar parte das suas características. O processo é longo e dependerá muito

de quantas horas por semana os praticaremos e o grau inicial de atrofiamento muscular.

Flexibilidade e envelhecimento

A flexibilidade se desenvolve durante a infância até o princípio da adolescência, depois diminui ao longo da vida. É possível que ela diminua em razão das alterações morfo-funcionais decorrentes do aumento da idade, ou pode ocorrer simplesmente porque fazemos cada vez menos exercícios de alongamento à medida que envelhecemos. É possível também que a flexibilidade diminua por uma combinação dessas duas causas. Contudo, ela pode sim ser conservada na terceira idade (ACHOUR JUNIOR, 2009).

Segundo Dantas (2005), flexionamento é uma forma de trabalho que visa obter uma melhora na flexibilidade através da viabilização de amplitudes de arcos de movimento articular superiores aos originais. Existe muita polêmica sob qual método torna o processo de flexionamento mais adequado ou eficaz. Entretanto, a preocupação do profissional que treina a flexibilidade deve ser com a escolha da técnica mais adequada ao seu caso.

Em geral, o sexo feminino é mais flexível do que o masculino em todas as idades. Essa diferença talvez resulte das atividades que exigem maior uso de flexibilidade entre as meninas, enquanto os meninos são tanto propensos quanto incluídos predominantemente em atividades de força (VOISIN et al. 2000).

Conforme Laessoe e Voight (2004), a flexibilidade é o grau de mobilidade passiva do corpo com restrição própria da unidade musculotendínea ou de outros tecidos corporais. Geralmente, é mensurada pelo alcance do movimento arti-

cular e há evidências de que sua alteração seja decorrente da rigidez do tecido. Alguns fatores dificultam a aceitação dessa definição, como o uso da expressão mobilidade passiva e o fato de os autores não caracterizarem quais seriam os outros tecidos que restringem a flexibilidade.

A maior quantidade de estrógeno no sexo feminino também é, segundo Enoka (2000), responsável por menor desenvolvimento da massa muscular e maior acúmulo de água e polissacarídeos, minimizando o atrito entre as fibras musculares. Assim, as condições de flexibilidade são obviamente maiores para o sexo feminino. Fatores como sexo e idade são secundários na evolução da flexibilidade, pois em todas as idades é possível seu desenvolvimento. O mais importante é, sem dúvida, a influência das condições gerais de saúde da pessoa. Um dos aspectos que levam à redução precoce da flexibilidade é a diminuição de movimentos com grandes amplitudes associada ao aumento da idade.

Já Holland et al. (2002) concluíram que a perda da flexibilidade ocorre entre a idade adulta e a meia-idade, mas não conseguiram estabelecer o relacionamento causal. Doenças como artrite, osteoporose e aterosclerose contribuem significativamente para a redução da flexibilidade

A seguir, mostramos uma sequência de exercícios de alongamentos³, especialmente adaptados para pessoas idosas, com diferentes graus de dificuldade, com sugestões de posições e cuidados para o momento da execução.

³ Modelo: Iara Maria Scherer Moura / Fotos: Daniel Ecker Padilha



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, com pernas afastadas e mãos na cintura. Não afastar muito as pernas e olhar para frente. A coluna deve estar bem alinhada e não flexionar os joelhos.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, inclinando lateralmente da cabeça (ambos os lados). Cuidar para não forçar muito o pescoço. Manter a coluna ereta e bem alinhada.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, com pernas afastadas, braços estendidos e dedos cruzados. Cuidar o alinhamento da coluna e deixar os braços estendidos na altura dos ombros.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, fazendo uma extensão do braço acima da cabeça, flexionando o tronco para a esquerda, depois para a direita. Cuidar para não flexionar muito a coluna e manter o olhar para frente na horizontal.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, fazendo um alongamento de braço com uma flexão de cotovelo, atrás da cabeça tendo ajuda do outro braço (ambos os lados). Manter a coluna ereta e não forçar o pescoço para baixo.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, pernas levemente afastadas, um braço estendido e com o outro braço forçar o braço estendido para dentro (ambos os lados). Cuidar a coluna para estar bem alinhada e os pés levemente afastados.



