

Envelhecimento e Subjetividade:

desafios para uma cultura de compromisso social



Envelhecimento e Subjetividade:

desafios para uma cultura de compromisso social





Endereço

Conselho Federal de Psicologia
SRTVN, Quadra 702, Edifício Brasília Rádio Center, 4 andar, conjunto 4024 A.
CEP: 70719-900

Site

www.pol.org.br

*É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação,
para qualquer finalidade, sem autorização por escrito dos editores.*

1ª Edição
2009

Projeto Gráfico
Luana Melo

Diagramação
Luana Melo

Revisão
Bárbara de Castro e Joíra Coelho

Liberdade de Expressão – Agência e Assessoria de Comunicação
atendimento@liberdadedeexpressao.inf.br

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Conselho Federal de Psicologia

Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de
compromisso social / Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF, 2008.

196 p.

ISBN: 978-85-89208-10-9

1. Exclusão social 2. Envelhecimento 3. Subjetividade 4. Família 5.
Cidadania 6. Trabalho I. Título.

HN200

Organizadores

Acácia Aparecida Angeli dos Santos
Ana Luiza de Souza Castro
Maria Christina Barbosa Veras
Daniela da Cunha Lopes
Anita Liberalesso Neri
Delia Catullo de Goldfarb
Fernanda Wanderley Correia de Andrade
Isolda de Araújo Günther
Roberta Gurgel Azzi
Ruth Gelehrter da Costa Lopes

Integrantes

Beltrina Côrte
Vicente Faleiros
Maria Elizabeth Mori
Laura Mello Machado
Anita Liberalesso Neri
Helena Brandão Viana
Mônica Sanches Yassuda
Andrea Lopes
Caroline Stumpf Buaes
Hilma Tereza Tôres Khoury
Juraci Moreira Souto
Regina Celia Gorodscy
Sérgio Leme da Silva

Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social

2009

Conselho Federal de Psicologia



Conselho Federal de Psicologia
XIV Plenário
Gestão 2008 - 2010

Diretoria

Humberto Cota Verona
Presidente

Ana Maria Pereira Lopes
Vice-Presidente

Clara Goldman Ribemboim
Secretária

André Isnard Leonardi
Tesoureiro

Conselheiros efetivos

Elisa Zaneratto Rosa
Secretária Região Sudeste

Maria Christina Barbosa Veras
Secretária Região Nordeste

Deise Maria do Nascimento
Secretária Região Sul

Iolete Ribeiro da Silva
Secretária Região Norte

Alexandra Ayach Anache
Secretária Região Centro-Oeste

Conselheiros suplentes

Acácia Aparecida Angeli dos Santos

Andréa dos Santos Nascimento

Anice Holanda Nunes Maia

Aparecida Rosângela Silveira

Cynthia R. Corrêa Araújo Ciarallo

Henrique José Leal Ferreira Rodrigues

Jureuda Duarte Guerra

Marcos Ratinecas

Maria da Graça Marchina Gonçalves

Psicólogos convidados

Aluizio Lopes de Brito

Roseli Goffman

Maria Luiza Moura Oliveira



Apresentação

O extraordinário fenômeno da longevidade e o aumento progressivo da população idosa trouxeram desafios que convertem o envelhecimento em tema urgente e dominante neste século XXI.

Durante todo o século passado foram chamados de visionários os que ousaram dizer que seria possível envelhecer bem, cuidando dos laços sociais e afetivos, além da saúde física e psíquica.

Cumprida a profecia da longevidade, a transição demográfica é hoje um dos mais urgentes problemas mundiais, tornando-se tema para as políticas públicas nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

As demandas vindas do envelhecimento populacional transformaram-se em exigências para todas as especialidades – até mesmo para os pediatras. Interagir saberes e desenvolver competências para trabalhar de modo interdisciplinar são requisitos mínimos para que os trabalhos produzidos pelas diversas profissões ofereçam respostas eficazes para uma vida digna para os idosos neste futuro próximo.

O Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social, ocorrido nos dias 21 e 22 de novembro de 2008 e previsto no planejamento estratégico do Conselho Federal de Psicologia, foi aberto à participação dos diversos profissionais interessados no tema do envelhecimento e teve como objetivos: 1) trazer para o interior da Psicologia um debate amplo e transversal, abordando a subjetividade da pessoa idosa; 2) identificar psicólogos e psicólogas que atuem profissionalmente com pessoas idosas; 3) reafirmar a Psicologia do Compromisso Social, colocando-a acessível aos idosos e a seus familiares.

O seminário trouxe ilustres participações, como a do ministro Paulo Vannuchi, da Secretaria Especial de Direitos Humanos; a do presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, José Luiz Telles, que representou também o Ministério da Saúde; Valéria Gonelli, do Ministério do Desenvolvimento Social, além dos pesquisadores Vicente Faleiros, Anita Neri, Beltrina Côrte, Maria Elizabeth Mori, Helena Brandão e Mônica Yassuda e os incansáveis atuantes Hilma Tôrres, Andrea Lopes, Caroline Buaes, Juraci Souto, Laura Mello Machado, Regina Celia e Sérgio Leme.

Pelo Conselho Federal de Psicologia, destacamos a participação das conselheiras Christina B. Veras e Acácia Angeli Santos, responsáveis pelo tema envelhecimento e pela realização deste seminário, além da conselheira Clara Goldman, que representou a Diretoria durante a abertura dos trabalhos.

Os trabalhos inscritos trouxeram questões diversas, que enriqueceram o evento. Destacaram-se os temas memória e inclusão digital, além de projetos e planos de aposentadoria.

Como produto do evento, tivemos a construção de uma rede de contatos para fortalecer as articulações voltadas em áreas como as políticas públicas e a fiscalização das Instituições de Longa Permanência para Idosos, por exemplo. A organização do seminário propôs a redação da Carta de Brasília, que, no momento da publicação deste livro, está em debate e, quando finalizada, estará disponível na página do Conselho Federal de Psicologia na internet (www.pol.org.br).

A Psicologia brasileira incluiu também esse tema em suas metas, após constatar o recorrente uso das palavras "idosos" e "envelhecimento" na mídia, nos discursos, nas agendas e em inúmeras listas de prioridades. As demandas decorrentes dessa transição demográfica não apresentam efetivos resultados – os instrumentos legais não conseguem ser de fato implementados, as políticas são desenvolvidas de forma tímida e as soluções lentas e insuficientes para o tamanho e a complexidade de questões graves como desigualdade, analfabetismo, exclusão e baixa autoestima.

Reconhecemos, durante este Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade, que as questões aqui colocadas nos dizem respeito e que aguardam tratamento, soluções e respostas.

Assim, o Conselho Federal de Psicologia reconhece que este é um momento importante para, junto com importantes parceiros, como o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), fortalecer esta luta pela erradicação do desespero e pela promoção do bem-estar, do acolhimento, da segurança e pelo protagonismo social das pessoas idosas.

Agradecemos a todos os que colaboraram para viabilizar a realização do seminário. Esta publicação oportuna – resultado do seminário – possibilitará o acesso às informações a todos que não puderam comparecer, para que possam se apropriar do conteúdo dos temas apresentados.

XIV Plenário do Conselho Federal de Psicologia

Sumário

Abertura	15
Clara Goldman	17
Valéria Maria de Massarani Gonelli	25
José Luiz Telles	29
Maria Christina Barbosa Veras	33
Paulo Vannuchi	35

Mesa I

O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas.....	51
Beltrina Côrte	53
Laura Mello Machado	63
Maria Elizabeth Mori	79
Vicente Faleiros	91

Mesa II

Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção	101
Anita Liberalesso Neri	103
Helena Brandão Viana	111
Mônica Sanches Yassuda	119

Mesa III

Compartilhando experiências	131
Andrea Lopes	133
Caroline Stumpf Buaes	143
Hilma Tereza Tôrres Khoury	163
Juraci Moreira Souto	175
Regina Celia Gorodscy	181
Sérgio Leme da Silva	185

**Envelhecimento e Subjetividade:
desafios para uma cultura de
compromisso social**

Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social

Abertura

Clara Goldman¹

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) sente-se honrado com a presença de todos e de todas e, mais uma vez, ao lado de psicólogos e psicólogas deste país, acolhe o desafio de prosseguir na luta por uma psicologia atenta e debruçada sobre as urgências da sociedade brasileira.

Reiteramos também o propósito de defesa radical e intransigente dos direitos humanos, na constituição de sujeitos autônomos, no acesso ao trabalho, à terra, ao teto, aos bens produtivos, à saúde, à educação e, sobretudo, na defesa do direito a viver em democracia.

Neste ano em que comemoramos 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, 20 anos da Constituição Cidadã – e, para nós, psicólogos e psicólogas – 10 anos da Comissão de Direitos Humanos no Conselho Federal de Psicologia, celebrar é reafirmar o compromisso com os direitos fundamentais do ser humano, na dignidade e no valor da pessoa, na igualdade entre homens e mulheres, na busca das condições sob as quais a paz, a justiça e o respeito possam ser mantidos, independentemente de qualquer situação, na responsabilidade de todos, principalmente do Estado, de promover o progresso econômico e social, bem como as adequadas condições de vida.

Ao longo dos últimos 15 anos, avançamos no reposicionamento de um modelo de psicologia que vem se distanciando das práticas tradicionalmente elitizadas e passa a responder às necessidades do nosso povo. Esse novo modelo, expresso na psicologia do compromisso

1. Conselheira secretária do Conselho Federal de Psicologia.

social, possibilitou o desenvolvimento de áreas pouco instituídas, a presença mais efetiva nas políticas públicas e um reconhecimento social ampliado. Fez que assumíssemos como nossa, ao lado de tantos outros companheiros, a missão de protagonizar e partilhar a garantia da qualidade e a pertinência dessas políticas.

A esse novo modelo da psicologia fica, portanto, definitivamente associada a necessidade de empreender novas formulações e construções, sustentáveis politicamente, que se traduzem em referências concretas para uma atuação e uma prática qualificadas. Hoje, nos debruçamos sobre a temática do envelhecimento com olhares em várias direções. A necessidade de efetivar políticas que protejam e assegurem os direitos da pessoa idosa, de dar visibilidade e ouvir a voz de cerca de 17 milhões de brasileiros e brasileiras que estão acima de 60 anos e já se constituem 10% da nossa população. De lidar com a questão de forma articulada com os demais saberes, de fortalecer os laços sociais em torno da pessoa idosa que se encontra, muitas vezes, em situação de abandono, de negligência e de violência.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos se preocupou com os direitos humanos dos idosos, ao estabelecer em seu art. 25 que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

A Declaração Universal deu expressão concreta aos direitos humanos e serviu de base à ação internacional de salvaguarda dos Direitos Humanos. Com o passar do tempo, seu caráter proclamatório inicial adquire caráter de expressão de direitos universais, servindo de base a Constituições – como é o caso da brasileira, que incorpora todos os direitos humanos, e outros que venham a surgir – e também a leis nacionais – e merecendo referências na jurisprudência dos tribunais e nos programas de governo,

como é o caso de inúmeros julgados de nossas cortes e do Programa Nacional de Direitos Humanos.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos tem o mérito de colocar em caráter definitivo o tema dos direitos humanos no rol dos grandes temas nacionais e de dar início ao desenvolvimento do chamado direito dos direitos humanos.

O Estatuto do Idoso, em perfeita harmonia com os princípios da declaração, estabeleceu linhas de ação para a política de atendimento à pessoa idosa, assinalando, no art. 8º, que "o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social" e, no art. 9º, afirmando que:

É obrigação de o Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam seu envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

Nesse sentido, a inserção da psicologia nas políticas públicas para a pessoa idosa é um grande desafio que se coloca neste momento, pois o tema do envelhecimento da população brasileira não pode ser deixado para segundo plano. Os instrumentos legais precisam ser efetivamente implementados, as políticas não podem ser desenvolvidas de forma tímida e as soluções precisam ser rápidas e suficientes para o tamanho e a complexidade das questões relativas ao envelhecimento populacional acelerado, desigual e, quase sempre, estigmatizado.

Nesse sentido, o envelhecimento demográfico e o aumento da longevidade no Brasil carecem da atenção dos profissionais da psicologia, uma vez que as pessoas e as autoridades nutrem importantes expectativas de compromisso com a qualidade de vida e com o cuidado da vida. Diante disso, a questão da pessoa idosa tem sido apontada como um dos temas prioritários pelo Sistema Conselhos de Psicologia, que compreende os 17 Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Psicologia.

Entre as deliberações do 6º Congresso Nacional de Psicologia, realizado em 2007, quando foram definidas diretrizes para o Sistema Conselhos

com relação à questão do envelhecimento no Brasil, está a construção de referências para o psicólogo no atendimento ao idoso, na perspectiva de uma política de inclusão social e de atenção integral à saúde do idoso.

Além disso, o congresso propôs realizar debates e ações sobre o Estatuto de Idoso, bem como sobre a atuação do psicólogo nas políticas públicas para esse segmento, apoiando a implementação de políticas que respeitem o Estatuto do Idoso. E propôs fomentar a criação de grupos de trabalho sobre idosos, sobre o estatuto, sobre políticas públicas e assistências aos cuidadores.

Entre as diversas ações que estão sendo desenvolvidas pelo Sistema Conselho, destacam-se:

- a realização do prêmio monográfico *Brasil, Nação que envelhece: o lugar do idoso na sociedade, os desafios para a psicologia*, promovido pelo CFP em 2007;
- a inspeção nacional nas instituições de longa permanência para idosos, organizada pela Comissão dos Direitos Humanos no CFP em parceria com a OAB, tendo sido visitadas 23 instituições, públicas e privadas, em 12 unidades da federação. Como fruto dessas vistorias foi publicado um relatório que aponta os problemas encontrados nessas instituições;
- apresentações de mesas no 2º Congresso da União Latino-Americana de Psicologia e no 2º Congresso Ibero-Americano de Psicogerontologia, com a exposição do tema do envelhecimento;
- a participação no Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, inicialmente como observador, mas agora como membro titular do Conselho Nacional, eleito para o mandato de 2008 a 2010. A conselheira do CFP Christina Veras é nossa representante e está aqui presente.

Temos aqui, portanto, uma exigência, em termos de reflexão e compromisso, que agora se fortalece nas entidades da psicologia brasileira, ao proporcionar neste evento reflexão ampla e transversal sobre essa problemática, abordando temas como políticas públicas,

Estatuto do Idoso, experiências de projetos com idosos, subjetividades e, assim, constituir este espaço de diálogo e debate sobre os desafios da psicologia diante da questão do envelhecimento.

Podemos perceber que todos querem viver mais, mas ninguém quer ser velho. Entretanto, nem sempre isso tem um significado positivo, afinal, conseguir viver mais não é sinônimo de viver melhor. A vivência primeira da velhice se dá no corpo, o corpo por si só não se revela como atributo da velhice, mas uma vez que ela, como estigma, se instala no corpo e passa a inquietar o idoso, onde se expressa o sentimento de um corpo imperfeito, em declínio, enfraquecido, enrugado, extrapola a visão do corpo, ampliando para a personalidade, o papel social, econômico e cultural do idoso.

Há, no estabelecimento dessa correlação, uma imediatidade de características que são do corpo e vão para outras esferas, psíquica, social, política e econômica da vida. O envelhecimento evidencia uma concepção de subjetividade fundamentada na identidade individual, social, psíquica e de gênero, apresenta-se como dinâmica ou como histórica, apoiando seu dinamismo e retirando sua marca, seu símbolo, de uma história passada, nesse momento de trazer o símbolo para o presente. Assim, viver o presente implica repor, reproduzir o passado, entrar no campo da produção que se realiza com o desejo. A noção de subjetividade apoia-se nas ideias de invenção, de produção, de novas situações vividas pelo desempenho, tanto individual quanto grupal dos idosos, de suas decisões cotidianas.

Em 14 de outubro de 2008 foi publicado um novo decreto, que convoca a 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa:

Fica convocada a 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa a se realizar no período de 18 a 20 de março em Brasília, sob os auspícios da Secretaria Especial de Direitos Humanos, da Presidência da República, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento das estratégias de constituição da rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa, identificando os avanços e desafios do processo de implementação das políticas destinadas a realizar os direitos da pessoa idosa.

Entendemos que a realização da conferência, cujo norte é traçar balizamento para as políticas do campo, não faz sentido se o tema não ganhar as ruas, não se incorporar às preocupações da sociedade, ou não gerar múltiplos debates entre muitos parceiros, na direção de promover o envelhecimento bem-sucedido e satisfatório. O CFP e os Conselhos regionais estarão devidamente mobilizados para contribuir com este debate.

O Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade, desafios para uma cultura de compromisso social pretende focar a questão do envelhecimento trazendo aspectos da saúde e da subjetividade e oportunizar o encontro com temas diversificados e com profissionais atuantes na área, que podem referendar o aspecto "envelhecimento" com uma ótica além da espectadora. Pretende, também, chamar a atenção dos profissionais da psicologia, estudantes, acadêmicos, gestores e interessados no tema para a seriedade e a gravidade da inércia que há diante do envelhecer.

Convida ainda à reflexão sobre como podemos ser melhores com o passar do tempo, envoltos em políticas públicas efetivas e bem implementadas, que possam garantir bem-estar, segurança e qualidade de vida.

Por fim, à Secretaria Especial dos Direitos Humanos, representada na pessoa do excelentíssimo senhor ministro Paulo Vannuchi, manifestamos nosso agradecimento pelo apoio e pelo empenho na viabilização das condições necessárias para a participação da professora Tereza Orosa, da Universidade de Havana, Cuba, que, infelizmente, em virtude de embaraços diplomáticos, não pôde chegar a tempo. Principalmente, o nosso reconhecimento pelo trabalho realizado em prol da população idosa, especialmente da atenção às situações de violência e de maus-tratos praticados contra elas e pela condução democrática à frente da secretaria, particularmente pela postura ética e coerente na luta pela efetivação dos direitos humanos no Brasil.

Aos amigos e companheiros da Diretoria do CFP e da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), especialmente aos integrantes do Grupo de Trabalho (GT) sobre o Envelhecimento, coordenado pelas nossas conselheiras Christina Veras e Acácia Santos; a Ana Luiza de Souza Castro, coordenadora da Comissão Nacional de Direitos Humanos –

CFP; Roberta Azzi, presidente da Abep; Daniela Lopes, diretora da Abep; Anita Neri, Ruth Lopes, Isolda Günther, Fernanda Vanderley Andrade e Delia Goldfarb.