Dificuldade: moderada. Posição inicial em pé, fazendo uma flexão frontal de tronco, com os braços cruzados atrás da coluna. Cuidar para manter a coluna bem alinhada, sem flexionar os joelhos. Na hora da subida, fazê-la lentamente para evitar tonturas ou quedas.



Dificuldade: moderada. Posição inicial em pé, flexionando o tronco e puxando a ponta do pé para cima (ambos os lados). Cuidar o alinhamento da coluna e manter o joelho de apoio levemente flexionado. Ao voltar à posição inicial, fazê-lo de forma vagarosa, a fim de evitar tonturas ou quedas.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, com auxílio de um bastão para manter o equilíbrio, segurando a parte anterior do pé direito com a mão direita, tentando encostar o pé no glúteo (fazer o mesmo com o outro pé e a outra mão). Manter a coluna ereta e não flexionar o joelho de apoio. Assim, alonga-se a parte anterior da coxa.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, pernas afastadas braços erguidos, segurando o bastão e cotovelos flexionados. Manter o olhar para frente e cuidar do alinhamento da coluna. Cuidar para que o bastão não se torne muito pesado.



Dificuldade: moderada. Posição inicial em pé, pernas afastadas, estendendo os braços acima da cabeça, com auxílio de um bastão, fazendo uma flexão lateral de tronco, com ajuda do bastão (ambos os lados). Cuidar o alinhamento da coluna e não flexionar os joelhos.



Dificuldade: baixa. Posição inicial em pé, pernas afastadas, braços estendidos à frente, mantendo na altura dos ombros, segurando o bastão. Alongar braços e trabalhar força nos ombros. Olhar para a frente e manter a coluna alinhada sem flexionar os joelhos.



Dificuldade: moderada. Posição inicial em pé. Trabalhando com o bosu, o joelho a ser trabalhado deve estar estendido, com uma leve flexão de tronco, levando a mão à ponta do pé (executar de ambos os lados). O joelho de apoio deve estar semiflexionado. Manter a coluna ereta.



Dificuldade: alta. Posição inicial sentado. Usando o bosu para dificultar o movimento, com as duas mãos e cotovelos estendidos tentar alcançar a ponta dos pés. Cuidar a coluna e manter os joelhos estendidos. Alongar a parte posterior da coxa.



Dificuldade: moderada. Posição inicial sentado, em cima do bosu, pernas estendidas e juntas, mantendo a coluna ereta. Olhar para frente e cuidar o alinhamento da coluna. Trabalhar parte posterior de coxa e manter a coluna estendida por tempo determinado.



Dificuldade: alta. Posição inicial sentado em cima da bola, com os joelhos flexionados, levemente afastados e braços estendidos. Manter por um tempo os braços estendidos e a coluna ereta e olhar para frente. Trabalhar equilíbrio e postura corporal.



Dificuldade: moderada. Posição inicial sentado. Com o auxílio da bola, joelhos flexionados e afastados, com uma flexão de tronco. A cabeça vai em direção ao meio das pernas, trabalhando a coluna lombar.



Dificuldade: alta. Posição inicial sentado. Com auxílio da bola, estende-se o joelho a ser trabalhado e flexiona-se o outro. A mão vai em direção a ponta do pé (ambos os lados). Manter a coluna ereta e não flexionar o joelho da perna trabalhada.



Dificuldade: moderada. Posição inicial sentado. Com auxílio da bola para dificultar o movimento, afastando as pernas o máximo que conseguir. Manter a coluna ereta e olhar para frente. Alongar adutores de coxa.



Dificuldade: baixa. Posição inicial sentado e com as pernas bem estendidas. Uma perna flexionada até o calcanhar tocar a virilha da outra (ambos os lados). Manter a coluna ereta e olhar para frente. Cuidar para não flexionar o joelho que está sendo trabalhado. Alongar a parte posterior da coxa.



Dificuldade: moderada. Posição inicial sentado. Com as plantas dos pés encostadas uma na outra, segurando as pontas dos pés com as mãos. Abaixamos os joelhos, sem forçar e manter a posição. Manter a coluna ereta e olhando para o horizonte. Manter a tensão na parte interna da coxa. Trabalhar adutores de coxa.