Recentemente, em 17 de outubro de 2008, promoveram o debate *on line* preparatório para o seminário nacional que, com participação de universidades de todo o país, debateu as políticas públicas para os idosos, o Estatuto do Idoso, o fenômeno do envelhecimento e os desafios para a formação. A todos os funcionários do CFP agradecemos o empenho e a dedicação na organização do evento. Ao GT agradecemos o empenho, o carinho e a competência com que tem cuidado do tema. Aos participantes deste seminário que sejam bem-vindos e bom trabalho a todos e a todas nestes dois dias de intensos debates, agradecendo igualmente a todos os palestrantes. Debates esses que desejamos possam ser desafiadores, instigantes e propulsores de construções humanizadoras.

Valéria Maria de Massarani Gonelli²

Gostaria de parabenizar a iniciativa do Conselho Federal de Psicologia por realizar este debate, de estar preocupado também com esse cenário positivo. Acho que também nós temos de pensar isso como uma boa notícia. Apesar do entender o envelhecimento como um problema, pensar como uma possibilidade importante para o nosso país esse aumento, a cada década, da capacidade da meta de vida.

Acho que isso nós precisamos também pensar do ponto de vista dessa potencialidade e, olhar os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que saíram em setembro de 2007: esse é o cenário que mais se projeta para as políticas públicas, é o desafio colocado.

Um olhar mais detalhado na PNAD de 2007 demonstra de fato a direção da preocupação imediata das políticas públicas brasileiras, que vêm contribuindo de forma bastante positiva na perspectiva de contribuir para um envelhecimento mais saudável. Podemos pegar, nos últimos dados do próprio IBGE e da própria PNAD, o sentido do aumento da renda da população idosa, do aumento de certa qualidade de vida para as populações mais pobres no nosso país, com estratégia principalmente desenvolvida na combinação de ampliação de benefícios e de renda para a população – muito potencializada pelo benefício de prestação continuada, pelo programa Bolsa Família –, que nós temos essa condição de contribuição nessa capacidade de ampliação de renda.

Em que pesem essas reduções de desemprego, em que pesem os esforços todos empenhados por todas as políticas desenvolvidas nos últimos tempos pelo governo brasileiro, em parceria com os governos estaduais e com os governos municipais, nós ainda temos grandes desafios, principalmente em relação à população idosa no país.

Convivemos com problemas bastante complexos, principalmente que diz respeito à lógica do protagonismo de vencer preconceitos, à lógica

2. Diretora do Departamento de Proteção Especial e titular do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso da Secretaria Nacional de Assistência Social.

de potencializar essa população para o envelhecimento saudável e para ser, de fato, não um problema, mas uma grande potência, no sentido de contribuição com sua experiência de vida, com sua história, com sua maturidade. Acho que esses são grandes enfrentamentos.

Temos problemas no campo da política de assistência social, em que nós temos dois grandes focos. Trabalhamos com duas grandes unidades de referência espalhadas por todo o país, o centro de referência de assistência social e o centro de referência também especializado, onde buscamos contribuir na perspectiva de construção desse protagonismo, do ponto de vista mais preventivo e também numa perspectiva de encarar um fenômeno atual fortemente presente, que é o da violência contra as pessoas idosas.

Temos trabalhado, tentado contribuir para a potencialização dos centros de referência especializados de assistência social para que esses centros possibilitem a atenção às pessoas idosas que estão passando por situação de violência, dentro de casa ou na rua; e situações também de constrangimentos, de preconceitos, de violações de direitos.

Nessa perspectiva, queremos agradecer e parabenizar, na fala da professora Clara, esse esforço da psicologia, dos Conselhos, na perspectiva de popularizar mais a psicologia. É um esforço também aberto pela política pública.

Costumo dizer que a política de assistência social tem contribuído nessa direção, ao colocar nas nossas normas o profissional de psicologia como fundamental para o desenvolvimento dessa política, juntamente com o profissional do serviço social – uma exigência que temos feito é que, em cada Centro de Referência de Assistência Social (Cras) do Brasil e em cada Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) do Brasil, tenha, pelo menos, um profissional de psicologia e, pelo menos, um profissional do serviço social na construção dessa política. Nós temos contribuído, embora ainda com graves problemas na efetivação desse profissional, pelos problemas trabalhistas que enfrentamos, com uma série de questões.

Estou vendo as pessoas balançarem a cabeça. São sérios problemas: é uma política recente, ainda estamos disputando um pedaço efetivo

de recursos, para que essa política pública se efetive e, de fato, sabemos que a efetivação de qualquer política pública se dá por meio de seus trabalhadores, da efetivação de seus trabalhadores. O maior exemplo que nós temos disso é um Sistema Único de Saúde implantado aqui no país e, nesse sentido, também contamos muito com o conjunto CFP, CRPs do Brasil, no sentido de trabalhar essas proposições, da efetivação da política pública da assistência social.

Não sei se vocês já se debruçaram também no PL 3077, que está tramitando no Congresso e que, de fato, constrói essas alterações na Lei Orgânica da Assistência Social para que essa política tenha financiamento mais concreto, mais efetivo e eficiente. Também quero parabenizar e agradecer todas as contribuições e o fato de sempre poder contar com o CFP, com os Conselhos Regionais e com essa categoria de profissionais para a efetivação de toda essa rede de proteção social pública que vem sendo implantada no país, sob a direção do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Como gostaria também de agradecer o convite que foi feito ao ministro, que está aqui, trazendo o abraço do ministro Patrus Ananias, que me incumbiu de vir aqui para fazer essa saudação na abertura do evento.

José Luiz Telles³

Este é um ano especial, é um ano que nós comemoramos 60 anos de Declaração de Direitos Humanos, em um mundo extremamente conturbado, mas também em um mundo em que se tem buscado muito a organização social na luta pela garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana.

Neste ano também no Brasil nós comemoramos 20 anos de Constituição Cidadã. Essa Constituição, pela primeira vez, coloca a saúde como direito de todos os cidadãos e cidadãs brasileiros. São 20 anos de Sistema Único de Saúde. Eu gostaria de destacar pelo menos dois avanços que me parecem extremamente significativos no processo de produção da vida em sociedade e dos processos dinâmicos de saúde e doença.

O primeiro é o modelo, que nós estamos transformando de um modelo voltado para a doença para um modelo voltado para a saúde na comunidade para uma estratégia saúde na família. É, sem dúvida nenhuma, uma das principais ações que o Ministério da Saúde, junto com as secretarias estaduais e municipais, vem implementando, desde 1994, e na área específica da atenção à população idosa. Isso tem um significado especial.

Hoje nós temos cerca de 13 milhões de pessoas idosas cadastradas nessa estratégia, significa dizer que pelo menos uma vez por mês recebem a visita de um agente comunitário de saúde. Nós assumimos a qualificação dessa rede de atenção básica na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa como uma prioridade do ministério e assim foi em 2006, quando se assinou o pacto pela vida.

Ao mesmo tempo, em 2008, na comemoração dos 20 anos do SUS, o ministro José Gomes Temporão assinou uma portaria dos núcleos de apoio à saúde da família. Esses núcleos abrem perspectivas de incorporação de outras categorias profissionais, inclusive a categoria da psicologia. Esses núcleos reforçam o trabalho que hoje se faz na ponta,

3. Presidente do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e representante do Ministério da Saúde.

da equipe da saúde da família, e fortalecem ainda mais esse modelo que nós estamos deslocando, de uma assistência hospitalar para uma assistência comunitária, uma atenção comunitária.

O segundo destaque, um avanço significativo e que tem a ver com tudo que nós conseguimos colocar dentro dessa Constituição que é colocada como Constituição Cidadã e que tem a ver com esta comemoração dos 60 anos da Declaração dos Direitos Humanos, é a participação popular, o controle social instituído no Sistema Único de Saúde por meio dos Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Conselho Nacional de Saúde. Essa é uma questão-chave nesse processo de cidadania, de construção de cidadania neste país. A participação das pessoas no processo de produção de políticas públicas, no controle da execução dessas políticas públicas e o acompanhamento constante e sistemático, fazendo que todas as pessoas nas suas comunidades possam interagir com seus governantes e propor novos rumos, novas perspectivas.

E é nessa perspectiva que, agora, assumindo essa dupla militância de profissional do Ministério da Saúde, na presidência do Conselho Nacional de Direitos do Idoso, queremos trazer a marca do trabalho do Conselho. Se tem uma palavra que deveremos colocar, e já foi posta aqui por algumas das pessoas da mesa, é o protagonismo: o familiar, o protagonismo comunitário, o protagonismo político, das pessoas idosas, da nossa população idosa. E aí o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso tem um papel importante, fundamental, de fortalecer as instâncias estaduais, fomentar que os Conselhos Estaduais de Direitos avancem nos municípios, formando Conselhos Municipais. Que esses conselhos interajam com outros conselhos, com Conselhos de Saúde, com as pessoas com deficiência, com o Conselho Nacional de Assistência Social. Nós fortalecemos cada vez mais o movimento social nessa direção de participação das políticas públicas, e para quê? No caso da velhice, no caso da população idosa, tem uma palavra chave: emancipação. E, mancipação das amarras do preconceito, emancipação das amarras das iniquidades sociais, fazer que esse protagonismo efetivamente se configure numa nova construção de relações sociais mais solidárias e mais justas.

Portanto, boas-vindas a todos, que este seminário sobre subjetividade avance nessa perspectiva de construção de outro olhar sobre a velhice, para empoderar cada vez mais essa população que ainda é subjugada por um preconceito difuso por toda a nossa sociedade.

Maria Christina Barbosa Veras⁴

Tenho muita satisfação de estar aqui, falando em nome do Grupo de Trabalho constituído pelo Conselho Federal de Psicologia. A realização deste primeiro Seminário Nacional sobre Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social teve seu primeiro rascunho esboçado na gestão do XIII Plenário. Minhas palavras aqui serão breves, porque compõem um curto discurso de boas-vindas e a contextualização das nossas ações.

O acelerado envelhecimento brasileiro e as demandas decorrentes da longevidade populacional produziram exigências para todas as especialidades profissionais e, nesse contexto, um trabalho permanente foi realizado durante o ano de 2007 com a temática do envelhecimento.

Brasil, uma Nação que Envelhece – O Lugar do Idoso na Sociedade e os Desafios para a Psicologia – foi o título escolhido para o Prêmio Monográfico CFP-2007. Nessa ocasião, foi constituído um Grupo de Trabalho por colegas psicólogas da academia e do campo prático de diversas instituições, que nos apoiariam no tratamento das questões relativas às pessoas idosas e às possibilidades de intervenção da Psicologia nessa complexa etapa do desenvolvimento humano, que merece ser apreendida em suas tendências e múltiplas dimensões.

Em setembro, 24 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), distribuídas em 11 estados da federação, foram inspecionadas pelo CFP em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com o objetivo de avaliar, por amostragem, as condições concretas a que estão submetidos os nossos idosos.

Nos últimos três meses de 2007, com o título Envelhecimento, Dimensão Subjetiva e Exclusão, o Conselho Federal de Psicologia levou o debate a outros países da América Latina – primeiro à Havana (Cuba), por ocasião do Congresso da ULAPSI e, depois, a Montevideu, no Uruguai, no Congresso

4. Conselheira do XIV Plenário do Conselho Federal de Psicologia, é psicóloga especialista em Psicologia Clínica e Psicologia Hospitalar, pós-graduada em Administração dos Serviços de Saúde. Na área de ensino, acumulou experiência docente em faculdades de Psicologia de Pernambuco. Atuou como coordenadora municipal de Saúde Mental nos municípios de Camaragibe e de Brejo da Madre de Deus (em Pernambuco). Representa o CFP no Conselho Nacional de Direitos do Idoso (CNDI), e coordena o Grupo de Trabalho do CFP sobre Envelhecimento.

Iberoamericano de Psicogerontologia. Nossa proposição nestes dois debates teve a adesão de outros cinco países: Cuba, Chile, Bolívia, Uruguai e México.

Em 2008, com o apoio do Grupo de Trabalho, da Comissão Nacional de Direitos Humanos e da ABEP evoluímos no debate sobre o tema, realizamos em outubro um debate online, acessível a outros países da América do Sul, conquistamos novos parceiros e, por meio de eleição, um assento efetivo no Conselho Nacional de Direitos da Pessoa Idosa (CNDI).

O CNDI é um importante espaço legítimo para as intervenções da Psicologia por melhores condições do envelhecimento no Brasil – condições estas que envolvem questões polêmicas como seguridade, proteção em relação a maus-tratos, garantia de direitos básicos como alimentação, saúde, trabalho, transporte, habitação e modos de moradia (inclusive ILPIs).

Nesse sentido, é importante registrar a nossa surpresa com a descoberta de tantas produções, tantos trabalhos que puderam estar aqui. Todos vocês poderão constatar isso com a participação durante o seminário.

Finalizando, registro aqui a participação incansável da companheira Acácia Santos, seguida de Roberta Azzi que, juntamente com Daniela Lopes representam a ABEP no GT, também Ruth Lopes, Anita Neri, Delia Goldfarb, que não pôde estar aqui hoje, Fernanda Andrade e Isolda Günther. Com a formação do GT e o debate online que ocorreu agora em outubro, demos início a um importante diálogo com pesquisadores, profissionais da área e gestores públicos.

Quero sublinhar também aqui o compromisso ético e a vontade política do XIV Plenário que, desde o início da gestão, marcou no planejamento estratégico a opção de dar visibilidade às questões da subjetividade da pessoa idosa.

Quero agradecer, em nome desse grupo, o apoio expressivo também da Secretaria Especial de Direitos Humanos, por meio do companheiro Perly Cipriano, que acompanhou o nosso percurso até o Conselho Nacional do Direito do Idoso – uma representação que nos compromete ainda mais com as deliberações do Congresso Nacional da Psicologia e com o compromisso do Sistema Conselhos como um todo, em nível nacional, com a temática do envelhecimento.

Agradeço a todos e desejo, em nome do Grupo de Trabalho, que a gente produza bons resultados.

Paulo Vannuchi⁵

É sempre uma alegria, Christina e Clara, estar presente nos eventos do CFP, dos Conselhos Regionais, que constituem uma das poucas, pouquíssimas redes que nós temos no Brasil inteiro, sentinelas em defesa dos direitos humanos. Sempre que nos deparamos com esses casos de violação, e eles acontecem cotidianamente, temos de nos dirigir a alguma autoridade dos poderes públicos, mas muitas vezes é indispensável ter uma presença fora do juiz, fora do promotor, do delegado, do prefeito e realmente é muito importante contar com essa militância das psicólogas, dos psicólogos, articulados nacionalmente e sempre dispostos a agir, a cobrar e a denunciar.

Alegria também de estar aqui com a Valéria, companheira de tantas jornadas e com o Telles. Nós somos aqui três ministérios, mas ele tem agora um status duplo, ambivalente, porque também no Conselho dos Direitos do Idoso, que ele preside, evidentemente passa a ter uma autonomia também de sociedade civil, o que não é mau, porque um governo democrático tem de ser composto de quadros que busquem pensar o máximo possível em sintonia com o que pensa a sociedade civil, embora cuidando de não confundir os papéis, porque infeliz o país em que a sociedade civil e o Estado pensam igualzinho. Desaparece um dos grandes dinamismos democráticos, que é o da cobrança, da exigência, da pressão e o ciclo de alternância, tão desejável, saudável na democracia, que faz determinada força política, por decisão do soberano voto popular, voltar à sociedade civil. E quando esse soberano voto popular decidir de novo voltar, que tenha o cuidado de construir políticas e de respeitar políticas anteriores. E construir pensando em amplitude sempre, na capacidade de sobreviver a essa saudável alternância de partidos no poder.

No meio do ano que vem nós já vamos estar em processo sucessório mais uma vez, a lei agora não possibilita a reeleição do presidente Lula, o processo é inteiramente aberto, daí a importância de tudo que planejarmos, já planejarmos com essa perspectiva de longo prazo e não

5. Ministro da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República.

mais dentro do estrito período de um governo, de dois mandatos que sejam. Então eu queria dizer que a minha presença aqui também vem muito carregada de alegria, de prazer, porque tenho pessoalmente muito interesse por estar nesses temas novos. E é um contrassenso falar em tema novo do envelhecimento.

Evidentemente que nós temos já décadas de avanços e temos séculos, milênios de reflexões sobre isso, mas novo no sentido de que ele é um tema emergente. Falei com a imprensa há pouco. As perguntas geralmente são assim: "Olha, como que nós vamos fazer com o envelhecimento?" E já vem carregada de uma nuvem escura.

Não. Que bom, notícia boa: o mundo está envelhecendo, o Brasil está envelhecendo, isso reflete avanços da ciência da saúde, da qualidade de vida, da sociedade que foi construindo isso. Isso nos permite viver mais 10 anos, 20 e participar mais, e produzir mais em todos os sentidos. Os dois temas deste seminário, envelhecimento e subjetividade, são temas em que, de fato, qualquer pessoa aqui presente, domina melhor que eu os dados, os conceitos.

O pouco que eu sei vem, primeiro, do fato de eu já estar chegando muito perto da faixa de 60 anos e, aliás, noto que os passos vão ficando cada vez mais rápidos nessa direção, ao contrário da lógica geral de que os passos vão ficando um pouco mais morosos. Todo mundo sabe quando lembra, como que o intervalo entre um Natal e o outro antes demorava muito mais do que agora. Demorava uma eternidade e agora não. Já chegou o Natal de novo.

Eu sei um pouco o que eu aprendi com a minha querida amiga Raquel Vieira da Cunha, lá no final dos anos 70, em São Paulo, no Sedes Sapientiae, onde eu trabalhava e ela também, e com seu forte sotaque austríaco-alemão, além do pouco que ela e o grupo dela me ensinaram de gerontologia, também partilhávamos as nossas conversas conspirativas contra a ditadura militar, pois ela era uma pessoa muito engajada nesse empenho da reconstrução democrática.

Um pouco do meu estudo na Ciência Política de Bobbio, que me fez ler os seus dois livros dos 90 anos, repetindo Cícero e dialogando com o que era velhice no tempo de Cícero e o que é para ele este momento.

Alguns grandes amigos que eu tenho hoje na faixa dos 90 anos, o mais querido deles é Antônio Cândido, com quem gosto de conversar e consigo conversar, às vezes algumas horas, sobre a velhice.

E sobre subjetividade todos nós temos muito interesse, território em que a psicologia, os psicólogos, as psicólogas têm um imenso território, total. Me é caro o tema geral da subjetividade, por ser um militante que vem de uma formação marxista e que em Boaventura de Sousa Santos e em outros encontra o reconhecimento, do final do século XX, de que uma das grandes lacunas desse pensamento socialista está na ausência de teorias da subjetividade.