Dificuldade: moderada. Posição inicial em pé. Olhando para um ponto fixo, flexionando o joelho e as duas mãos seguram o joelho a ser trabalhado. Manter a coluna ereta e olhar para frente. Cuidar para não se desequilibrar e causar alguma queda.

Considerações finais

Com esse estudo, percebe-se que a flexibilidade e o alongamento estão diretamente relacionados à mobilidade articular, à função muscular e à amplitude de movimento. Porém, são trabalhos (ações) com significados distintos. O alongamento refere-se às situações que envolvem mais diretamente a estrutura muscular e os tecidos moles que envolvem a articulação. As técnicas de alongamentos resultam na elasticidade e melhora da função muscular. Já a flexibilidade, é resultante do trabalho de alongamento, o qual se reflete na amplitude do movimento articular.

Ambos devem ser trabalhados em comum acordo, independente da faixa etária. Quanto mais cedo começarmos a praticar esses exercícios, melhores fisicamente iremos chegar à idade avançada. Trabalhar alongamento e flexibilidade com pessoas idosas requer o mesmo trabalho que em qualquer grupo, com os mesmos cuidados, os mesmos métodos e as mesmas maneiras de execução.

Apesar de as diferenças conceituais, fisiológicas, neurológicas e técnicas entre flexibilidade e alongamento estarem diretamente interrelacionadas, não se pode realizar um, sem considerar o outro. Então, não é suficiente só fazer exercícios de alongamento, é preciso analisar a sua execução e quais os momentos e meios de inseri-los nos objetivos propostos. A flexibilidade é considerada importante componente da aptidão física, relacionada à saúde e ao desempenho atlético. Flexibilidade e alongamento, portanto, são qualidades essenciais para um bom desempenho físico, tanto para a realização de atividades da vida diária, como para melhorar a *performance* no meio desportivo.

Para estruturar um programa de flexibilidade com pessoas idosas, é fundamental conhecer o estado de saúde delas. Se o indivíduo for acometido de artrite, artrose, osteoporose ou diabetes, entre outras doenças, é preciso ajustar alguns dos exercícios.

Referências

- ACHOUR JUNIOR, A. *Exercícios de alongamento: anatomia e fisiologia*. 2. ed. Barueri: Manole, 2006.
- ACHOUR JUNIOR, A. *Flexibilidade e alongamento: saúde e bem-estar*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2009.
- BARTLEY, D. L. Compulsory retirement: a reevaluation. *Personnel*, 4, p. 62-66. 1977.
- CASPERSEN, C. Physical activity and exercise: a summary. *Journal Public Health Report*, v. 100, n. 2, p. 131-146, 1985.
- CORAZZA M. *A terceira idade & atividade física*. São Paulo: Phorte, 2005.
- DANTAS, E. H. M. *Flexibilidade: alongamento e flexionamento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2005.
- ENOKA, RM. *Bases neuromecânicas da cinesiologia*. São Paulo: Manole; 2000.
- GONÇALVES, A. *Saúde coletiva e urgência em educação física e esportes*. Campinas: Papyrus, 1997.
- HOLLAND GF, et al. Flexibility and physical functions of older adults: a review. *Journal of Aging and physical Activity*. 10, p. 169-206. 2002
- IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatísticas. *Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira - 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 25 maio 2014.
- JACOB FILHO, W. Atividade física e envelhecimento saudável. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 20, n. 5, p. 73-77, 2006.
- LAESSOE, U.; VOIGHT, M. Modification of stretch tolerance in a stooping position. *Scandinavian Journal Medicine Science Sport*, v. 14, p. 239-244, 2004.

MARCELINO, P. C.; ALMEIDA, A. S. *Envelhecimento humano: um olhar interdisciplinar*. 2. ed. Tapera: Lew, 2012.

MATSUDO. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. *Rev. Bras. Educ. Fís. Esp.*, São Paulo, v. 20, p.135-37, set. 2006. Suplemento n. 5.

MYERS, S. M.; BOOTH, A. Men's retirement and marital quality. *Journal of Family Issues*, v. 17, p. 336-357, 1996.

MYNAR, K. R. G.; KOCEJA, D. M. Effects of age on the spinal stretch reflex. *Journal of Applied Biomechanics*, v. 17, p. 188-203, 2001.

NOVAIS, F.V.; et AL. Influência de um programa de exercícios físicos e recreativos na autopercepção do desempenho em atividades de vida diária de idosos. In: GONÇALVES, A. K; GROENWALD, R. M. F. *Qualidade de vida e estilo de vida ativo no envelhecimento*. Evangraf: Porto Alegre, 2005.

NUSSIO, E. M. *Alongamento*. São Paulo: Marco Zero, 2006.

PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. *Desenvolvimento humano*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SETTERSEN, R. A. Time, age, and the transition to retirement: New evidence on life-course flexibility? *International Journal of Aging and Human Development*, v. 47, p. 177-203, 1998.

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

SIMÃO, R. *Treinamento de força na saúde e na qualidade de vida*. São Paulo: Phorte, 2004.

SPIDURSO, W. W. *Dimensões físicas do envelhecimento*. Barueri: Manole, 2005.

VOISIN PH, et al. Evaluation Clinique chez le lombalgie de la flexion lombo-pelviennne em position debout. *KS*. 2000; (397): 31-5.

WILSON FILHO, J. *Atividade Física e envelhecimento saudável*. São Paulo, 2006.

Receita\$ para envelhecer

Gilmar Mantovani Maroso¹

Muitas premissas foram expostas ao longo do livro para se obter um bom envelhecimento, neste capítulo vou me deter a sugerir alguns aspectos relacionados à ordem financeira, mudando um pouco o ponto-de-vista. As receitas para envelhecer não se tratam de aspectos referentes a regras, cuidados, modo de vida, mas de procedimentos para uma vida financeira saudável.

Ter uma vida econômica saudável não requer idade apropriada, mas aqui alertamos da necessidade de uma independência financeira na velhice. O entendimento de velhice não está em função apenas da idade, do cronômetro temporal, pois o homem é um ser biopsicossocial.

Para falar em processo de envelhecimento e qualidade de vida, deve-se considerar dois processos:

a) *psicológico*, pois são muitos os fatores que podem fazer com que as pessoas se sintam velhas, porém à medida que a pessoa sinta-se ocupada, importante e necessária para a família (quando, por exemplo, ajuda a cuidar dos netos, visto que os

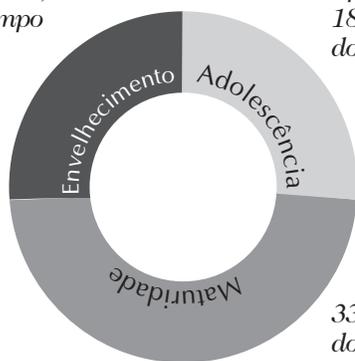
¹ Doutor em História pela PUCRS, professor na ULBRA Carazinho.

filhos trabalham e não podem levar e buscar na escola etc...), certamente retardará a sensação de velhice.

b) *biológico*, aqui poderia usar outro conceito para o envelhecimento, mas como geógrafo uso da demografia para ensaio, quando ficamos teoricamente velhos. Partindo do princípio que uma revolução demográfica está ocorrendo no mundo todo e especialmente no Brasil, o conceito pede ser aprimorado. Segundo a ONU et al. (2013), a expectativa de vida média no mundo era de 58 anos em 1970; em 2010, passou a 69 anos e as projeções para 2050 são de 76 anos. Observa-se que, entre 1970 a 2010, passados 40 anos, tivemos uma sobrevida de 11 anos, retardamos em 2,7 meses a morte² a cada ano que vivemos.

Com uma representação gráfica que elaborei sobre as fases da vida de uma pessoa, mostro que vivemos praticamente 1/4 da vida para chegar à fase adulta, 2/4 quartos em plena maturidade para, depois, a partir dos 51 anos aproximadamente, começamos a etapa do envelhecimento.

*Também 18 anos,
ou 26% do tempo
de vida*



*Aproximadamente
18 anos, ou 26%
do tempo de vida*

*33 anos, ou 48%
do tempo de vida*

² Não temos espaço para discutir os diversos aspectos dessa sobrevida, os quais vão além dos avanços do campo da ciência biomédica.

Essas considerações, de certa forma, são um tanto estatísticas, mas como minha análise aqui tem um propósito de analisar o envelhecimento numa perspectiva econômica e financeira, deve-se considerá-la tal qual o setor previdenciário de nosso país a considera.