Nosso colega Fernando Haddad, num dos seus livros também diz isso, provavelmente resultante dele com nossa amiga comum Maria Rita Khel, mas ele propõe que o marxismo, no final do século XX, que é o período do livro, soubesse incorporar o aprendizado da psicanálise, da subjetividade como um todo. A percepção como autoridade de governo que sou hoje, que estou hoje, é de que as políticas públicas concebidas sem incorporar a sensibilidade que emana da subjetividade tendem a ser políticas públicas tolas, positivistas, engessadas, com alta chance de fracasso. Então eu queria que essa minha participação aqui fosse um pouco de diálogo sobre esse trabalho. Que as entidades aqui representadas, presentes, gerontologia, geriatria, o GT, o trabalho do CFP, tudo isso, neste tema do seminário e nos que virão como desdobramento, nos articulássemos para uma aproximação sempre maior.

Além dos três ministérios aqui presentes, evidentemente nós temos de trazer mais alguns, com certeza Previdência. Não deixemos a Previdência virar o território da anteposição com o cálculo numérico, atuarial. E, assim como estaremos abertos, com seriedade, com dignidade para abrir a discussão, também, de que o corte 60 anos ou 65 não precisa ser eterno. Se ele foi concebido num período, início do século XX, em que a expectativa de vida no Brasil era de 38 anos, e nós já dobramos isso, não há por que nos agarrarmos a uma ideia de que a idade, o momento, o tempo é sempre isso.

E eu gosto de brincar, alguns já ouviram essa minha piada e não vão achar graça ou alguns não vão gostar dela, porque eventualmente

podem achar politicamente incorreta, mas, nesta mudança que o avanço da qualidade de vida leva ao planeta e ao Brasil, é bom lembrar que a mulher de 30 de Balzac era a mulher vivida, que já tinha casado, amado, tido filhos e começava a ter um olhar sobre a vida juntando o desejo, a afirmação e o desencanto. Então, naquele período, a mulher da terceira idade é a mulher de 30. Se eu, com os meus 58, fizer um gracejo com uma mulher de 30, hoje, posso ser acusado de pedofilia, porque de fato o que existe é um dinamismo da humanidade que leva a uma situação em que vamos sentar aqui num seminário como este, com os colegas da Previdência e dizer: "Olha, a vida não se resume a um cálculo atuarial, que nós estamos dispostos a fazer, também".

Os temas envelhecimento envolvem mais direito ao trabalho e fiquem tranquilos em relação à Previdência, porque mais direito ao trabalho também pode assegurar mais recolhimento de contribuição. Há mecanismos na participação para equacionar essas dificuldades. Não pode haver bloqueios sectários de lado nenhum.

O Itamaraty precisa estar presente, depois vou explicar por que. Mulher, todo o recorte. E vários outros. Certamente, no Desenvolvimento Agrário, há programas de cidadania que têm o recorte temático, racial, etário, políticas de juventude, políticas de envelhecimento. E na caminhada hoje de manhã cedo aqui, disciplinadamente acordei às 6h30 para dar uma relida no material, no *briefing* que a Socorro me preparou; reler um pouco a Declaração de Brasília, o Plano de Madrid.

Todos aqui sabem que a caminhada é internacional e que é importante levar em conta, neste momento, quando formos pensar em passos adiante, o empoderamento do tema, de um Seminário da Subjetividade. Temos de partir para um seminário sobre qual tema, sobre que tipo de cursos, que tipo de debates promover nos estados para assegurar o que a Clara chamou de ganhar as ruas? Então eu queria lembrar rapidamente de um primeiro, remoto pronunciamento da ONU em 1971. A primeira Conferência Internacional sobre envelhecimento foi em Viena, 1982. Para quem é dos direitos humanos, com militância, Viena sediou dois eventos muito importantes, porque 11 anos depois da primeira Conferência do Envelhecimento, aconteceu lá mesmo a

primeira Conferência Mundial dos Direitos Humanos, que balizou a temática de avanços dos últimos 15 anos.

Celebramos 60 anos, conseguimos, estou feliz, porque em 2008 vejo o debate na imprensa. O conjunto de seminários, de discussões, de cursos sobre Direitos Humanos realmente aproveitou o aniversário redondo e duplicou, triplicou. Eu tenho isso com indicadores muito concretos, com meu *clipping* de imprensa diário, que já tem 3 anos, e quem tem lá, em vermelho, "Direitos Humanos". E eu comparo a média da imprensa hoje com o que era há 3 anos. Nós realmente demos um salto que não podemos deixar perder agora, com o fim do ciclo de celebrações do 60º aniversário. Viena firmou na sua declaração – que teve uma participação brasileira muito importante, o redator foi o embaixador Gilberto Saboya, também meu antecessor no cargo, no período Fernando Henrique – as ideias da indivisibilidade, da universalidade e da interdependência.

De 1948 em diante as Nações Unidas construíram instrumentos – o nome genérico para convenções, declarações, protocolos – e dois grandes pactos despontam na leitura desses instrumentos, ambos de 1966: o Pacto dos Direitos Cívicos e Políticos e o Pacto dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Os estudiosos gostam de chamar Primeira Geração e Segunda Geração. Grosso modo, a Declaração Universal de 1948, sinteticamente, no art. 1º, conseguiu formular – com a ajuda também de outro brasileiro, Austregésilo de Ataíde, que lá estava –, repete as ideias de liberdade, igualdade e fraternidade dos revolucionários franceses de 1789.

A ideia de fraternidade, podemos atualizar para o conceito de solidariedade, porque dispensa a metáfora do laço de sangue, nós não precisamos ser da mesma família, apenas a capacidade de sentir como acontecendo em nós mesmos qualquer preconceito, discriminação, violência, opressão que se abata sob qualquer ser humano do planeta.

Então, nesse tripé que foi incorporado nas duas linhas e meia do art. 1º da Declaração de 1948, os direitos de liberdade geram um pacto em 1966. Os direitos de igualdade, outro pacto, no mesmo ano, cada um aí com 20, 30 páginas. Ao contrário da declaração, em que a adesão dos países não obriga compromissos, os pactos obrigam quem é signatário, e a adesão é voluntária. Os países aderem se quiser, se obrigam a um procedimento

permanente de relatórios quinquenais, geralmente longos – 30, 50 páginas –, prestando contas sobre o cumprimento de cada um deles.

No Pacto dos Direitos Civis e Políticos nós teremos os temas do direito de pensamento, de liberdade religiosa, de participação popular, de voto. Nós não tínhamos, de 20 anos para cá temos, a condenação da tortura e do trabalho escravo. São relatórios em que o Brasil tem um reconhecimento, crescimento na ONU, na OEA, nos fóruns internacionais, por ser dos poucos países que lá dizemos *no deny*, país que não nega. O relatório que apresentamos em Genebra, em abril deste ano, é o relatório periódico universal, corrigindo a prática de 10, 20 anos em que a guerra fria levou à seletividade, os Estados Unidos só queriam discutir direitos humanos na China. Claro que os países asiáticos, africanos queriam discutir direitos humanos no racismo norte-americano ou Guantánamo e Abu Ghraib agora, então isso gera um impasse, porque direitos humanos não são o território adequado para fazer essa litigância. São o território do diálogo, do reconhecimento de que cada um de nós de alguma maneira está movido por convicção de verdade. E estamos diante então de verdades colidentes e precisamos achar um jeito de lidar com isso que não seja a guerra, porque a guerra ao longo de milênios já demonstrou a sua incapacidade para impor verdades a outros, ao outro.

Para superar a seletividade, o conselho introduziu agora o mecanismo periódico universal e o Brasil apresentou, em abril, o primeiro grupo de 16 países sorteados. Terá de repetir isso agora a cada quatro anos. O relatório foi considerado exemplo e a ONU está propondo que os países leiam o relatório brasileiro antes de escrever o seu. Por quê? Porque a gente recolheu, de cada um dos ministérios, as informações básicas sobre cada uma das áreas e sempre apresentamos o bloco como políticas que temos, os avanços que temos e os desafios ainda não equacionados. Com franqueza, com sinceridade, nós fazemos o nosso discurso lá em 10 minutos e voltamos, sentamos para ouvir aí mais 10, 20, 30 discursos de 10 minutos cada um.

O saudita vai dizer que a Arábia Saudita é movida pelo Alcorão e os direitos humanos e Alcorão são a mesma coisa e, portanto, a Arábia Saudita respeita integralmente e plenamente os direitos humanos. E nós

sabemos que, pelo menos em regiões da Arábia Saudita, a mulher não pode sair sozinha na rua. Em áreas e costumes seculares, milenares, ainda se pratica amputação, excisão clitoriana para impedir o prazer da mulher e eu percebo que aquele saudita tem de ser convencido por algum mecanismo de diálogo, e não alguma determinação à qual ele vai resistir, porque ele considera que aquela posição dele é guiada por Alá, que Maomé formulou.

A busca dos direitos humanos deve ser a busca de um mecanismo de pressão, de exigência, de cobrança que deixe a guerra como último recurso – e isso está no preâmbulo da Declaração de 1948: unicamente para realizar o direito, sagrado, milenar, de rebelião contra a tirania e a opressão. Quando as tiranias e a opressão não são removíveis com toda a insistência, então há, sim, o legítimo direito de defesa e esse direito autoriza o francês, o italiano, a empunharem armas contra o ocupante nazista, por exemplo, na guerra do holocausto que gerou o clima de perplexidade fundador da Declaração de 1948.

Os tratados dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, a Segunda Geração, eles vão caminhando no sentido de construir temas como este, educação, saúde, moradia, participação cultural e depois os instrumentos, o primeiro deles de combate ao racismo, depois mulher, depois criança, criança é uma designação universal até 18 anos, no Brasil nós temos a bipartição criança/adolescente, cortando nos 12 anos.

Depois outras convenções importantes, desaparecimento forçado chega a primeira convenção do século XXI, tem diálogo com o nosso tema, que é a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, porque a sensibilidade é um tema que de cara junta os dois contextos, porque há um problema da pessoa com deficiência física, ônibus, rampa, escada, banheiros, etc., que é um tema também pertinente ao nosso debate.

E nessa caminhada o Brasil vem construindo, há muitos anos, numa perspectiva que deve ser assim, que atravesse governos, que não é um enfoque sectário, nós contra eles. Vamos deixar para nos dividir em temas como política econômica, diplomacia, alinhamento com os Estados Unidos ou independência diplomática, que seja, mas no tema criança e adolescente, no tema direitos do idoso, no tema pessoas com

deficiência, no combate à homofobia, nós precisamos buscar o mais largo campo de consenso, com ajustes que são permitidos pela autoridade do voto popular, que estabelece novos governantes, mas dentro de um compromisso que é de Estado. Estado é muito mais do que governo, e ele é de Nação, que é muito mais do que Estado.

O Estado é um importante aparelho de poder, mas nós aqui conhecemos as teorias atualizando o conceito de poder e Foucault e a biopolítica e a ideia de que o poder também é uma relação micro, que se estabelece dentro das nossas casas. Não é mais o palácio de inverno em Petrogrado, que o dia em que eu assaltar e tomar, o mundo recomeça.

As relações de poder são realimentadas pela televisão e um aparelho de televisão, uma rede, ela pode prevalecer amplamente ao longo de 20 anos de partidos adversários que se revezam no poder. Ela permanece dialogando bem com cada governo e com a sua capacidade de produzir coisas ruins e também coisas boas, porque não temos esta visão apocalíptica de que tudo o que a televisão faz é errado ou é contrário aos direitos humanos.

As novelas da Globo têm introduzido temas da pessoa com deficiência, a menina com Down, a questão do alcoolismo, a questão dos direitos do idoso. Elas têm introduzido temas atrás de temas que ajudam, sim, a fazer um primeiro desbloqueio. Nesse contingente mais amplo das pessoas que não estão na universidade, que não estão em associações como os Conselhos de Psicologia e que se alimentam basicamente daquela informação diária da novela, sempre mexe, sempre ajuda um pouco nessa construção do espírito solidário.

O Programa Nacional dos Direitos Humanos do Brasil insere o tema, mas insere com uma importância muito abaixo do que precisa registrar hoje, e nós estamos em 2008, completando agora o processo da 11ª Primeira Conferência Nacional dos Direitos Humanos, que, desta vez, terá como agenda central atualização, revisão do Plano Nacional de Direitos Humanos, cuja primeira edição foi em 1996 e a segunda em 2002. Grosso modo, a primeira se centrou nos direitos de liberdade, no Pacto dos Direitos Cívicos e Políticos. A segunda edição, nos direitos econômicos, sociais e culturais.

Só que o primeiro exercício de atualização difícil será incorporar, por exemplo, as 48 Conferências Nacionais realizadas de 2003 para cá, num esforço que mobilizou diretamente pelo menos 4 milhões de pessoas. Criança e adolescente é uma série histórica, realizou a 7ª. A Conferência de Direitos Humanos é a 11ª, mas a grande maioria foi primeira, segunda e terceira conferências, como as de saúde e meio ambiente, juventude, igualdade racial, pessoas com deficiência, direitos do idoso.

Direitos do idoso: a primeira foi em 2006, realizamos agora o processo estadual que está pronto, não tivemos condições internas, sobrecarga de mudanças de equipe para processar. E a coincidência de ocorrer nos dias em que estamos realizando no Rio um evento inédito que é a Primeira Conferência Mundial de Combate à Exploração Sexual de Crianças com 3 mil pessoas, 1,5 mil visitantes de outros países, de 130 países, rainha da Suécia, primeiras-damas, 40 ministros de outros países e que está levando a nossa equipe Criança/Adolescente a passar uma semana já sem dormir e sem fim de semana, para fazer esse esforço.

Temos, dia 1º de dezembro, a 2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Temos, de 15 a 18, a 11ª Conferência dos Direitos Humanos, ficamos completamente sem fôlego. E ainda havia a grave possibilidade de o presidente Lula não comparecer na data prevista, e consideramos que nesse sentido era melhor aguardar a renovação do Conselho Nacional, agora com nova composição, nova presidência e realizar em março o processo que já pode inclusive incorporar temas como o desse seminário.

Então, sempre entendendo que o PNDH 3, que será o PNDH desse período em que a democracia participativa deu um salto, o Estado se convenceu historicamente de que todas as políticas públicas têm de seguir o caminho mais demorado, que é o do diálogo, o da construção eivada de tensões, de cobranças.

A Sociedade Civil não existe para dizer amém ao que o governo quer. Muitas vezes nós, com a nossa cabeça de militantes, nos consideramos injustiçados: "Puxa vida, acordei às 6 da manhã para ler o material, para preparar minha fala e por que o pessoal cobra com tanta dureza?" Porque o pessoal às vezes tem um discurso como se nós realizássemos o mesmo tipo

de empenho diante desses temas do que aquele feito pelos governantes de 20, 30 anos atrás, mas é da dinâmica das coisas que seja assim.

E eu termino dizendo que, nesse avanço nacional, o Brasil teve uma participação muito importante quando decidiu sediar, a pedido da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), Madri+5. Vinte anos depois de Viena, a 2ª Conferência Mundial do Envelhecimento Madri-2002, no seu Plano de Ação propôs o prosseguimento de encontros regionais. Em 1996 o Chile realizou o primeiro e, em Brasília, dezembro de 2007, Madri+5 lançou pela primeira vez a proposta que, à boca pequena vinha sendo cozida, vinha sendo fermentada lentamente, de que não é a hora de construir uma nova Convenção da ONU, a Convenção dos Direitos do Idoso.

Me convidaram para estar, em 2 de outubro passado, Dia Internacional dos Direitos do Idoso, na sede das Nações Unidas, como palestrante, único representante de governo no mundo para uma conferência de ONGs, especialmente uma ONG chamada Congo, que é Comitê do Envelhecimento. E do nosso discurso em Brasília tiraram o convite para que eu fosse como representante de um governo disposto a se declarar formalmente a favor da construção de uma nova convenção. E eu passei três meses hesitando se poderia ir ou não, querendo ir mas sem autoridade para resolver uma decisão de governo, sobretudo esse tema, que é da alçada do Itamaraty.

Nós procuramos evitar levar as questões para o presidente da República porque ele não terá capacidade de arbitrar dezenas de disputas e diferenças que ocorrem diariamente, como a minha com a Advocacia-Geral da União (AGU), no tema da tortura. Ela agora se tornou pública, teve de ir para a imprensa o debate sobre se a tortura do regime militar tem de ser esquecida, se está prescrita ou se cabe algum procedimento. O procedimento que queremos não é vingativo, não é revanchista, não é talião, é só saber, é a memória, a verdade. O Judiciário discute se tem punição ou não. Houve uma punição a um torturador de São Paulo. Muito simples, mas é uma punição, ele é declarado pelo Judiciário brasileiro torturador, o que encerra esse ciclo, que é de uma negativa. Não invado o mérito da AGU, a ela compete definir qual posição jurídica da União.

Minha discordância com a AGU é que não precisava incorporar os três elementos que incorporou, porque eram plenamente dispensáveis à tese da AGU e colidem publicamente com a posição dos direitos humanos que eu levei anteriormente, com toda a delicadeza e confiança, ao meu colega ministro.

A primeira discordância é sobre a tese de que o Ministério Público não é competente para discutir esse tema, porque o Ministério Público, na leitura da AGU, só pode cuidar de interesses coletivos e difusos, e o interesse individual tem de ser defendido por advogado privado, ou seja, a tortura é um interesse só do torturado. Eu não posso ficar silencioso.

O governo do presidente Lula não pode aceitar esse tipo de construção, porque a tortura interessa a cada um dos brasileiros, de todas as famílias, de quem defendeu o regime militar, esteve no regime militar e de quem se opôs. Sobre o segundo argumento, de que a anistia encerrou qualquer possibilidade de procedimento, meu questionamento é que o tema é polêmico, no governo, no Judiciário, no Legislativo, na sociedade, na imprensa, então a Advocacia Geral da União não pode firmar posição de governo, que obviamente não é.

E o terceiro: a AGU diz que não há arquivos da repressão política, quando nós estamos trabalhando, a ministra Dilma, com Avisos Ministeriais, com pressões, com cobranças, e a AGU sabe disso.

O Itamaraty chegou a fazer o processo de consulta em Nova Iorque com as demais missões junto à ONU. E a embaixadora nas Nações Unidas, Maria Luzia Viotti, felizmente é a anterior diretora do Departamento de Direitos Humanos e Assuntos Sociais aqui do Itamaraty. A postura foi de venha, defenda, defenda com ressalva a consulta que um diplomata nosso fez a pedido dela junto a 40 missões sobre a conveniência de construir uma convenção. Ela encontrou 30 claras rejeições, 7 ou 8 hesitações e 1 ou 2 apoios, com certeza o da Argentina, que tem a mesma posição brasileira, topa fazer e topa propor.

A convenção, como eu já disse, tem adesão voluntária, quem adere se dispõe a cumprir os preceitos e terá de prestar contas periodicamente sobre isso. Ela não tem força de lei, o país não vai ser punido por descumprir, mas sempre se expõe ao desgaste na disputa de postos e cargos e –

quem sabe até um dos objetivos, hoje, legítimos da diplomacia brasileira, que é a reforma da ONU, levar o Brasil a ter um posto permanente no seu Conselho de Segurança – pode ter um diferencial aí.