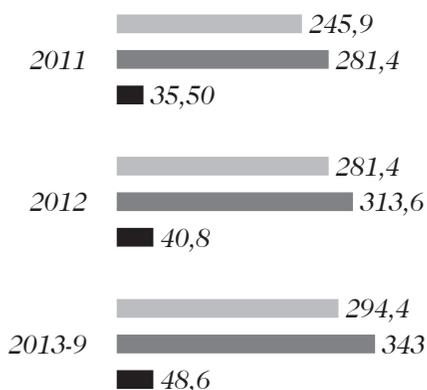
Em relação à política de aposentadoria, a previdência social tem colocado o fator previdenciário como critério para pagamento integral da aposentadoria desde 1999. Em observação aos seus coeficientes, em função da idade da pessoa e o tempo de serviço, o indivíduo que completar 65 anos de idade e 35 de serviço tem direito a aposentar-se pela previdência social, mas os cálculos pelos coeficientes projetam que esse indivíduo tem um tempo de vida pós-aposentadoria de mais 17,6 anos. Portanto, segundo o governo, viveríamos 17,6 anos ou em torno de 21% da nossa vida aposentados.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial e isso também está provocando uma mudança na pirâmide etária brasileira. Hoje, há um fenômeno demográfico em curso, “relacionado com a queda do número de crianças/adolescentes e um aumento maior que o da população do grupo de idosos” (GIAMBIAGI 2013).

As mudanças demográficas no Brasil se dão basicamente por dois fatores: 1º) aumento da expectativa de vida, isto é, morrendo mais velho na média; 2º) queda da taxa de fecundidade, ou seja, mulheres tendo em média 1,9 filho durante sua vida fértil. Isso implica crescimento de 1,8% da população de jovens. A esse ritmo, teremos o máximo de 34 milhões de jovens em 2020 e, depois, uma redução para 24 milhões em 2050, segundo as projeções do IBGE. A população jovem é hoje de aproximadamente 16%, mas será de apenas 11% em 2050 (EXAME, 2012, n° 24).

Daqui a 26 anos, em 2040, o Brasil vai ter em torno de 50 milhões de pessoas com mais de 65 anos de idade, uma população equivalente à da Argentina. Isso vai significar mais de 22% da população, porém exigirá gastos previdenciários elevadíssimos³. O aumento da expectativa de vida exigirá mais serviços de saúde e recursos para aposentaria.

Nesta representação gráfica abaixo⁴, podemos visualizar melhor a arrecadação (■), os benefícios ou gastos (■) e os *deficits* (■) da previdência no Brasil:



Vale a pena observar que a arrecadação é inferior aos gastos, gerando um *deficit*, em 2012, na ordem de 9,28 % do Produto Interno Bruto. Esse é o valor que o Tesouro Nacional tem que bancar, caso contrário o governo não conseguiria pagar os mais de 22 milhões de aposentados e três milhões de pensionistas.

³ Enquanto a faixa etária dos brasileiros com 60 anos cresceu 38,6% entre 2000 a 2001, os de 80 anos cresceu 67%, de acordo com o IBGE são mais de 3,2 milhões de pessoas, praticamente uma população relativa ao Uruguai.

⁴ Fonte: Jornal *Valor Econômico*, edição 10 de outubro de 2013.

À medida que a população envelhece e aposenta-se, maior a pressão de gastos da previdência social. Isso, certamente, provocará maiores *deficits* na conta previdenciária. Para evitar um colapso, algumas medidas poderão ser tomadas: a) aumento da idade para aposentadoria dos atuais 65 anos de idade, para 67 anos, a exemplo da maioria dos países europeus⁵; b) Continuidade das defasagens nos reajustes dos valores das aposentadorias para quem ganha mais de um salário mínimo, os quais não recebem os mesmos reajustes de salário mínimo⁶; c) reforma na concessão de benefício ao pensionista que estão na idade ativa⁷, com recebimentos não integrais dos valores das pensões; d) Uso dos 20% dos *royalties* da produção do petróleo no Brasil para a redução dos *deficits* da previdência – Sistema Único de Saúde⁸.