A única convenção que o Brasil continua devendo é a sobre o direito do trabalhador migrante e de suas famílias. Então a onda xenofóbica, europeia contra os mouros, contra as hordas que vêm lá da União Soviética desagregada e aqui no Brasil com reflexos contra nossos irmãos paraguaios e bolivianos, principalmente em São Paulo, e colombianos, em Manaus. Quando precisamos lembrar que o Brasil é um país de migrantes, aqui todo mundo é migrante, não tem o menor cabimento fechar a porteira e dizer: "A partir de agora não mais." Ou seja, tudo o que nós fizemos, nós fomos e somos não vale para o paraguaio e o boliviano, que é o mesmo italiano, o mesmo português, o mesmo espanhol, o mesmo japonês, o mesmo libanês que veio para cá em busca de reconstrução familiar, trabalho e inserção, construindo o Brasil com o que ele tem de bom, que é essa mixagem, essa diversidade.

Então eu argumentei isso e na Declaração de Brasília na verdade se pedem duas propostas, estão lá, 25 e 26, se não me engano, da Declaração Final. A primeira é um relatório da ONU para os direitos do idoso, em que a ONU tem relatores, eles percorrem o mundo inteiro, escolhem países por amostragem e fazem um relatório final com recomendações universais e para o país. O Brasil é um dos países mais visitados por relatores, porque é dos poucos no mundo que tem "convite permanente" para que venham, o que a gente pode negociar é sobre data.

Há países que resistem por cinco anos a receber um relator, porque sabem que o relator será fonte de crítica, de cobrança, de denúncia, como o recente relator para execuções sumárias, que fez um relatório duro sobre o Rio de Janeiro, especialmente, eu me vi numa situação muito delicada, porque há o respeito federativo e ao mesmo tempo tudo o que o relator da ONU disse é rigorosamente verdade. E a autoridade estadual foi a público xingar a ONU, dizer que era intrometido, como as velhas repúblicas de banana faziam ou ainda fazem. O relator da ONU é pouco e ele será um relator complicado, porque ele será um relator que não trabalhará em cima de nenhum instrumento vinculante,

ele terá a Declaração da ONU de 1991, independência, participação, cuidados, autorrealização, dignidade, mas ainda muito no terreno da generalidade.

Então me parece que o caminho que demorará cinco anos ou mais para construir é o caminho de uma convenção. Então, uma vez adotada, a convenção obriga a legislação do país a se adequar e, depois da reforma do Judiciário brasileiro, em 1º de janeiro de 2005, se ela for aprovada com quorum qualificado, 60%, ela tem força de norma constitucional, é mais do que lei. Nos restará convencer os juizes a decidir de acordo com a lei e a Constituição.

Nós temos a Lei Maria da Penha, que todos os dias tem sentenças de juiz desrespeitando, considerando inconstitucional porque o lar é reduto inviolável do cidadão, o Estado não pode interferir no que acontece lá dentro. E toda violência doméstica que nós sabemos!

Ou o jogador Richardson, do São Paulo, homossexual, que o juiz diz disse: "O futebol é um esporte viril, se ele é homossexual, então crie uma nova liga de futebol dos homossexuais". Um juiz fez isso e ainda com um jogador que é do São Paulo, o melhor time de futebol do Brasil! Tem três estrelas lá de campeão mundial e cinco de campeão brasileiro e está com as mãos na sexta. Aliás, estou vendo se, no jogo São Paulo e Fluminense, que provavelmente vai ser o jogo de pegar o caneco, nós entramos no programa do Conselho Nacional das Pessoas com Deficiência (Conad), um golaço que fizeram, times estão entrando em campo com a faixa da sensibilidade e com um grupo de mascotes Down, cadeirantes, deficientes visuais, motores, paralisia cerebral, essas coisas que a televisão mostra e vão mostrando ali para aquele público do domingo à tarde, do jogo de futebol.

O que é que é isso, a sensibilidade, fizemos um ato lá com o Rei Pelé em São Paulo, infelizmente a imprensa sumiu com ele, mas é um tema. Bom, eu só termino dizendo isso, que o meu agradecimento por esse trabalho é também um oferecimento aberto de mais parcerias. Os nossos recursos orçamentários, estruturais, são muito pequenos, mas nós temos parceiros gigantes aqui do nosso lado, a Saúde, o Ministério do Desenvolvimento Social, e podemos falar com o presidente Lula sobre

isso. Ele esteve na primeira conferência, deve estar na segunda em março, tem apego ao assunto, tem interesse.

A conferência vai incorporar as duas ou três citações genéricas do PNDH atual. Precisa se transformar em algumas páginas propositivas, assim como o Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais que, desde a sua primeira conferência nacional, em junho deste ano, foi o segmento mais disciplinado nas conferências estaduais, estava lá em bloco e preparou uma agenda nova, que vai ser das grandes diferenças quando formos comparar o PNDH3, que ficará pronto no ano que vem, via Decreto Presidencial.

Com o PNDH2, vigente, nós vamos notar que o que cresceu para valer foi o tema dos direitos do idoso, os direitos das pessoas com deficiência, os direitos do segmento LGBT, mais dois ou três temas, inserção de instrumentos internacionais. E, a partir deste seminário, que discutirá subjetividade, eu espero que possamos planejar, quem sabe, os três ministérios, mais o Itamaraty e a Sociedade Civil, no meio do ano, quando der para fazer um encontro de envergadura, de talvez convidados estrangeiros, de dois, três dias, com várias mesas, bases para a construção de uma Convenção da ONU sobre os direitos do idoso, o que prepara o Brasil para assumir de novo aquilo que ele teve em Viena, em 1993, e teve na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, com a Dra. Izabel Maior.

Estão abertas as portas. Se quisermos, se assim entendermos para o Brasil sair na frente com esse tema, aproveitando este momento em que o país goza de um respeito mundial inédito, pela sua mudança diplomática, a nova geografia política, econômica e mundial, que é de independência. O Brasil só teve exercícios de diplomacia independente em curtíssimos períodos, que não foram consistentes, e é uma independência não sectária, não rupturista. O Brasil é interlocutor, sempre que se precisa ter um diálogo com algum pensamento exacerbado, rupturista, o Brasil tem a autoridade de um país que está realizando o mais importante programa de combate à fome e à pobreza do mundo. Um país que tem trabalho escravo, mas realiza o que a OIT considera o mais sério programa de enfrentamento do trabalho escravo.

Um Brasil que está levando a sério, que ainda não colhe os frutos do enfrentamento à tortura, que tem no CFP um importante parceiro. Eu participo em São Paulo na próxima quinta-feira de um importante Seminário do Conselho Regional sobre este tema. O Brasil pode ser realmente vanguarda da construção dessa convenção.

O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas

O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas

Comunicação: instrumento de formação para a longevidade

Beltrina Côrte⁶

Boa tarde a todos. Gostaria de agradecer ao Conselho Federal de Psicologia pelo convite e acolhimento. Esta é a primeira oportunidade na qual registro publicamente minha relação com a Psicologia. Minha formação inicial é em Comunicação, mas há muito tempo venho atuando com enfoque multidisciplinar. Foi no decorrer desse percurso que, em 2000, me tornei uma "agregada" da área da Psicologia ao assumir a edição da revista *Kairós-Gerontologia*, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Na ocasião, a diretora da Editora da PUC (Educ), Maria do Carmo Guedes, ao ver minha angústia e desconhecimento ante o processo de indexação de periódicos científicos – exigência das agências de fomento à pesquisa – me indicou ao pessoal da Psicologia da Universidade de São Paulo (USP) para que seus profissionais me orientassem; afinal, a Gerontologia, como área de saber, ainda não existia na relação da Capes, assim como não existe até hoje.⁷ Antes disso já tinha procurado colegas da minha área, mas sem sucesso. Também, na ocasião, me associei à Associação Brasileira de Editores Científicos (Abec), mas não tive o apoio nem o acolhimento como o do pessoal da Psicologia.

Desde a primeira conversa na Biblioteca de Psicologia da USP até as reuniões dos editores de revistas científicas da área de Psicologia me senti acolhida e amparada. Lembro-me que, em uma das reuniões, acredito quando da formação da Associação Brasileira de Editores Científicos

6. Pós-doutora em Ciências da Comunicação, editora da revista *Kairós-Gerontologia* e coordenadora executiva do web site Portal do Envelhecimento. É presidente do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (Olhe) e docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da PUC-SP. E-mail: beltrina@uol.com.br.

7. Na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), a Gerontologia está inserida na área Interdisciplinar e, ali, incluída na Câmara de Saúde e Biológicas.

de Psicologia (ABECiP), expus que, embora não fosse da área, gostaria de estar integrada. Hoje, lembrando aqueles momentos, observo que desde então a área estava aberta a outros olhares e que, no Brasil, talvez tenha sido a que mais se abriu para a complexidade do envelhecimento. E, para minha surpresa, cá estou de novo para junto desta área que, talvez até antes, mas oportunamente naquele momento, mostrava-se atenta para a questão do envelhecimento.

Foi nesse espaço de interlocução que aos poucos fui também compreendendo algumas questões da área e, também, acredito que fui ao menos acostumando o ouvido de muitos (especialmente daqueles que estão na academia), para temas como Gerontologia, envelhecimento, velhice e longevidade. Resultado disso é que participei no I e II Congresso Americano de Psicogerontologia, ocorridos na Argentina e Uruguai, respectivamente, e estou na organização do terceiro congresso, a ser realizado em novembro de 2009, na PUC-SP.

Como jornalista, não poderia deixar de trabalhar a questão da comunicação. Ela sempre esteve presente em minhas reflexões e faço dela um dos pilares de meus estudos. O acesso à informação e à compreensão é um direito humano. Aliás, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que completou 60 anos em dezembro de 2008 e que serve de orientação para a Organização das Nações Unidas, é marco referencial para todas as políticas de direitos humanos que vêm sendo implementadas pelo mundo afora. Nela consta que "Todo indivíduo tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras". É o que está escrito em seu artigo 19, adotada que foi a Declaração em dezembro de 1948, hoje endossada por mais de 130 países, além de diversas convenções regionais. Vale lembrar que na mesma ocasião foram lançadas as bases para o desenvolvimento dos países semiperiféricos e da periferia mais remota.⁸

Na realidade, a geração de direitos, na qual se inscrevem os direitos humanos, teve início pelo movimento histórico no século XVIII, na esteira

8. Especialmente com a implantação do Plano Marshall, por volta de 1946.

das revoluções burguesas. A Declaração Universal dos Direitos Humanos consiste na primeira geração de direitos. São os direitos civis – liberdade pessoal, de pensamento, de religião, de reunião e liberdade econômica. Direitos que obrigam o Estado a uma atitude de renúncia, de abstenção diante dos cidadãos.

Hoje, a luta pelos direitos humanos é considerada por todos, especialmente entre sociedade civil e governo. Não é só do governo, nem é só da sociedade civil. A luta pelos direitos humanos é composta por essas duas forças. São responsabilidades compartilhadas. É com essa compreensão que o envelhecimento ganhou importância, tanto como objeto de estudo, de pesquisa e também de elaboração de políticas sociais, envolvendo o Estado, a sociedade e a universidade, após 60 anos da Declaração.

Os direitos humanos dirigidos à população idosa estão evidenciados como política oficial e podem ser observados desde 1982 (Viena/Áustria), quando da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, na qual já se percebia a preocupação dos governos internacionais diante do aumento das demandas e das pressões do envelhecimento populacional. Naquele ano, os governos adotaram um plano de ação Internacional que, até hoje, constitui a base das políticas públicas elaboradas para a população idosa. Um dos aspectos reconhecidos como essenciais desse plano é o papel da mídia na elaboração de imagens positivas do envelhecimento.

Outra evidência ocorreu cerca de 10 anos depois, em 1991, quando da Declaração Universal dos Direitos Humanos da População Idosa e nela foram aprovados os princípios relativos aos direitos humanos em favor desse crescente segmento: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. Oito anos depois, em 1999, foi decretado o Ano Internacional da Pessoa Idosa. Após três anos, em 2002, foi realizada a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Madri/Espanha). Nela foram definidas as diretrizes prioritárias que orientam as políticas públicas relativas à população idosa para o século XXI. Reforça o conceito de envelhecimento ativo (bem-estar físico, social e mental durante toda a vida) para ampliar a expectativa de vida saudável, produtividade e qualidade de vida na velhice. Foi ali que as primeiras diretrizes da criação de um ambiente propício para o envelhecimento foram criadas.

Um ano depois, em 2003, foi realizada a I Conferência Regional da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento, resultando em um documento intitulado "Estratégias Regionais de Implementação para América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento".

Os direitos humanos dirigidos à população idosa foram mais uma vez evidenciados como política oficial em 2007, em Brasília, quando se deu a II Conferência Regional da América Latina e Caribe sobre Envelhecimento. Ela resultou na Declaração de Brasília, tendo destaque a designação de um relator do Conselho de Direitos Humanos da ONU para velar pela promoção dos direitos da pessoa idosa e que cada país consultasse seus governos sobre a criação de uma convenção da pessoa idosa como um documento jurídico em âmbito internacional.

No Brasil, a luta pelos direitos dos idosos está sendo travada há mais de 30 anos. Ela se iniciou na sociedade civil que, durante anos, pressionou, e ainda o faz, o Estado para o reconhecimento das necessidades e dos direitos de sua população mais velha. Apesar das políticas oficiais evidenciadas, na condição de minoria sociológica nesse segmento, faltam, muitas vezes, espaços e interlocutores para a explicitação, o debate e a negociação de suas necessidades.

A comunicação como direito humano e seu papel na criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento

Ao longo desses anos, essas políticas oficiais e de âmbito internacional impactaram e comunicaram outras representações do envelhecimento. Elas já não se referem à velhice como sinônimo de doença, ou apenas de perdas e declínio. Comunicaram-nos outros "sobrenomes" (atributos) ao envelhecimento, tais como: saudável, bem-sucedido, produtivo, ativo.

Termos que incluem a atividade, o ócio e a questão da continuidade e da vivência no próprio ambiente social. Termos que nos permitem entender essa etapa da vida, a velhice, de uma maneira diversa, e singular. Certamente essas políticas trouxeram à tona outras imagens sobre a velhice, e nos comunicam que está em curso um novo momento de envelhecimento no país, que é o da velhice que vai se transformando na busca de conhecimento e de lazer como prazer.

Passa-se de uma velhice frágil e praticamente só de perdas para uma velhice ativa e produtiva. Na realidade, essa velhice está dentro de alguns conceitos que, de certa maneira, são construídos e reproduzidos pelos meios de comunicação que, entre outros, são responsáveis pela instituição de representações sobre as mais diversas etapas da vida.

O conceito de comunicação como direito humano também está na Constituição do Brasil de 1988, em seus diversos artigos, especialmente o 5º, que inaugura o título "Dos Direitos e Garantias Fundamentais", apontando menções à liberdade de expressão e de informação. Os avanços tecnológicos no mundo da informação e da comunicação exigem, na sociedade contemporânea, concepções sobre o direito à comunicação enquanto um novo direito humano fundamental.

Mas o que vem a ser a Comunicação? A evolução da humanidade está junto com o processo de comunicação. Ela é, na realidade, o que nos liga a outro, que faz que nós nos compreendamos, e está muito relacionada com a informação. A comunicação depende da informação. Nós vivemos rodeados por diversas formas de comunicação; 99% dos lares brasileiros também estão, ou são bombardeados de diversas maneiras por veículos de comunicação. Pela comunicação é que percebemos o outro.

Temos diversos veículos pelos quais nos "alimentamos" sobre tipos de velhice e envelhecimento, sejam jornais, tevês, rádios, internet, celulares... Embora muita gente demonize a mídia televisiva, *Mulheres Apaixonadas*⁹, uma telenovela brasileira, trouxe a questão dos direitos humanos com efeitos tão esclarecedores à população como nenhum outro meio conseguira até então. Dentre eles, a violência doméstica cometida contra idosos em lares de classe média e a importância da campanha de vacinação dos idosos, conseguindo mobilizar a sociedade nesse sentido.

Temos também as imagens das propagandas de televisão: embora se critique muito e genericamente a mídia, insisto em afirmar que as propagandas, não me referindo ao produto em si, mas à informação contida nelas, são hoje as grandes instituidoras de uma velhice positivada, diferente daquela velhice cristalizada em nosso imaginário como

9. Escrita por Manoel Carlos, produzida e exibida pela Rede Globo entre 17 de fevereiro e 10 de outubro de 2003, e reprisada na sessão Vale a Pena Ver de Novo, em 2008.

declinante ou mesmo decrépita. Assim, as propagandas estão construindo um novo senso comum sobre as imagens de uma velhice que é possível na contemporaneidade e até desejável. Nesse sentido, acredito que as informações contidas nas propagandas (deixo claro que a referência não incide sobre os produtos em si), estão cumprindo um papel benéfico à sociedade: o de evidenciar, nos seus múltiplos significantes, uma nova maneira de ver e viver o envelhecimento.

A comunicação como direito humano também está no primeiro Relatório da Comunidade Internacional sobre Direitos Humanos, publicada há mais de 28 anos, conhecido como *O Mundo em Muitas Vozes*.¹⁰ Nele o direito à comunicação é entendido como um prolongamento lógico do progresso de uma sociedade. E esse relatório é ainda o mais completo e o mais conhecido sobre a importância da comunicação da sociedade contemporânea.

Hoje, o direito à comunicação enquanto novo direito humano é fundamental, porque nós estamos na sociedade da informação. A comunicação faz parte dos direitos de "Quarta Geração", que são os direitos democráticos, o direito à informação e o direito ao pluralismo.¹¹

No entanto, nós ainda não a vemos elevada ao pretendido patamar. Por concordar com o que vêm afirmando alguns autores, reproduzo a seguir alguns de seus dizeres:

A primeira e fundamental consequência de se reconhecer o direito à comunicação é o reconhecimento de que ela precisa ser colocada no mesmo patamar das políticas públicas essenciais; nivelando-a à educação, saúde, alimentação, saneamento, trabalho, segurança, entre outras.¹²

10. Unesco, *Um Mundo e Muitas Vozes – comunicação e informação na nossa época*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1983.

11. Os direitos de "segunda geração" consistem na liberdade de associação nos partidos, direitos eleitorais e estão ligados à formação do Estado democrático representativo. Implicam uma liberdade ativa, uma participação dos cidadãos na determinação dos objetivos políticos do Estado. Os direitos de "terceira geração" são os sociais: direito ao trabalho, à assistência, ao estudo, à tutela da saúde, liberdade da miséria e do medo. Implicam, por seu lado, um comportamento ativo por parte do Estado ao garantir aos cidadãos uma situação de certeza.

12. Cf. RAMOS, M.; BAYMA, I.; LUZ, D. (2001) *Por Políticas Democráticas de Comunicação*. Disponível em <http://www.intervozes.org.br/artigos/5-politicas.pdf>, acesso em 30 de agosto de 2005.

Observamos, no entanto, que a comunicação, na saúde, por exemplo, é utilizada apenas como ferramenta de trabalho nessa área, não como um direito das pessoas.

Colocar a informação à disposição da sociedade é fundamental, mas não suficiente para a democratização do conhecimento. Os avanços tecnológicos no mundo da informação e da comunicação exigem, na sociedade contemporânea, concepções sobre o direito à comunicação enquanto um novo direito humano fundamental. Não se trata meramente de 'fornecer comunicação', de forma similar a como o Estado fornece saúde ao construir hospitais e postos de saúde. O direito à comunicação é diferente de outros direitos, como a saúde, por exemplo. A sociedade tem de se apropriar da comunicação e de seus diferentes componentes, para que esse direito efetivamente se realize.

A comunicação é um direito humano que integra e promove a cidadania. Promove a longevidade. Porque, uma vez transformada, torna-se conhecimento capaz de mudar a realidade. Capaz de mudar nossa forma de pensar a velhice e o envelhecimento. Nesse sentido, nós lutamos pelo direito a uma informação de qualidade e o conhecimento, hoje, passa a ser um recurso essencial na sociedade da informação.

Portal do Envelhecimento: acesso à informação e à compreensão

Existem alguns web sites, tanto promovidos pelo Estado, quanto pela sociedade civil, que estão engajados nesse direito à informação de qualidade. Um deles, criado no ano passado, é o Observatório Nacional do Idoso, uma iniciativa da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, em parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde. Consta no site que ele está em funcionamento em 18 centros do país e trabalha na prevenção à violência cometida contra a pessoa idosa. Outro, também promovido pela área governamental, é o da Associação Nacional dos Membros do Ministério Público (Anpidi), relacionados à pessoa com deficiência e também aos idosos.

Da sociedade civil, trago o Portal do Envelhecimento, do qual sou coordenadora executiva e venho editando-o, junto com um grupo de pesquisadores do país afora. Ele, inclusive, é reconhecido pela Biblioteca

Virtual de Psicologia. Se vocês procurarem no localizador de informações de Psicologia, lá consta o Portal do Envelhecimento. Ele foi implantado pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)¹³, em 2004, para oferecer à sociedade informações qualificadas sobre o envelhecimento, com o objetivo de contribuir para a formação de profissionais, atualizar formadores de opinião e contribuir para a construção de saberes sobre o envelhecimento e longevidade humana. Em 2006 passou a fazer parte também do Observatório da Longevidade Humana e Envelhecimento (Olhe).

Portanto, propiciar novas formas de pensar a velhice e o envelhecimento é um assunto crucial que envolve a todos nós. Por isso o Portal tem como objetivo contribuir para a construção de saberes sobre o envelhecimento e a longevidade humana, sendo um canal formador de opiniões, onde profissionais e pesquisadores podem redefinir e refazer conceitos sobre o tema, a partir da perspectiva do ser que envelhece e não unicamente do ser que adocece.

Desde sua implantação, vem fomentando uma rede de comunicação e solidariedade, com todos os membros em caráter voluntário. Esta rede é que amplia o acesso à informação científico-técnica nas áreas sociais, humanas e de saúde para governos, tomadores de decisão, profissionais que lidam com o segmento idoso e o público em geral, contribuindo para o desenvolvimento do país.

O uso do termo rede, do latim *rete*, na língua portuguesa, significa uma conexão de nós. Ora, os pesquisadores-mentores, interligados entre si, permitem a adesão, a comutação, a troca e a mudança de pensamento sobre a velhice e o envelhecimento. Portanto, novos paradigmas de criação e difusão do conhecimento emergem no Portal a partir da colaboração voluntária, e aberta, de profissionais de diversas regiões do Brasil e mesmo de outros países. Via internet, se permite a produção e a exploração da informação sobre o envelhecimento, de forma rápida e acessível, além de possibilitar a integração direta e imediata de usuários, pesquisas, e experiências que ocorrem no país e no mundo.

É um canal que permite uma renovação das práticas sociais, visando a estimular a inclusão social, a melhoria da qualidade de vida e o exercício

13. A PUC-SP é uma instituição privada com característica de universidade pública por sua reconhecida função social.

da cidadania da população idosa. O acesso da sociedade à comunicação é um dos aspectos da democratização. Acredita-se, tal qual consta no Relatório MacBride, que a "reivindicação de uma democratização da comunicação tem conotações várias, muitas além das que se costuma acreditar" (...). Segundo trecho do Relatório, "se requer umas informações mais abundantes, procedentes de uma pluralidade de fontes".

O Portal, portanto, forma uma rede de "encontros", onde profissionais, órgãos públicos, empresários, pesquisadores e formuladores de políticas públicas e de opinião se encontram, para trocar e formular ideias, tendo como princípio a solidariedade, o apoio, a comunicação e a informação, insumos básicos para o desenvolvimento científico e tecnológico de uma nação rumo à longevidade.

O Portal do Envelhecimento é possuidor de algumas funções que contribuem para a democratização do saber e que identificam melhor os papéis da comunicação.¹⁴ São eles:

- O de reformadora do espaço público mais decisivo para o exercício da cidadania;
- O de importante instrumento de educação pública;
- O de importante instrumento de formação cultural ampla;
- O de importante instrumento de difusão de informações e, portanto, da realidade ou da não realidade nacional;
- O de importante instrumento na determinação do caráter nacional, ainda incluindo o aspecto político, de soberania enquanto Nação, e da sociedade em termos gerais;
- O de importante instrumento de preservação e afirmação de valores culturais;
- O de importante instrumento de integração e afirmação da cultura nacional nos ambientes transnacionais e globalizados.

14. Segundo os autores Murilo Ramos, Israel Bayma, Dioclécio Luz, no artigo Por Políticas Democráticas de Comunicação, adaptação de texto original apresentado como ideário à reconstrução do Fórum Nacional pela Democratização da Comunicação, em 2001, disponível em <http://www.intervozes.org.br/artigos/5-politicas.pdf>, capturado em 30 de agosto de 2005.

Graças ao concurso Talentos da Maturidade, promovido pelo Banco Real, em 2005, o Portal foi reconhecido e ganhou uma dimensão nacional, tornando-se referência nacional sobre o envelhecimento. Desde sua implantação há um link que se chama Psicogerontologia, idealizado e coordenado por Delia Goldfarb e alimentado hoje pelo grupo Ger-Ações. A cada mês, todas as informações relacionadas a essa área são transformadas e sistematizadas e as pessoas podem ter acesso a informações anteriores. É uma espécie de biblioteca virtual.

E me atrevo, aqui, diante de tantas testemunhas e publicamente, a propor ao Conselho Federal de Psicologia que tome para si e transforme o que é apenas um link em um site de divulgação de uma área de saber emergente, que é a Psicogerontologia, a qual demanda um olhar multidisciplinar.

Temos muitos usuários da área da Psicologia que nos solicitam informações com qualidade, pois não sabem o que fazer com os velhos que chegam em seus consultórios, não sabem o que é velhice, não sabem nem o que oferecer, pois não tiveram em suas formações absolutamente nada sobre essa etapa da existência humana. E nos demandam uma série de informações. O link Psicogerontologia tenta atender um pouco essa demanda.

Assim como a área da Psicologia me acolheu, assumindo a revista *Kairós-Gerontologia* entre as suas, abrindo-se para a complexidade dessa etapa da vida, o Portal do Envelhecimento acolheu a Psicogerontologia. Cabe agora, a ambos, alimentarmos essa área do saber que, sem dúvida, demandará cada vez mais profissionais capazes de atuar com esse segmento populacional.

Obrigada!

O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas

Envelhecimento no Brasil: desafios e compromissos

Vicente Faleiros¹⁵

Gostaria de agradecer a gentileza do convite do Conselho Federal de Psicologia.

Vou tentar falar para vocês sobre envelhecimento no Brasil destacando as dimensões da heterogeneidade da velhice, do envelhecimento hoje na sua multidimensionalidade, seus desafios, da relação entre autonomia, proteção e trocas sociais com uma referência à visão da subjetividade social na velhice presente no livro *Memoria de mis putas tristes*, de Gabriel García Marquez.

Para se discutir e pensar a velhice tomamos como ponto de partida a consideração de sua heterogeneidade e de sua multidimensionalidade e, ao mesmo tempo, a perspectiva de que a velhice é uma oportunidade de desenvolvimento, implicando uma imprevisibilidade no seu desdobramento.

O envelhecimento é inexorável, mas a velhice é imprevisível. Esta é a dialética do movimento e do desenvolvimento ao longo da vida que não representa um curso contínuo de crescimento e depois de perdas mas, como salienta Anita Liberalesso Neri, podemos envelhecer com desenvolvimento. A velhice não estanca o processo de relações e de autodesenvolvimento e nem encerra o ciclo da vida, mas constitui um momento, uma etapa de ganhos e de perdas num equilíbrio instável entre ambos.

Para entender esse equilíbrio instável no caminhar da vida é necessário situarmos, no mesmo no contexto, as compreensões sobre envelhecimento individual e envelhecimento socialmente considerado. Assim, é importante destacar tanto os conceitos como os preconceitos

15. Graduado em Direito e Serviço Social, especialista em Planejamento, doutor em Sociologia, pós-doutor em Ciências Sociais na Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris (EHSS), pesquisador do CNPq, professor da Universidade Católica de Brasília e colaborador da Universidade de Brasília.

sobre a velhice ou a idade avançada. Não é raro chamá-la de terceira idade, idade dourada, melhor idade, como se esses eufemismos ajudassem a classificar essa etapa da vida.

No contexto da modernidade, a categoria dominante para classificar as pessoas de maior idade é referenciá-las à ausência do trabalho em suas vidas e colocá-las como não produtivas, principalmente para os homens. Em relação à mulher, o envelhecimento está associado à não reprodução, em função da menopausa. Já em sociedades mais tradicionais havia o que foi denominado de gerontocracia, com valorização dos papéis atribuídos aos idosos, de aconselhamento, de transmissão da experiência e de cuidado. Participavam, inclusive, da decisão de se provocar ou não a guerra, por causa da experiência acumulada. Com isso, criou-se entre nós o que podemos chamar, paradoxalmente, de um estereótipo positivo do velho, portador da sabedoria, visão decorrente do papel social predominante em muitas dessas sociedades tradicionais.

Com a industrialização capitalista, o que passou a ser valorizado na sociedade foi o trabalho assalariado e principalmente a produtividade, pois toda a sociedade capitalista está centrada na exploração do trabalho e na estigmatização do não trabalho, atribuída à indolência, ou ao vício e ao parasitismo. Essa estigmatização aparece em romances, em símbolos, em marcas, na vida social e nas cobranças que se tem sobre o homem e a mulher com as expectativas de se seguir um curso de vida sequencial centrado na aprendizagem, no trabalho, no casamento, na reprodução biológica e no isolamento e morte.

Assim, predomina uma visão do envelhecimento como momento improdutivo. No entanto, considera-se que na gerontologia o envelhecimento e a velhice não se resumem a um estereótipo e nem podem ser reduzidos a um estigma, mesmo num contexto construído socialmente para o lugar do "improdutivo".

O envelhecimento, em sua diversidade e no alcance da longevidade, passou a ser visto não só como uma etapa de desenvolvimento, mas como uma conquista da sociedade, tanto no aumento da proteção social como da implementação do cuidado da saúde, inclusive com novas técnicas e drogas.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, aprovado em Madri, em 2002, coloca muito claramente o "aumento da expectativa de vida como uma das maiores conquistas da humanidade". Assim, a longevidade é um processo contraditório com a modernidade, pois aumenta-se a longevidade e se coloca a questão da discussão da improdutividade e da finitude da vida, ou seja, a preocupação em se viver muito com qualidade e com a preocupação de não se viver sempre.

Nas condições de prolongamento da longevidade fica mais evidente a discussão da finitude da vida, tanto numa perspectiva teórica e ética, como numa perspectiva política e subjetiva diante da dependência e da morte. Impõe-se a discussão sobre cuidados paliativos, eutanásia, distanásia, ortotanásia. [O escritor José] Saramago já colocou no livro *As intermitências da morte*, a situação de que se a gente não viesse a morrer, que aconteceria? No romance, evidencia-se o paradoxo de conviver com a eternidade num tempo finito.

Por outro lado, as revistas de publicidade e de marketing das indústrias farmacêuticas vendem a ideia de uma vida permanentemente jovem com os produtos "antienvelhecimento". Existem áreas médicas que entraram no jogo do antienvelhecimento, mas também os que não aceitam esta forma ilusória de lidar com as aparências físicas e com as doenças. Essa discussão leva a considerar a medicina na onda da indústria farmacêutica, da indústria cosmética. O antienvelhecimento na verdade passa a ser encarado numa visão cosmética da própria vida e da cultura, com a ilusão de que se pode ser jovem para sempre ou de forma "Matusalém".

O processo de envelhecimento não é só heterogêneo individualmente ou por grupos, mas demograficamente, acontecendo no Brasil uma expressiva transição na idade e nas condições de vida da população no século XX e início do século XXI. Precisamos nos dar conta dessa mudança de forma consistente.

O Brasil conta, em 2008, com aproximadamente vinte milhões de idosos, 10,5% de sua população. No período de 1997 a 2007 a população em geral apresentou um crescimento de 21,6%, enquanto que a população idosa aumentou 47,8% e o contingente acima de 80 anos teve o incremento de 86,1%.

A esperança de vida ao nascer em 1996 era de 60,9 anos, e, em 2007, 11 anos depois, passou para 72,7 anos. Nessa década tivemos um aumento contínuo médio anual de 0,35 anos na esperança de vida. Em 2000, o Brasil tinha 1,8 milhão, quase 2 milhões de pessoas com 80 anos ou mais. Em 2050 esse contingente será de 13,7 milhões.

É previsível que exista não só um envelhecimento significativo da população, mas uma diversidade de idosos em várias faixas etárias hoje chamadas de jovens idosos, idosos medianamente idosos e idosos muito idosos. Essas transformações colocam desafios tanto para a seguridade social, para a previdência, para a assistência e demais políticas públicas, como para as famílias e para a sociedade. A sociedade tem impacto no envelhecimento e o envelhecimento tem impacto na sociedade. É necessário pensarmos os desafios decorrentes dessa mudança. Ela se expressa também nas pirâmides etárias que passaram de cone para barril, com alargamento do topo da pirâmide, o que mostra que o número de idosos vai corresponder ao número de crianças e adolescentes em pouco mais de 25 anos.

Nesse contexto coloca-se a questão da relação intergeracional entre jovens e velhos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000 havia 30% de brasileiros de 0 a 14 anos e os maiores de 65, não maiores de 60, representavam 5%. Em 2050 esses dois grupos etários se igualarão, cada um deles representará 18% da população. Nesse mesmo período muda a razão de dependência, que é o número de idosos e crianças, os chamados inativos, em relação à População Economicamente Ativa (PEA), que era de 7% em 1975 e vai ser de 30% em 2050.

Além da relação intergeracional o envelhecimento muda a relação entre sexos, pois a população de mulheres tem um peso maior que a de homens. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2007¹⁶ indicam que existe uma razão de sexo (razão entre homens e mulheres expressa no número de homens para cada 100 mulheres) de 79,5 para maiores de 60 anos. A razão se reduz a 72,5 para 70 anos ou mais, o que indica a feminização da velhice.

16. Todas as referências de PNAD 2007 ou de 2007 são retiradas de IBGE, 2008.

Nas grandes regiões, a razão de sexo para a população com mais de 70 anos passa para 57,4. Em 2000 havia 84,1 homens por 100 mulheres na faixa de 60 a 79 anos e de 66 na faixa de mais de 80 anos. As mulheres idosas são mais longevas.

A família de idosos é diferenciada quando se considera o estado conjugal, diferente para homens e mulheres. Isto tem um impacto significativo no trabalho com a família, evidenciando inclusive o número maior de viúvas que de viúvos. No entanto, como mostram algumas pesquisas, as viúvas que tiveram uma vida opressiva hoje se colocam, na maioria, de uma maneira muito positiva porque elas conseguem ter um projeto de vida autônomo, conseguem realizar sonhos que o machismo não permitia antes.

Em 2007, havia 9.754 mil domicílios com pessoas idosas, e em 53% desses domicílios os idosos contribuem com mais de 50% da renda disponível. Há diferenças de gênero também quanto à responsabilização pelo domicílio. As mulheres são pessoas de referência em 37% dos domicílios e os homens em 62,4%, manifestando grande número de mulheres também que são idosas que são responsáveis por um domicílio.

O tipo de família dos idosos também varia. Dados da PNAD de 2007 mostram que 13,5% dos idosos vivem num arranjo unipessoal, 22,1% como casal sem filhos, 10,2% morando sem filhos e com outros parentes, 14,5% morando com filhos menores de 25 anos, 30,5% morando com todos os filhos com 25 anos ou mais e 9,1% com outros tipos de arranjo. Segundo o IBGE, em pesquisa com dados de 2006, as famílias unipessoais aumentaram, de 1996 a 2007, de 11% para 13,5%. Nota-se ainda a existência de idosos morando com filhos, mas é expressivo o arranjo de vida unipessoal considerando que pode aumentar com a taxa de fecundidade atual de 1,9.

Há também diferença de gênero de quanto à renda. O trabalho é fonte de renda muito forte para os idosos. Os homens têm 35% da sua renda proveniente do trabalho atual enquanto que para as mulheres ela atinge 10%. A Previdência Social trouxe uma mudança radical na inclusão social e na proteção da renda, seja de pensão, seja de aposentadoria. Em 1992, 64% das mulheres recebiam renda da Previdência e, em 1999, 75%. Para

os idosos o século XX foi importantíssima a inclusão na Previdência Social. A definição de Simone de Beauvoir, em *A Velhice* de que ser idoso era ser pobre e excluído, mudou no século XX, apesar de haver ainda 20% de idosos excluídos dos benefícios da Previdência. E isso tem um impacto muito profundo nas mudanças da família e na condição do idoso.

Pensar e trabalhar com a família na conjuntura atual implica considerar a possibilidade de convivência de várias gerações e a diversidade de arranjos dessas várias gerações entre si, ao mesmo tempo que a existência de arranjos unipessoais. Existe maior diversidade de arranjos familiares, e esse é um dos temas mais importantes para a intervenção psicossocial. As famílias estão ficando menores, em termos de consanguinidade, mas, por outro lado, essas famílias vão ter novos arranjos.