Se concordarmos com esse cenário sobre as previdência social em nosso país, e partindo do princípio que teremos menos jovens para entrar no mercado de trabalho e contribuir com a previdência e mais idosos a serem aposentados e cuidados, qual será sua segurança para uma velhice tranquila, em termos financeiros? Será que os valores da aposentadoria lhe proporcionarão a manutenção do padrão de vida? Não será necessário planejar melhor suas finanças para a velhice?

⁵ Os países europeus já estão passando pela fase do envelhecimento da população.

⁶ Os últimos anos os salários mínimos tiveram reajuste acima dos índices de inflação, proporcionando maior poder de compra. Para os que recebem aposentadorias maiores que um salário mínimo, houve reajuste (INPC) apenas da inflação no período o que provoca achatamento dos valores recebido em relação ao salário mínimo.

⁷ Idade entre 16 a 59 anos, os quais constituem a população economicamente ativa (PEA).

⁸ Estima-se que já em 2014 podem ser gerados 1,4 bilhões de reais.

Do ponto de vista do *homo economicus*, a partir dos 50 anos de idade, considerando que estaria terminando a fase madura e já teria filhos *criados*, casa e carro próprio pago, carreira definida, a preocupação deveria ser a consolidação da formação de uma poupança para passar a velhice. A seguir, enumero seis fases financeiras em nossas vidas e suas respectivas situações a perseguir:

- 1ª fase: até 25 anos - capacitação, educar-se;
- 2ª fase: 25 a 35 anos - construção, requer sabedoria financeira;
- 3ª fase: 35 a 45 anos - conquista, definir seu estilo de vida;
- 4ª fase: 45 a 60 anos - consolidação, reforço da aposentadoria e de investimentos;
- 5ª fase: 60 a 80 anos - superação, montar negócio para os filhos e ou legado do patrimônio.
- 6ª fase: acima de 80 anos - contemplação, postura contemplativa da vida, qualidade de vida.

À medida que vivemos mais anos, podemos continuar trabalhando para obtenção de renda. Há um século atrás, 75% da população dos EUA e Europa trabalhavam. Atualmente, estamos passando por uma revolução na natureza do trabalho, onde ele não é só braçal, mas tornou-se mais intelectual e imaterial, com o avanço das atividades de serviços e comércio sobre as atividades agrícola e industrial. A revolução das tecnologias de informação nos permite trabalhar com menor esforço físico, trabalhar em casa. Nas organizações, temos empresas que adotam 75 anos como limite de idade, aposentadoria compulsória. Porém, estudos indicam que em torno de 36% das pessoas planejam se aposentar mais tarde, ou seja, acima dos 65 anos de idade. As organizações acre-

ditam que podem aproveitar o conhecimento de funcionários que se aposentam para serem consultores e ou transferência de conhecimento para os mais jovens.

No Brasil, sente-se a falta de mão-de-obra qualificada, mesmo que tenhamos mais de 100 milhões de pessoas que podem ser consideradas economicamente ativas. Ocorre que grande parte delas não são qualificadas para determinados postos de trabalho, pouco mais de 61% possuem mais de 11 anos de escolaridade. Estima-se que outras 70 milhões de pessoas não estão na ativa e não trabalham formalmente, apenas 17% da população tem 11 anos de estudos⁹. Desses que não trabalham, em torno de 51% são mulheres, geralmente por motivos de falta de creches para deixar os filhos¹⁰ (EXAME, 2012, nº 20). Segundo estudos sobre o bônus demográfico brasileiro, o maior número de pessoas em idade ativa para trabalhar entre os 15 a 59 anos será atingido em 2030 com 142 milhões de pessoas.

No entanto, essas pessoas necessitam de renda e o fortalecimento da proteção social é uma forma de evitar múltiplas vulnerabilidades socioeconômicas a ser enfrentadas pela sociedade. Mas é, também, uma forma de consolidar a posição da classe média e dar continuidade à mobilidade da classe D para C, já que ambas passam por políticas públicas de educação e saúde, além de inclusão social pelo trabalho.

O bônus de longevidade exige menos bens de consumo (moradias, utensílios domésticos), porém necessita de mais produtos relacionados à saúde, seguros e tecnologia de dispositivos que auxiliam o envelhecimento. Porém, não se

⁹ Isso pode corresponder a oito anos de ensino fundamental e três anos de ensino médio.