As famílias de idosos podem ter que enfrentar o desemprego dos filhos e também suas separações, pois torna-se mais difícil a sobrevivência na sociedade tecnológica. Tem aumentado o número de idosos que sustentam os filhos.

Apesar da viuvez, a taxa de nupcialidade dos idosos não é alta, mas varia de 9% no Acre para menos de 1% no Rio Grande do Sul. Há lugares em que os idosos voltam a se casar em maior número, o que implica também um impacto na relação com os próprios filhos, porque ainda há uma disputa em relação a herança e ao afeto dos pais e mesmo uma preocupação com o novo cônjuge da pessoa idosa como mostra o filme *Elsa e Fred*.

Existem idosos que voltam a se casar e outros que preferem morar só e expressam satisfação com a situação nessas diferentes formas de vida. Outros expressam insatisfação. Alguns idosos não querem viver essa etapa de vida com o mesmo tipo de família com que conviveram até esse momento, e buscam outro tipo de relacionamento.

Uma parte dos idosos, no entanto, sofre de violência na família. Em pesquisa publicada em 2007, constatamos que a violência física está presente nas 27 capitais, com taxa de denúncia de 70% a 75% em duas capitais. Com menos de 9% das denúncias de violência física, somente 6 capitais. Ela está hoje crescendo nas denúncias. A violência psicológica está denunciada em proporções entre de 40% e 50% em 6 capitais e a

violência financeira em proporções entre 20% a 40% em 14 capitais. O abandono está presente em 10 capitais em proporções de 10% a 20%. A negligência está presente em 13 capitais em proporção entre 20% e 50% das denúncias. A violência sexual está presente em 8 capitais, mas em proporção inferior a 9% das denúncias. No total, em 2005, nas 27 capitais foram contabilizadas 14.803 denúncias de violência intrafamiliar. Os principais agressores são filhos e filhas (54%) e as principais vítimas são as mulheres (60%). É necessário acrescentar as denúncias de violência social e institucional expressas na desigualdade, no mau atendimento, na falta de acesso aos direitos estabelecidos.

As denúncias, nessa pesquisa, foram colhidas em quatro fontes: na Delegacia, no Ministério Público, no Disque-Idoso e também no Datasus. Em cada fonte há predominância de um tipo de denúncia. No Ministério Público predomina a denúncia financeira. Na Assistência predomina a negligência. Na Polícia predomina a violência física. No Datasus estão contabilizadas as violências por causas externas. O perfil da violência não pode ser obtido em uma só fonte, esse é um dos principais achados da pesquisa. Em cada fonte há um perfil.

Em outra pesquisa, de Faleiros e Brito, publicada na Revista *Ser Social* em 2007, mostramos que os fatores de risco de violência estão associados ao uso de drogas ilícitas e lícitas, à dependência do agressor em relação ao idoso e ao desemprego, assim como a transtornos do comportamento. Quando temos esses ingredientes, temos uma bomba de violência. Assim, a promoção do emprego é um grande desafio para os jovens e para a prevenção da violência. Mostro, em trabalho publicado na Revista *Educação e Realidade*, em 2008, que existe, para a juventude, o desafio de conciliar escola/emprego. Existe a combinação de dois desafios: o de envelhecer com filhos desempregados e o de encontrar emprego para esses filhos.

A escolaridade e o emprego dos jovens potencializam melhores condições de vida para os idosos e podemos afirmar que a escolaridade é a melhor vacina contra a violência. Estimular a escolaridade, tanto dos jovens quanto dos idosos, é fator de redução de riscos, implicando melhores relações na família.

No Brasil um dos grandes desafios para viver e envelhecer é o da desigualdade, expresso na desigualdade de renda, que se reflete também na condição dos idosos. Em 2007, segundo o IBGE, 12,6% dos idosos viviam em domicílios com até meio salário mínimo per capita, 31,7 % com mais de meio a um salário mínimo, 28% com mais de 1 a 2 salários mínimos e 23,4% com mais de dois salários mínimos. Isto reflete a desigualdade de renda no Brasil.

É preciso considerar, apesar da previdência social, a realidade do enfrentamento da pobreza na velhice e muitos idosos buscam compensar a baixa aposentadoria com o dinheiro do trabalho. Alguns idosos de classes mais favorecidas continuam trabalhando por prazer e não por necessidade financeira. Na faixa de 60 anos ou mais existem 30% de idosos ocupados e na faixa de 65 ou mais, 23%. No total de idosos existem 70% de aposentados.

No Brasil também existe uma territorialidade diferenciada do envelhecimento em função das relações sociais dominantes pois, por exemplo, em Alagoas, em 2006, temos 66% de expectativa de vida, enquanto que no Rio Grande do Sul é de 72%, 6 anos a mais.

A escolaridade dos idosos tem uma grande defasagem, mas pode melhorar com o acesso a escola dos mais jovens. O EJA precisa trabalhar mais com os idosos. A média de anos de estudo de pessoas com 60 anos ou mais é de apenas 3,8 anos, enquanto que a população com 20 anos ou mais já tem quase 9 anos de estudo. Dentro da família constata-se uma disparidade muito grande da escolaridade, o que pode dificultar muitas vezes o diálogo entre as gerações.

A saúde e a doença da população idosa vêm passando por uma transição epidemiológica. E esse é um dos grandes desafios do compromisso social e do pacto federativo.

O Ministério da Saúde vem estimulando uma mudança na atenção básica e na atenção especial aos idosos, mas os prefeitos não dão prioridade para isso nos municípios. Em Brasília, por exemplo, a prioridade política do atual governo tem sido o favorecimento às construtoras e empreiteiras para construir prédio, estrada, estádio de futebol.

Em relação à saúde há também uma diferença de gênero. Os homens têm uma taxa de sobremortalidade em relação as mulheres, considerando têm condições de vida diferentes: alcoolismo, tabagismo, risco de envolvimento em homicídios e acidentes. Por sua vez, as mulheres continuam morrendo mais por câncer de mama, com um diagnóstico já em estágio avançado. As quedas afetam muito mais as mulheres que os homens. No entanto, é necessário considerar a possibilidade de se reverter essa situação, pois podemos reduzir os anos vividos com incapacidade, se houver investimentos em políticas de saúde.

Na pesquisa do Sesc sobre os idosos, de 2007, a principal queixa desse grupo em relação à saúde em geral refere-se à presença de pressão alta e de hipertensão, mas na pesquisa da Datafolha o problema de saúde mais frequente relatado é de dor muscular (57%), seguido de pressão alta (56%). Na pesquisa do Sesc, o segundo problema, relatado por 23%, é o de vista, o que parece ser uma falta de política de atendimento, pois existem correções para deficiências visuais que podem ser facilmente disponibilizadas. Problemas de visão e dores nas costas representam as trajetórias de vida desses idosos, de "carregar o mundo nas costas" e que podem ser aliviados. 84% dos idosos se queixam de problemas bucais, o que mostra as condições do descaso em relação à a saúde bucal dessa essa população.

Na pesquisa SABE, de 2003, o miniexame de estado mental feito em São Paulo, mostra uma prevalência de deterioração cognitiva de 6,9%. Esse é um dos desafios da longevidade, diante do qual que vamos ter de nos colocar. O Alzheimer, as demências, outras doenças cognitivas, que não são problemas somente médicos, tornam-se problemas familiares, sociais, de relacionamento, de políticas públicas. A avaliação da saúde como muito boa varia muito: na pesquisa SABE essa proporção atinge 46% e na pesquisa Datafolha a avaliação ótimo/bom alcança 47% para as mulheres e 57% para os homens.

As internações por causas externas também precisam ser colocadas na agenda pública, porque 3,2% das mortes de idosos são por esses tipos de causas. 60% das mulheres têm internação por quedas. As condições da rua, da casa e das mulheres em especial precisam ser colocadas na

agenda política e social. Quando conversarmos com a família de idosos é preciso olhar para essas condições.

No Plano de Madri inverte-se o paradigma de os idosos se adaptarem ao ambiente para o paradigma de se adaptar o ambiente ao idoso. É uma revolução paradigmática na relação do idoso com o ambiente.

É preciso também considerar a prevalência das dependências entre idosos. Já salientamos anteriormente a dependência cognitiva, mas existe a perda da capacidade funcional. No Brasil ainda não existe uma política para idosos dependentes – outro grande desafio da política, pois com a idade é previsível o aumento da dependência. Há estímulo por parte do Ministério da Saúde para que os municípios implantem uma política de atendimento domiciliar. No entanto, não há uma estratégia para que isso aconteça efetivamente.

O Ministério do Desenvolvimento Social está dando passos lentos no sentido de articular um apoio domiciliar para os idosos dependentes. É preciso realmente articular melhor essa política. São 13%, na pesquisa SABE a dizer que apresentam dificuldades em uma ou duas atividades básicas da vida diária. Esse número passa para 30,7% entre os maiores de 75 anos. A maior dificuldade é a de vestir-se, incluindo meias e sapatos. A família tem de trabalhar essas dificuldades do idoso no dia a dia e todos os dias, inclusive aprendendo a falar com a pessoa idosa, aprendendo a ver qual é a principal dificuldade.

O que foi mais assinalado pelos que se declararam deficientes foi a deficiência mental, atingindo dentre esses, 50% dos homens e 58% das mulheres. Diante disso a gente pensa que a família está cuidando bem, mas não! A família não está cuidando direito. É preciso uma educação da família, porque a pesquisa SABE também mostra que existe um descompasso entre a demanda e a ajuda oferecida. 43,6% recebem ajuda para locomoção. Somente 43,6% dos que necessitam recebem ajuda. Então, é ainda muito limitada a ajuda familiar. São necessárias políticas públicas que integrem a rede primária com a rede secundária.

Ao mesmo tempo presenciamos, diante do envelhecimento, uma transição política para garantir, ao menos formalmente, os direitos da pessoa idosa. Esta transição é uma passagem da filantropia para a

cidadania, trazendo uma mudança radical no paradigma das políticas, que podemos qualificar como revolução dos direitos do idoso. Passou de pessoa dependente dos jovens ou da caridade para ser sujeito de direitos e mesmo responsável pelos jovens com a renda garantida da aposentadoria e pensões, dos benefícios assistenciais, em especial do Benefício de Prestação Continuada. Na Constituição de 1988 está garantido, no Artigo 230, que a pessoa idosa tem direito à reciprocidade, à dignidade, à participação e ao atendimento domiciliar. Não se trata mais de se institucionalizar a pessoa idosa.

Está garantida, e também está sendo construída pelos idosos, a participação política, como foi a manifestação pelos 147% da época de Collor, quando os idosos saíram às ruas para o reajuste da aposentadoria. Militantes políticos idosos participam de manifestações da sociedade organizada e não apenas na defesa de seus direitos específicos, como na Revolução dos Cravos em Portugal e nas greves na França. Estão nas ruas, lutando pelos direitos de todos.

O símbolo dessa afirmação dos direitos no século XXI, no Brasil¹⁷, foi o Estatuto do Idoso, que tramitou por sete anos no Congresso Nacional, só foi aprovado em 2003, seguido da Lei da Acessibilidade de 2004 e da Regulamentação das Instituições de Longa Permanência Para Idosos (ILPIS) pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2005. Há o Plano de Ação para Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, de 2005. O SUS estabeleceu em 2006 no Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão a saúde do idoso como primeira prioridade. O Ministério da Saúde incluiu o idoso na atenção básica e criou em 2007 a Carteira de Saúde da Pessoa Idosa.

Por sua vez, o Ministério Público e o Judiciário vêm também dando atenção à pessoa idosa, este último com a criação de Varas destinadas à pessoa idosa. Vemos surgir as Delegacias do Idoso e Disque-Idoso.

Estão mudança de paradigma de atendimento ao idoso pode ser comparada à que houve, no século XX, ao atendimento à criança. No Suas, principalmente nos Creas, já vem despontando um serviço de

17. Em 1994 foi promulgada a Lei nº 8.842 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI).

mediação de conflitos familiares para enfrentamento da violência e de situações de crise com o envelhecimento.¹⁸ Essa mediação é um dos desafios profissionais.

Com a maior dependência dos mais longevos há uma questão-chave: quem vai cuidar da velha ou do velho e quem vai cuidar do cuidador. Um dos desafios é a formação de cuidadores a que vem sendo dado apoio por parte do governo Federal e de vários governos estaduais e locais, mas a sociedade precisa participar disso num processo de mudança cultural e organizacional dos serviços e das relações familiares e de proximidade.

É preciso articular políticas de forma estratégica para se pensar na cidade, nos serviços, no transporte (persiste a violência de empresas) e abrir um leque de serviços como Centros de Convivência, Centros-Dia, Hospitais-Dia, abrigos, serviços domiciliares dentre outros. O Centro de Convivência, por exemplo, é uma alternativa de baixo custo, que propicia interação e atividade física e mental, propiciando a saída do isolamento. A cidade e as instituições precisam se adaptar ao idoso. As praças públicas, por exemplo, precisam ter equipamentos para idosos. É a articulação entre cidadania, autonomia e trocas, em que se garante a proteção e os direitos do cidadão, a busca da autonomia e das trocas sociais de convivência e reciprocidade.

É o paradigma do envelhecimento com desenvolvimento, com condições de autonomia, proteção e trocas sociais, e não de é um voluntarismo. Autonomia, trocas e proteção implicam renda, saúde e redes de serviços. A construção dessas redes torna-se mais difícil no contexto do neoliberalismo, pois há pressão para redução de direitos e ampliação do mercado. A atual crise do capitalismo vai afetar certamente os direitos sociais, o Estado precisa ser pressionado para atender aos trabalhadores e não somente aos bancos num processo de cidadanização *versus* processo de mercantilização.

Autonomia e proteção não são contraditórios, embora possam parecer assim. A proteção tem sentido social e pessoal no desenvolver da autonomia como processo decisório do modo de vida na relação com a família, com

18. Em Brasília a assistente social Sueli Cordeiro vem realizando um trabalho de mediação de conflitos no Centro de Saúde de Taguatinga.

o Estado e com a sociedade, na construção do protagonismo da pessoa idosa. A autonomia, juntamente com a promoção da independência da pessoa idosa, é a base do protagonismo. Agich, em *Dependência e autonomia na velhice*, considera que autonomia "não se resume a uma escolha momentânea pois envolve a escolha conforme planos". Planos implicam atores em articulação, temporalidade, ritmo, organização, política, recursos, território. Assim, autonomia é interdependência.

Françoise Dolto, em *Parler de la mort*, assinala que o mais importante para dar sentido à vida são as trocas sociais, pois não há sentido no sozinho, ele se constrói no encontro recíproco, na troca. Isso em todas as fases da vida e diante da morte. As trocas é que nos fazem alimentar projetos e articular a qualidade de vida.

Memória de minhas putas tristes, de García Marquez

Para concluir, trouxe algumas questões sobre envelhecimento pesquisadas no livro *Memória de mis putas tristes*, de que fiz uma análise temática com o método da Bardin.

- No tema idade subjetiva, Marquez diz: "la edad nos es la que uno tiene, sino la que uno siente" (a idade não é aquela que a gente tem, mas aquela que a gente sente). É o sentimento da idade em relação ao cronos que pode estar descompassado.
- "E ao passar, eu me olhei nas vitrines iluminadas e não me vi como eu me sentia e sim no mais velho e pior vestido". Diante do espelho das vitrines há um balanço da vida, então, a velhice também é um momento de balanço da autoimagem.
- "Nunca pensei na idade como uma goteira no teto que indica a cada um a quantidade de vida que lhe vai faltando, fui tudo o que me deu a vida, mas também eu não fiz nada por tirar mais da vida". A idade não uma goteira de tempo, mas um processo em que se entra.
- "É um triunfo da vida, que a memória se perca para as coisas que não são essenciais". A memória é o que se guarda de mais importante nas trocas.

- "Debaixo do sol da rua eu comecei a sentir o peso dos meus noventa anos e a contar minuto a minuto, os minutos das noites que me faziam falta para morrer". A velhice traz também a consciência das perdas e da finitude, das temporalidades e as geracionalidades.
- "Tudo mudou, o único que permaneceu igual foram as minhas notas no jornal. As novas gerações se arremeteram contra elas como uma múmia do passado que deveria ser demolida, mas eu as mantive no mesmo tom, sem concessões, contra os ares da renovação". A relação intergeracional implica a mumificação, mas numa relação entre o velho e novo.
- "Ocorreu-me que um dos encantos da velhice são as provocações que se permitem os mais jovens, que nos creem fora de serviço". A relação intergeracional é também desafio.
- "Eu me tornei outro, é impossível não se terminar sendo como os outros creem que a gente é". A identidade se constrói na relação com o outro.
- "Desde o princípio foi evidente que obedecia às ânsias de expressar-me, mas eu me fiz o costume de tomá-las em conta ao escrever e sempre com a voz de um homem de noventa anos que não aprendeu a pensar como velho". O pensamento do velho nem sempre é velho.
- "E aprender e perder, a aprendizagem, o amor me ensinou muito tarde, a gente se arruma para alguém e eu nunca havia tido para quem me arrumar". Amor e aprendizagem se aprende todo o tempo. Assim, quando a personagem descobriu a menina de catorze anos, começou a ficar bonita, a se arrumar. É preciso ter alguém, da troca, para dar sentido à vida.
- "Eu soube como me havia corrompido o sofrimento e os sentimentos (que é onde ele se apaixonou), cego de uma fúria insensata fui arrebatando contar as paredes". Na velhice permanece o desejo, o desejo não envelhece, os sentimentos e o sofrimento tornam-se presentes.
- "As perdas, as dores erráticas me ficaram nos ossos e que me mudavam de ânimo sem razão". Envelhecer é ter perdas de capacidade funcional e a relação corpo/consciência se articula profundamente.

Com esse "depoimento" ou esse testemunho podemos ilustrar que a velhice é uma construção/desconstrução individual e social, de inter-relação entre subjetividade e condições familiares, de trabalho e o processo de autonomia, proteção e trocas sociais.

Referências Bibliográficas

- AGICH, G. J. *Dependência e autonomia na velhice*. São Paulo: Loyola, 2008.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Persona, 1979.
- DOLTO, F. *Parler de la mort*. Paris: Mrcur, 1998.
- FALEIROS, V. P. *Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores*. Brasília: Universa, 2007.
- FALEIROS, V. P. e BRITO, D. O. Representações da violência intrafamiliar por idosas e idosos. In *Ser Social*, Brasília, n.21, p.105-142. jul-dez 2007.
- IBGE. *Síntese de indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.
- _____. *Síntese de indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.
- LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. de O. *Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento*. Brasília: OPAS, 2003.
- MARQUEZ, G. G. *Memória de mis putas tristes*. Buenos Aires: Sudamericana, 2004.
- ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Plano de ação internacional para o envelhecimento*, 2002. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2003.
- SESC-SP/FPA. *Síntese da pesquisa idosos no Brasil*. Disponível em www.sesc.com.br. Acessado em dezembro de 2007.