¹⁰ Cada destacar que muitos avôs cuidam dos seus netos.

pode esquecer que as pessoas querem manter seus padrões de consumo¹¹ e cuidados profissionais na velhice. Precisamos cuidar da terceira idade e começar a olhar para a quarta idade, a dos pós 80 anos¹². Nessas oito décadas, as pessoas tornam-se ainda mais vulneráveis. Segundo Alexandre Kalache, médico gerontologista, presidente do centro Internacional de Longevidade do Brasil, há um tripé fundamental para envelhecer bem: a) capital biológico – boa saúde; capital social – bons amigos; c) capital financeiro – dinheiro no bolso.

O envelhecimento da sociedade brasileira acelera, pois, em 2012, cerca de 19% dos casais não possuem filhos. No Rio Grande do Sul, eram 23% dos casais. Diante dessa situação, a taxa de fecundidade no Brasil está em 1,8% (IBGE 2013). O envelhecer é mudança no próprio corpo e também no modo de ver e avaliar o mundo. Uma coisa é trabalhar 35 anos e viver mais 20 anos, mas as referências em relação à vida mudam quando trabalhamos por 35 anos e passamos a viver mais 30 a 35 anos pós-aposentadoria.

Em 2010, em torno de 9% da população mundial atingiu mais de 65 anos. Entre os países mais idosos, destaca-se o Japão, com 30% da população com mais de 65 anos; Itália e Alemanha 26%; Suécia 25% e Bulgária 24%. O Brasil tem 10% nessa faixa e está na 79ª posição mundial (EXAME, 2013, edição 1037). A longevidade já é um fenômeno mundial, pois existe mais de 340 mil centenários no mundo (EXAME 13/11/2013, edição 1.053). Outro fato é o aumento da espec-

¹¹ O patrimônio médio dos lares dos cidadãos de Luxemburgo é de 398 mil euros; o dos da Espanha, 183 mil euros; Itália, 174 mil euros; Portugal, 75 mil euros, e Alemanha, 51 mil euros. Destaque para os espanhóis, pois com 83% da população tem casa própria; dos portugueses, 72%, e italiano, 69% (VALOR edição de 10/4/2013).

¹² Em 2050, estima-se que 7% da população brasileira estejam nessa faixa etária.

tativa de vida, que em 1900 era de 31 anos, em 1950 era de 46 anos, já em 2013 foi de 70 anos, e segundo as projeções, em 2100 será entre 82 a 92 anos.

Segundo os economistas Kevin M. Murphy e Robert H. Topel da Universidade de Chigaco, contabilizou-se o valor econômico gerado pelo aumento da expectativa de vida nos EUA de 1970 a 2000 e o resultado foi surpreendente. A vida média no período passou de 70 para 78 anos¹³, e isso gerou 3,2 trilhões de dólares a mais em renda por ano (EXAME, 2013, edição 1.053).

Afinal, como prega Delfin Netto (2014),

a eterna busca do homem para encontrar uma organização social que lhe dê cada vez mais tempo para construir a sua humanidade, vemos que ele exige, pelo menos, o simultâneo atendimento de três objetivos: uma ampla liberdade individual, num ambiente de crescente igualdade de oportunidade, o que só é possível se o tempo de produção das suas necessidades materiais diminuir continuamente pelo aumento da sua eficiência.

No aspecto finanças, tive a oportunidade de participar da ExpoManey Porto Alegre em 2012 e, assistir à brilhante palestra sobre finanças comportamentais¹⁴, onde propuseram a fórmula 1,3,6,9 para ser ter uma velhice financeira equilibrada. No seu livro *4 Dimensões de uma vida em equilíbrio*, os autores refletem sobre as quatro dimensões da vida, que correspondem os capitais físico, social, intelectual e financeiro. Porém, fico aqui na questão financeira, cuja fórmula diz que

¹³ Com a substituição dos órgãos impresso em 3 D, devemos repensar nossas carreiras, ter duas ou três profissões ao longo da vida, o que nos forçara a um processo de aprendizado constante.

¹⁴ Com Jurandir Macedo.

devemos acumular um ano de renda quando chegamos aos 35 anos de idade, 3 anos de renda aos 45 anos, 6 anos de renda aos 55 anos e 9 anos de renda aos 65 anos de idade.