O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas

O envelhecimento da mulher: políticas para uma clínica ampliada

Maria Elizabeth Mori¹⁹

A saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais e bem-estar físico, determinados por um contexto político, sociocultural e econômico da vida das mulheres, assim como o biológico. Pensar a saúde da mulher e a elaboração de políticas públicas que contemplem uma visão mais abrangente de saúde, a perspectiva de gênero, é essencial.

As relações de gênero tendem a ser desiguais, refletindo-se em leis, políticas, atitudes e comportamentos das pessoas. Esta desigualdade atinge particularmente as mulheres que se encontram no período pós procriativo, determinado não apenas pela idade cronológica, mas também por condições subjetivas e socioculturais. As mudanças corporais presentes na meia-idade, período que se estende aproximadamente dos 40 aos 65 anos, impactam a autoimagem feminina e podem potencializar um sofrer psicológico, segundo a visão de cada cultura em relação à mulher que envelhece.

Ao demandar cuidados, esta mulher acaba se inserindo num modelo de clínica reduzida: hospitalocêntrica, medicocentrada e medicalizada. Percebe-se que a escuta psíquica não tem sido valorizada nas políticas e programas quando comparamos o número de psicólogos em relação aos demais profissionais nos serviços de saúde. Assim, essas mulheres ainda costumam ser vistas na área da saúde como usuárias passivas e não como protagonistas da própria história, capazes de articular prioridades e tomar decisões.

19. Psicóloga, mestre em psicologia clínica e especialista em teorias psicanalíticas pela Universidade de Brasília/UnB; consultora da Política Nacional de Humanização/PNH, HumanizaSUS, Ministério da Saúde/MS; psicanalista e membro filiada do Instituto de Psicanálise Virgínia Leone Bicudo, da Sociedade de Psicanálise de Brasília (SPB).

Contrariamente a esta forma hegemônica de se agir em saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, propõe que as ações sejam referenciadas por um conceito de *clínica ampliada*: visa ao sujeito e à doença, à família e ao contexto, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Utiliza como meios de trabalho a integração da equipe multiprofissional, a adscrição de clientela e a construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso, e a ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Após esta breve sinopse, quero cumprimentar as integrantes desta mesa e agradecer o convite do Conselho Federal de Psicologia, particularmente à professora Isolda Günther, por estar presente nesta conversa sobre *O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas*. A professora Isolda esteve presente na banca de meu mestrado e foi uma das professoras do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), com quem dialoguei durante o trabalho teórico e empírico voltado para a mulher em processo de envelhecimento. Minha fala está direcionada às mulheres que iniciam o processo de envelhecimento, dos 40 aos 60 anos, sendo a menopausa o evento biopsicossociocultural que caracteriza esse momento da vida.

Além de psicóloga clínica, também me reporto ao lugar de analista institucional que ocupo no Ministério da Saúde, consultora de uma política pública – Política Nacional de Humanização (PNH) – que, em 2003, foi formulada por uma equipe multiprofissional de saúde – psicólogos, médicos, enfermeiros e outros. Cabe ressaltar que foram as reflexões desse trabalho do mestrado que me levaram para este lugar. A PNH é uma política pública que tem como uma das diretrizes a clínica ampliada, uma clínica caracterizada pelos diferentes saberes do trabalho em saúde. Enfrentamos, portanto, um debate contemporâneo: a centralidade da medicalização – que nos cuidados à mulher no seu processo de envelhecimento se expressa pela alta recomendação médica de reposição hormonal e uso de antidepressivos/ansiolíticos.

Tarei reflexões para pensarmos sobre esta fase da vida que antecede a entrada na terceira idade. Principalmente, a importância da escuta

psicológica no modelo de atenção/assistência ofertado a esta mulher que, depois de perder sua capacidade reprodutiva, se vê restrita às consultas ginecológicas. Neste sentido, também estou plenamente satisfeita em estar presente nesta mesa, de poder dialogar com colegas da área sobre o papel do profissional psicólogo na formulação de políticas públicas de saúde.

É nessa indissociabilidade entre a clínica e a política que a PNH tem procurado intervir, de forma transversal, nas demais políticas e programas formuladas/implementadas pelas três instâncias (federal, estadual e municipal) do Sistema Único de Saúde (SUS), e nos processos de intervenção nos serviços e unidades de saúde do sistema. Essa questão vai de encontro a um paradigma que consideramos, obviamente, ultrapassado, segundo o qual a atuação do psicólogo clínico deve estar distante da política. Como dito anteriormente, trata-se de enfrentar o modelo hegemônico medicocentrado, biologizante, medicalizado e hospitocêntrico.

A PNH, ao contrário, ao convocar a atuação profissional de forma transdisciplinar, cuja presença do profissional psicólogo na formulação de políticas públicas de saúde traz para pensarmos a importância do acolhimento para o estabelecimento de vínculos entre profissional e paciente, como central na linha de cuidado. Nessa política nós, profissionais *Psi*, temos conseguido fazer diferença também como analistas institucionais. Trata-se de trazer para a roda do trabalho em saúde o não dito, o *acting-out* das relações de poder institucionalizadas, caracterizadas nas relações entre as profissões de saúde e com os usuários, esforçando-se para articular continuamente o sentido presente com o sentido ausente, como nos lembra René Lourau, "a mensagem com seus vazios semânticos".

Bom, então vamos lá! Essa pesquisa teórico-clínica aconteceu durante os anos de 2001-2002, a partir de uma demanda de escuta psicológica ao Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos, do Instituto de Psicologia da UnB (Caep), de um serviço hospitalar público de saúde do Distrito Federal (DF), cujos ginecologistas e enfermeiras conduziam um Programa de Atendimento ao Climatério. A decisão em acolher esta solicitação fortaleceu uma linha de pesquisa existente no departamento de psicologia clínica, sobre processos de envelhecimento. Assim,

realizamos: 1) estudo teórico sobre a faixa etária conhecida como meia-idade ou idade madura, 2) levantamento sobre os tipos de atendimento a mulher que se encontra nesta fase da vida, na rede pública hospitalar do DF, 3) entrevistas com profissionais da área de saúde pública de Brasília – enfermagem, ginecologia, psiquiatria, psicologia e administração hospitalar e, 4) atendimento psicoeducativo na Unidade demandante deste serviço. Cabe ressaltar que, nesse momento, estávamos eu e minha orientadora, professora Vera Coelho, também conselheira do CRP, vivendo as especificidades de nossa meia-idade.

Aqui cabe um comentário: no estudo teórico realizado identificamos que as pesquisadoras eram, na grande maioria, mulheres que estavam experimentando esse momento de vida. Como diz a pesquisadora Marie-Cristine Laznik, a incapacidade fisiológica de gerar filhos pode potencializar a mulher para outras situações de criação/geração: novos casamentos, redirecionamento de carreira, desenvolvimento de pesquisas, orientação de jovens/alunos, dentre outras. Já que ela não pode mais gerar filhos, começa a gerar saberes.

Além dessa pesquisa, vou me referir à PNH – HumanizaSus – que tem a transversalidade como um dos princípios centrais. Ou seja, trata-se de aumentar o grau de conversa, de comunicação entre as diversas políticas e programas de saúde, como por exemplo, com a Política Nacional do Idoso. Outro princípio da PNH é a inseparabilidade entre o modelo de Atenção à saúde e o modelo de Gestão. Gestão e Atenção são indissociáveis. Dependendo de como os processos de trabalho acontecem teremos a forma, o jeito como a assistência é ofertada à população. Aqui já cabe uma reflexão na clínica que ofertamos aos idosos: o modo de gestão na saúde tem se caracterizado pela fragmentação dos processos de trabalho, autoritarismo e burocracia.

Podemos pensar, portanto, que a assistência prestada caracteriza-se pela fragmentação do cuidado: 1) a especialidade, sem conversas/combinções/acordos, 2) o saber médico que tem se colocado como o mais importante do que os demais saberes da saúde (estamos ainda enfrentando o polêmico ato médico), 3) o excesso de hierarquias/instâncias que retardam o atendimento e a identificação dos diferentes

graus de agravos/vulnerabilidade, com graves prejuízos ao acolhimento das demandas de urgência/emergências. Com isso, estamos produzindo uma clínica do corpo de órgãos e não uma clínica do sujeito.

Por isso, a PNH tem como terceiro princípio o protagonismo e a autonomia dos sujeitos envolvidos na produção de saúde. Trabalhadores, gestores e usuários valorizados nos diferentes saberes que possuem. O que queremos dizer com isso neste caso desta mesa? A mulher de meia-idade, por exemplo, usuária do SUS, que vive seu envelhecimento, tem um saber a partir de sua experiência neste processo, que vai além das queixas físicas, cabendo ao trabalhador de saúde escutar/acolher o que ela está dizendo (inclusive, o seu não dito). Ao fazer isso, estamos produzindo não apenas saúde, mas também sujeitos. Assim, concluímos que não há separabilidade entre clínica e política.

O que tem caracterizado a meia-idade ou a maturidade feminina? Uma fase de ganhos, como dito anteriormente, mas também de perdas. A mídia tem contribuído para a desvalorização da mulher que se encontra nesta etapa da vida: valoriza-se a saúde, a juventude, a beleza. Assim, se vive conflitos intensos diante do envelhecimento que aponta para a impossibilidade de "podermos tudo" (como pensamos quando somos jovens). Momento de mudanças – físicas e emocionais – e, por isso, crise! Ao mesmo tempo, como toda crise, é momento de elaborações de perdas/transformações, de reformulações e redirecionamentos.

A menopausa não tem sido escutada/percebida como uma etapa natural da vida, mas como uma doença e, por isso, medicalizada. O grande desafio a ser enfrentado neste momento é a busca de estratégias para lidar com a finitude. E é nesse momento – por mais que saibamos, desde sempre, que um dia a vida acaba – que o fim nos aparece como a coisa concreta. Continuamos desejando a "vida eterna".

Na pesquisa teórica tive acesso ao livro da psicanalista Delia Goldfarb, que realizou um trabalho de escuta grupal com idosas. Uma delas, com 78 anos de idade, disse assim: "Eu deveria ter passado por um atendimento psicológico como este quando iniciei meu processo de envelhecimento, assim eu teria me preparado melhor para enfrentar este momento". Essa mulher idosa nos ensina que ela sentiu falta de ter podido conversar,

compartilhar, elaborar, dar sentido às mudanças impactantes do início do processo de envelhecimento.

Qual é a idade e como é a entrada na menopausa? É diversificada, cada uma de nós vive de maneira singular esta experiência. Entretanto, existem aspectos comuns, partilhados por todas as mulheres "maduras". Momento do "espelho negativo", na cultura ocidental, que valoriza, cultua o corpo, a beleza e a juventude e, como dito anteriormente, desvaloriza a velhice. É a juventude a qualquer preço. É claro que falamos da mulher de classe social favorecida (o que não impede com que a outra, da classe social desfavorecida, deseje): uso de hormônios, cirurgias plásticas, cremes dermatológicos e aplicação de botox e tudo mais que o mercado médico/farmacêutico tem nos disponibilizado.

E esta estranheza causada pelo não reconhecimento de si que a mulher sente diante do espelho! Se antes jovem, diante do espelho, se via com a pele lisa, brilhante, com certo viço, agora, as rugas, a opacidade da pele, o ar de cansaço, denunciam que ela "não é mais" quem já foi. Trata-se de um processo inverso, de desconstrução da identidade formada na infância, para outra, a ser construída. Lacan dizia que o sujeito se integra pelo olhar no espelho, olhar da mãe que o confirma e a identidade é construída. O espelho negativo, por esse sentido, é uma ameaça a esta integridade psicológica estruturada, afetando, portanto, a saúde psíquica.

Assim, a atitude em relação ao envelhecer dependerá de cada cultura. A nossa cultura ocidental, infelizmente, não ajudado e, ao contrário, tem contribuído para o aumento do sofrimento de muitas mulheres no enfrentamento da velhice.

A saúde pública tem contado muito com o movimento de mulheres e de feministas na formulação de políticas públicas. Em geral, as políticas e os programas privilegiam a mulher que está na fase reprodutiva, apesar de, no fim dos anos 1970, o tema da menopausa/climatério ter aparecido como fundamental no programa de atendimento integral à saúde da mulher. Ainda hoje muitas secretarias estaduais e municipais não produzem programas para que a mulher que envelhece esteja incluída dentro da linha de cuidado à mulher.

A mulher idosa já está incluída na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que em 1999 teve sua primeira portaria e, recentemente, em 2006, teve esta política revista, atualizada. Se observarmos, essa mulher da meia-idade está no *limbo*: ela não está nem lá e nem cá. Nem lá, no momento em que se encontra fértil, em plena fase reprodutiva e que por questões demográficas tem em sua defesa políticas e programas públicos de saúde, e nem cá, idosa, para a qual o momento é o de fortalecimento de ações para que a mulher idosa fique bem mais protegida.

Em 2002, o levantamento realizado sobre o atendimento à mulher na menopausa no DF indicou que poucas unidades de saúde prestam serviços ampliados para a mulher nessa faixa etária. Em geral, nestes lugares onde algo a mais é ofertado além das consultas ginecológicas, como consultas psicoeducativas de enfermagem, orientações nutricionais e de exercícios físicos, auxílio do serviço social, são atividades que partiram de iniciativas individuais dos profissionais de saúde. Ou seja, sem vínculo com uma política, um programa da Secretaria Estadual de Saúde local. Iniciativas de ginecologistas e enfermeiras que estudavam o tema e, portanto, tinham interesse profissional de trabalhar com essa faixa etária.

E a escuta psicológica? Identificamos que a equipe de enfermagem tem realizado a sua maneira este importante trabalho. Num atendimento de quase uma hora, as enfermeiras desta Unidade onde realizamos a pesquisa escutavam dores, lamentos e sofrimentos emocionais e procediam com orientações educativas. Ou seja, muitas vezes eram elas, as enfermeiras, as primeiras profissionais que ouviam "aquilo tudo que as mulheres guardaram a vida toda e nunca tiveram para quem contar, com quem compartilhar e, portanto, elaborar as experiências, perdas vividas." Por esta razão, fomos procurados por estas profissionais de enfermagem, no Caep/UnB. Elas sabiam do limite que tinha o atendimento prestado.

Naquele momento me perguntei: qual é o lugar do psicólogo na rede de saúde? E quantos somos? Em 2002, a Secretaria Estadual de Saúde do DF ofertava 4 mil vagas para médicos, 205 para assistentes sociais, 1.410 para enfermeiras e 76 vagas para psicólogos. Em novembro de 2008, a Secretaria disponibiliza 175 vagas para os profissionais de psicologia, mas informa que nem todos atuam nos serviços de saúde.

Um número bem reduzido desses profissionais de fato atua diretamente na formulação e na implementação de políticas públicas de saúde. Esses números nos dizem que a importância do trabalho psicológico ainda não é reconhecida pelos gestores da saúde, cabendo ao Conselho Federal de Psicologia corroborar sobre a relevância do saber psicológico, integrante da atuação multidisciplinar do Sistema de Saúde. A realização de eventos, como este seminário, também é uma maneira de analisarmos como tem sido nossa atuação (em quantidade e qualidade) na saúde pública.

O atendimento psicológico grupal realizado nos mostrou que as mulheres precisam falar das falências das estratégias adotadas para cumprir os seus papéis – filha, mãe, esposa, trabalhadora ,etc. Mostrou que o desconforto da menopausa pode ser o visível que pode ser falado de um invisível que não encontra caminho de expressão, algo que o atendimento psicológico poderia proporcionar. O físico rebate com sintomas às situações, reflexões, pensamentos e devaneios que a mulher não pode dizer, porque não tem alguém para escutar.

Nós, psicólogos, sabemos disso. Como este canal não está disponível, o sofrer solitário tem sido medicalizado, nas consultas médicas.

A mulher, ao passar por um consultório médico – ginecologista, psiquiatra, cardiologista – é medicalizada com antidepressivos, ansiolíticos, mesmo que ela nunca tenha tido história de depressão. As tristezas diante das desilusões, incômodos, frustrações e perdas, também diante do espelho, não encontram espaços de elaboração, de busca de sentido e significado. Os temas trazidos nos grupos de encontro com mulheres de meia-idade e também na clínica individual são: o evento em si da menopausa (desconhecido pela maioria), a sexualidade, o processo de envelhecimento e limite imposto pela finitude e os estados depressivos. O envelhecer é a questão para essa mulher. Em geral as mulheres não sabem o que é a menopausa, a desconhecem como um evento fisiológico e pouco criticam, pouco analisam como um evento sociocultural, necessitando de orientações psicoeducativas.

O preconceito em relação ao envelhecimento feminino é bem maior que em relação ao envelhecimento masculino. Segundo elas, suas falas são classificadas como, simplesmente, queixosas e sem sentido. "O problema não

é esse, os problemas são outros". Esses "outros" problemas são os desafios psicológicos, emocionais dessa história de vida que esta mulher nunca teve a possibilidade de pensar/analisar. Estamos falando de uma maioria da população brasileira que não tem acesso a uma escuta psicológica.

Sobre a sexualidade na idade madura: a menopausa não impede que o corpo erotizado continue desejoso de encontros, de afetos. Não perdemos essa erotização que foi iniciada ainda quando éramos bebê. A mulher permanece ativa sexualmente, mas existem muitas histórias de falta de prazer, devido às experiências de desafetos, de violência física e moral, situações singulares que foram vivenciadas ao longo da história e que não encontraram espaços para ser falados e elaborados. A sexualidade pode ser problemática quando vivenciamos relações amorosas, afetivo-sexual, problemáticas. Ou seja, existem encontros/casamentos falidos, com problemas de toda ordem. A mulher muitas vezes costuma ser responsabilizada, pelo companheiro, do fracasso da vida conjugal. Sabemos, por meio da escuta psicológica, que os homens também têm suas dificuldades. Entretanto, é para essa mulher que esses problemas são direcionados. Em geral, são vidas conjugais e sexuais insatisfatórias, o que não significa que a sexualidade não esteja ali e possa ser experimentada e vivenciada de maneira rica, como quando se era jovem.

Ouvimos mulheres que cuidam de netos, de filhos que ainda não saíram de casa, dependentes financeiramente desta mulher, portanto, sobrecarregadas de outros afazeres que perturbam, desalinham o curso de sua vida.