Na tabela que elaborei a seguir, projetamos uma simulação, sem levar em conta rendimentos de juros reais, considerando que os rendimentos das aplicações evitem a perda do poder de compra que é solapado pelo processo inflacionário.

Fórmulas para poupar para a velhice, em reais.

<i>Idade</i>	<i>Anos</i>	<i>% renda poupada</i>	<i>Depositado mensalmente</i>	<i>Poupados</i>	<i>Saldo</i>	<i>Renda mensal até 85 anos</i>
25-35	1	8,3	100,00	12.000,00	12.000,00	20,00
35-45	3	25,0	300,00	36.000,00	48.000,00	100,00
45-55	6	50,0	600,00	72.000,00	120.000,00	333,00
55-65	9	75,0	1.000,00	120.000,00	240.000,00	1.000,00

A renda mensal que pode ser auferida leva em conta que o poupador depositou mensalmente na poupança a quantia proposta no quadro acima até os 65 anos de idade. Já a renda mensal projetada considera que a pessoa viverá mais 20 anos, chegando aos 85 anos de idade antes de morrer. Cabe destacar que estamos propondo uma renda complementar, partindo do princípio que essa pessoa tenha tido uma vida economicamente ativa, e tenha contribuído com a previdência pública.

Independente dos valores em questão, pois eles certamente variam de indivíduo para indivíduo, o que considero mais importante é as pessoas se aterem à coluna do percentual

de renda poupada, pois é ela que define os recursos para assegurar cada padrão de vida pessoal.

A teoria econômica explica que o padrão de vida das pessoas depende muito da sua renda. À medida que a renda aumenta, há uma tendência de melhora do padrão de vida. Ou seja, as pessoas passam a alimentar-se, vestir-se e morar melhor e, dependendo da renda, também, viajar mais. A única incógnita é em relação aos gastos com saúde. Daí a importância de um envelhecer saudável.

Portanto, as receitas para envelhecer são meras dicas para a busca de uma visão de futuro, projetando cenários da sua vida na aposentadoria, consideradas todas as dimensões envolvidas: trabalho, finanças, saúde, lazer, relacionamento familiar e social. Todavia, a dica maior é da reflexão financeira, com metas orçamentárias e planejamento para seus investimentos pessoais coerentes com o momento de vida.

Referências

- DELFIN, Neto. *Jornal Valor Econômico*, edição de 11 de março de 2014.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo Demográfico*, 2013.
- GIAMBIAGI, Fábio. *Jornal Valor Econômico*, edição de 10 de julho de 2013, p. A15.
- _____. *Jornal Valor Econômico*, edição de 11 de dezembro de 2013, p. A13.
- ORGANIZAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU et al. *Revista Exame*, edição de 20 de fevereiro de 2013. p. 73.
- REVISTA EXAME. Edição nº 1026, de outubro de 2012.
- _____. Edição nº 1030, de dezembro de 2012.
- _____. Edição nº 1053, de novembro de 2013.

***E**ste livro traz vários estudos, alguns sobre populações idosas do Norte do Rio Grande do Sul, até com correlatos nacionais e internacionais, visando pontuar debilidades do corpo e fenômenos psicossociais que o envelhecimento pode acarretar em certos momento da vida, como complicações renais, anemia, diabetes, analfabetismo, isolamento, depressão, abandono...*



Quem tem muitos anos de vida também está sujeito à extemporaneidade e a desmotivações humanas daí derivadas, inclusive, precisa lutar contra aspectos patológicos ameaçantes à integridade do corpo.

A interface pretendida pelos 24 autores desta obra foi a de trabalhar as situações-problema típicas da idade avançada para restabelecer a harmonia entre corpo e mente e proporcionar uma passagem saudável e feliz pela velhice, tal como se percebe em muitos depoimentos aqui transcritos.

Dentre as técnicas utilizadas para seduzir os idosos em retomar sua autoestima, evoca-se a dança, a literatura, o autoconhecimento, a educação sexual, a nutrição, a inclusão social, o eficiente uso do espaço, o cultivo da elasticidade e até receitas financeiras para viver bem a terceira idade. Vale a pena esta leitura!

*Charles Pimentel da Silva,
editor*



ISBN 978-85-8200-036-6



www.meritos.com.br