Quanto às reações depressivas: algumas das mulheres que ouvimos tinham vivenciado momentos depressivos em outras etapas da vida, mas nem todas. As pesquisas sobre climatério costumam estudar esta variável, a depressão. Mas é importante, como já dito, ter cuidado neste diagnóstico, porque nem todas as mulheres viveram perdas irremediáveis. Muitas experiências de perdas são elaboradas e não acarretam danos estruturais na personalidade.

Temos, portanto, uma discussão sobre esse tema sobre o qual eu penso ser necessário refletir. O que faz falta, de fato, é a possibilidade de expressão e busca de sentido das experiências vividas. É necessário considerar a linguagem como um material privilegiado, cujo não dito também ocupa

o seu lugar. Sabemos, como psicanalistas, que a impossibilidade de expressar a palavra, simbolizando um vazio existencial, as manifestações corpóreas expressam, de forma sintomática, uma indicação de uma vivência traumática deste momento da vida. A medicalização entra então como a promessa de atacar esses sintomas e abreviar o tratamento.

Em relação ao tema do envelhecimento: percebemos que se trata de um assunto que as mulheres não queriam analisar, apesar de este tema surgir aqui e acolá nas falas das participantes dos grupos e pensamos que se trata de um reflexo da sociedade contemporânea. A atualidade, analisada por profissionais das ciências sociais e humanas, caracteriza-se pela exacerbação do narcisismo. Como que é poder envelhecer numa sociedade em que queremos ser tudo? Talvez a confrontação com a finitude seja de fato a experiência limite do "não poder ser". Daí a importância da atuação psicológica para essa etapa de vida, pois o que a seguir é um futuro "de não ser tudo", de "impossibilidades" de se retornar àquilo que se foi um dia ou daquilo que se gostaria de ser, quando jovem. E não tendo o desejo, a mulher mais velha pode ser arrancada do próprio desejo.

Nessa experiência de intervenção psicológica grupal com mulheres de meia-idade pudemos perceber a necessidade delas em compartilhar suas experiências, de conversar com outras que se encontram na mesma etapa de vida e poder ouvir o que se está falando. Os profissionais entrevistados foram unânimes em dizer sobre a importância da escuta psicológica para essa etapa da vida, nessa perspectiva de uma clínica, uma clínica ampliada, e não essa clínica reduzida que tem "tratado" dessa mulher.

Neste paradigma de inclusão pensamos a PNH. A inclusão dos diversos saberes, do saber do paciente, não apenas dos profissionais, e dos aspectos afetivos e sociais que caracterizam este momento de vida. O saber especialista tem colocado essa mulher numa relação de assujeitamento. A clínica reduzida hegemônica é hospitalocêntrica, medicocentrada e medicalizada, atingindo não só esta faixa etária, mas a todos. É importante não perder isso de vista.

Na época da minha pesquisa li, num dos estudos sobre a menopausa, que na Suíça grande parte dos médicos não frequenta Congressos, não lê artigos científicos. Se atualiza pelos representantes de laboratórios

que passam pelos seus consultórios distribuindo amostra grátis de medicamentos, de hormônios. Isso é preocupante. Se na Suíça era, até recentemente, assim, no Brasil não deve ser tão diferente. Frequentamos consultórios médicos e vemos estes representantes de laboratórios com suas maletas de remédios. Gostaria de chamar a atenção sobre esse aspecto, pois nos preocupa que o saber científico esteja centrado nas mãos das indústrias farmacêuticas.

O papel da escuta psicológica, o acolhimento das questões relativas às experiências de vida é necessário nos processos de subjetivação. O acolhimento da estranheza diante deste novo – o envelhecimento – precisa de um lugar para ser pensado. Lembrando que é possível reavaliar e orientar a própria vida.

Como analistas institucionais, em hospitais públicos, nossa intervenção se dá num modelo de gestão e assistência fragmentada, numa rede desconectada, onde não há conversas entre a atenção primária, secundária e terciária. Há ausência de trabalho em equipe e multidisciplinar. Existem equipes médicas, de enfermagem, de psicólogos, etc., mas não existe uma equipe multidisciplinar que realiza um projeto terapêutico para o paciente, responsabilidade de todos que o atendem. A ausência do psicólogo no campo da gestão também tem contribuído para esta situação, pois é com o saber, com as questões propostas pela análise institucional que podemos melhor intervir nas linhas de cuidado da saúde.

Essa interface de atuação da psicologia com o SUS deve ser dar no plano coletivo, nas equipes de trabalhadores, de trabalhadores com usuários, repensando-se, portanto, as políticas e os programas de saúde. Falamos da inseparabilidade entre os modos de atender, de cuidar e de gerir os processos de trabalho, como afirma Regina Benevides, psicóloga, professora aposentada da Universidade Federal Fluminense e uma das mentoras da PNH. A clínica ampliada é um compromisso com o sujeito no plano coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas, com responsabilidade dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde. Nosso lugar como psicólogos é o de estimular práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalizar e adequar o uso de recursos em SUS, em especial o uso do medicamento, eliminando ações intervencionistas desnecessárias.

Ampliar o diálogo entre trabalhadores e a população, sempre nessa linha de uma gestão da saúde de forma compartilhada.

Para concluir, trago uma frase que eu ouvi na pesquisa e que reafirma a importância da escuta psicológica nos cuidados à saúde da mulher em processo de envelhecimento: "o problema é que não temos ninguém para nos ouvir. E quando se tem alguém que é todo ouvidos, como vocês, temos de aproveitar e falar. E a gente tem tanta coisa para falar e poder pensar. Uma vida toda até hoje vivida".

Obrigada.

Referências Bibliográficas

- BARROS, R. B. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Revista Psicologia & Sociedade*, 17 (2): 21-25; mai/ago.2005.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Documento Base: Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- FURTADO, A. M. Um corpo que pede sentido: um estudo psicanalítico sobre mulheres na menopausa. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, iv (3), 27-37. São Paulo: Escuta. 2001.
- GOLDFARB, D. C.. *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1998.
- LOURAU, René. *A Análise Institucional*. Petrópolis: Vozes. 1975.
- MORI, M. E. *A vida ouVida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia-idade*. Dissertação de Mestrado não publicada, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. UnB, Brasília, DF. 2002.
- MORI, M. E.; COELHO, V. L. D. Mulheres de Corpo e Alma: Aspectos Biopsicossociais da Meia-Idade Feminina. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 7(2), pp.177-187. 2004.
- MORI, M. E.; COELHO, V.L.D; ESTRELLA, R. SUS e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal. *Revista: Caderno de Saúde Pública*, FioCruz, Rio de Janeiro, 22(9):1825-1833. 2006.

O direito humano ao envelhecimento e o impacto nas políticas públicas

Desafios de uma cultura de compromisso social

Laura Mello Machado²⁰

Quero muito agradecer o convite para estar aqui, principalmente às professoras Anita Neri, Ruth Lopes e Delia Goldfarb, que me indicaram para estar aqui. E quando a conselheira Acácia Santos entrou em contato comigo, e eu vou explicar a você, Daniela Lopes, porque eu disse "Não me tire meus 20 minutos", logo de início, por ser a última. Eu fiquei extremamente emocionada e montei minha fala de uma maneira que pudesse mostrar para vocês um pouquinho da minha emoção de estar aqui hoje. Eu disse para ela que eu estaria hoje de férias, três dias de férias, porque ontem foi Dia da Consciência Negra, na minha cidade, no Rio de Janeiro era feriado, eu ia fazer essa ponte. E, realmente, diante do convite, me sinto dentro da minha casa profissional, dentro do Conselho Federal de Psicologia, trinta anos depois do dia em que eu me formei, dia 21 de novembro de 1978 e este foi meu último dia de estágio no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA), da PUC-RJ. No dia 1º de novembro eu recebi meu diploma e fiz a minha jura profissional. Então é extremamente importante e emocionante estar aqui.

Para começar minha fala, esse título me fez montar um percurso muito difícil, porque eu tinha de falar sobre envelhecimento, subjetividade, direito humano, impacto nas políticas. Então eu vou convidar vocês para um filme, um filme de mim mesma preparando essa fala. Me dei conta que começou em 1978, quando eu escolhi fazer psicologia clínica e também hoje trabalho um pouco com políticas públicas, então é possível

20. Mestre em psicologia clínica, Representante para a América Latina e o Caribe da International Network for the Prevention of Elder Abuse (Inpea), Consultora do Banco Real para o projeto Talentos da Maturidade, membro da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e representante da Associação Internacional de Gerontologia da ONU (IAGG).

e mantenho, continuo na clínica privada como psicóloga, trabalho só com pessoas idosas ou filhos de pessoas idosas, mas, naquele ano, para a gente se formar, eu tinha de fazer um estágio em clínica.

Lá fui eu para o SPA, e qual não foi a surpresa da vida, e só muitos anos mais tarde é que eu consegui entender isso. A primeira paciente que chegou e que ninguém queria pegar, naquela época, era uma mulher de 50 anos. Ninguém queria pegar essa senhora. Eu aceitei prontamente, não sei como, não sei o que me veio, só anos depois é que eu fui repensar essa questão. Eu tinha 22 anos. Em um ano, psicoterapia focal, como tem no SPA, aquela senhora que procurou, recém enviuvada, num quadro de depressão, na menopausa. E eu pensava, como foi possível, em um ano, eu conseguir prestar um atendimento a essa senhora.

Naquela época, achei que era devido aos excelentes supervisores que eu tinha. Depois, passados os meus anos de percurso profissional, entendi que já desde aquele momento eu não tinha preconceito contra as pessoas idosas. Eu acreditava que elas podiam e mereciam receber tratamento psicoterápico e que elas podiam ser beneficiadas. Eu não tenho a menor dúvida que foi isso que fez com que aquela senhora saísse.

Então, naquela época, eu nem sequer tinha instrumental teórico que a faculdade me desse para chegar àquele resultado. E, aliás, queria saber o seguinte: quem aqui nesta sala é psicólogo pode levantar a mão, se teve, no curso de graduação, Psicologia do Desenvolvimento IV, que incluiu envelhecimento e velhice, por favor. Seis pessoas. Eu também não tive. E eu acho, Daniela, que isso é um primeiro ponto que eu queria deixar aqui como contribuição, que é a atuação do Conselho Federal de Psicologia nas políticas públicas, no Ministério da Educação. A Política Nacional do Idoso recomenda a inclusão nos cursos de graduação e até hoje vocês vejam como nós não somos capacitados para exercer essa função.

Em 1978 nossos cursos de psicologia estavam centrados na criança, nós estudávamos psicologia infantil, as teorias psicanalíticas vinham carregadas de Melanie Klein, de Winnicott e de tantos outros que contribuíram para a história da psicologia clínica. Mas, para nós, psicologia do desenvolvimento parava na vida adulta.

Passaram-se 10 anos. Na minha historinha aqui eu vou de décadas em décadas. Em 1988, novamente voltei para a minha casa, a PUC do Rio de Janeiro, e o meu projeto era *Psicanálise e Velhice, resistência ou reexistência*, esse é o título da minha dissertação de mestrado, para quem quiser acessar. E de novo, eu passei pelo preconceito, ninguém queria me orientar. Não havia, dentro do curso de psicologia da PUC do Rio de Janeiro quem quisesse me orientar, porque não era uma temática sequer que aqueles professores tinham conhecimento, mas, mais do que isso, o preconceito estava ali de novo.

Em minha dissertação trabalhei sobre isso, foi buscar, arqueologicamente, onde a nossa própria ciência de alguma maneira também contribuiu enquanto saber na perpetuação desse preconceito em relação à pessoa idosa. Fazendo um histórico, rapidamente, cheguei aos dois textos principais sobre a psicoterapia e o método psicanalítico, que dizia que, se a idade do paciente estiver na casa dos 50, as condições para a psicanálise tornam-se desfavoráveis. A idade dos pacientes tem assim grande importância em sua adequação ao tratamento psicanalítico. Por outro lado, perto ou acima dos 50, a elasticidade dos processos mentais, dos quais depende o tratamento, normalmente estaria ausente.

Pessoas idosas não são mais educáveis. Isso foi Freud no início do século, quando na Inglaterra e na Europa a esperança média de vida ao nascer era de 50 anos, então as pessoas eram idosas aos 50 anos. Mas quem decidiu me receber naquela altura na PUC, em 1988, como meu orientador, Sérgio Figueira, psicanalista, era muito amigo, naquela época, de um psicanalista inglês, Peter Hildebrand, que vinha publicando muito sobre essa questão do envelhecimento. Então eu fui lá bater na porta da clínica, onde ele estava.

Só que, do momento em que eu comecei a minha dissertação de mestrado ao momento em que eu terminei, em 1988, houve mudanças na clínica e nossos rumos profissionais se diversificaram. Bom, e isso foi a minha tese de mestrado e eu continuava na clínica, comecei a atender e eu dizia: "Meu Deus do céu, meus pacientes melhoram, melhoram muito e melhoram rápido, o que é que é isso, por onde passa?". Evidentemente, fomos estudando, fomos buscando uma formação fora do Brasil e a nossa

caminhada continua, mas é só para mostrar para vocês que não só as evidências clínicas iam contrárias a esse preconceito, como a vida vinha mostrando que a expectativa de vida ao nascer vinha aumentando.

No Brasil, em 1980, a gente já tinha expectativa de vida de 63,5 anos e não se justificava essa barreira contra, essa exclusão à possibilidade de uma pessoa com mais de 50 ou mais de 60 ou mais de 70 ter acesso a um tratamento psicológico. Isso é só para dar uma ideia rápida para vocês que o nosso mundo, sim, está envelhecendo, está envelhecendo a passos largos, nos países menos desenvolvidos, muito mais aceleradamente do que nos países desenvolvidos.

Não vou perder tempo com dados. O Brasil que, em 1950, tinha 2 milhões de pessoas com mais de 60 anos, era o 16º país no mundo. Daqui a alguns anos, será o sexto país do mundo com mais pessoas acima de 60 anos, com 32 milhões de pessoas nessa faixa etária. Então o preconceito não se justifica mais, as evidências numéricas estão aí. Começamos a pensar direito humano e envelhecimento e para isso, efetivamente, a gente tem de fazer um mergulho nas políticas públicas.

Nós temos a Política Nacional do Idoso, o Estatuto do Idoso, que veio em 2003, quase dez anos após. Em 2004, veio o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Me vejo nessa retrospectiva e, felizmente, algumas colegas também aqui presentes, nós somos atores e sujeitos dessa própria história. Eu digo hoje que fico extremamente feliz por estar aqui dentro da minha casa, vendo essa temática sendo incorporada e a importância dessa temática sendo incorporada e discutida dentro do Conselho de Psicologia.

Já foi mencionada aqui a importância da mídia nos direitos humanos. Embora o Estatuto do Idoso já estivesse tramitando no Congresso e debaixo das gavetas para ser aprovado, essa questão do preconceito é muito forte. A gente bate na porta. A gente faz um enorme trabalho e a gente leva muito tempo para pensar. E eu acho que é do domínio desse Conselho aqui que pensar isso, dessa profissão, do nosso conselho profissional. A barreira do preconceito é tão grande que é difícil mover as políticas públicas na área do envelhecimento. A criança, o jovem, o adulto sempre passam na frente e, se possível, mesmo em termos de políticas, a do idoso vai ficando para trás.

Não fosse aquela novela, talvez hoje o Estatuto do Idoso ainda não tivesse sido aprovado. Quer dizer, a força que isso ganhou na sociedade brasileira fez que aquele projeto do senador Paulo Paim (PT-RS), que estava debaixo da gaveta viesse à cena, graças à força da mídia.

Marcos legais internacionais, também rapidamente. Aliás eu vou voltar aqui antes para fazer uma análise crítica sobre a questão das políticas públicas nacionais. Avançou-se muito nos últimos anos. Já temos vários programas, várias ações, mas para o idoso saudável. O idoso saudável, graças a Deus, aquele ativo e com dinheiro, ele já está bem. Mesmo os sem dinheiro, se percorrermos esse Brasil inteiro, as Secretarias de Ação Social estão cheias de programas, graças a Deus, de lazer, para essas pessoas idosas. Eles vão lá, eles dançam, eles se encontram nos Centros de Convivência. A nossa Política Nacional do Idoso, comparada a qualquer outra política da América Latina, dispara, é a mais completa, efetivamente é completa, mas ainda deixa muito a desejar. A crítica que a gente faz a essas políticas e mesmo ao estatuto, que é muito bem-feito, é sobre os programas e ações para o idoso frágil. O idoso frágil, aquele que precisa de assistência, do ponto de vista da saúde mental, ele está absolutamente negligenciado pelas políticas públicas.

Nós vamos ter oportunidade de ouvir aqui Dra. Mônica Yassuda, que vai falar especificamente de uma paciente, uma pessoa idosa com demência e seus familiares. Nós não temos rede social, nós não temos centros diurnos de atenção. Recai no cuidado sobre a família, e nós vimos as famílias sem condições para assistir esse idoso. Então esse é o primeiro ponto, talvez, para a Carta de Brasília, para que se registre aqui a importância que tem o profissional da área de saúde mental, em particular o psicólogo, na atenção ao idoso frágil no nosso país.

Em termos de políticas internacionais fizemos um longo percurso desde 1948, aqui lembrado hoje, como os 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, passando pela Primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento. O que eu poderia dizer assim tão rapidamente sobre a importância dessa assembleia? Primeiro, que foi a primeira. E aí eu volto a dizer, em 1982, um pouco antes, era o momento em que as Nações Unidas e todos os seus Estados membros se deram conta da

importância da conquista do envelhecimento e do impacto que ele ia ter para as políticas públicas.

Mas o que aconteceu nessa mesma época? A epidemia da Aids começou no mundo, Peter Hildebreng, por exemplo, passou a trabalhar com a Aids. Então, a verba destinada à epidemia da Aids no mundo, não tenho a menor dúvida, atrasou os avanços para a questão do envelhecimento, inclusive da produção científica e das verbas de pesquisa. Felizmente, vinte anos depois, em 2002, nós tivemos a Segunda Assembleia Mundial do Envelhecimento, que destacaria como um dos pontos principais o reconhecimento da importância de que os próprios idosos sejam protagonistas e de que eles reivindiquem, avaliem as políticas e direcionem sugestões.

Já foi mencionada, pela manhã, e eu quero retomar, a importância de o Brasil ter sediado, aqui em Brasília, em 2007, a Segunda Conferência Internacional. Foi resultado deste encontro a Declaração de Brasília, em que foi proposta pioneiramente pelo Brasil a possibilidade de uma Convenção das Pessoas Idosas. Para quem não conhece – que eu agora estou descortinando e tentando entender nos últimos três anos essa questão da ONU – uma convenção está para a política de envelhecimento mundial assim como o estatuto está para a política nacional, ou seja, já existe um plano internacional do envelhecimento, mas sem uma convenção a gente não tem força jurídica para que os Estados membros das Nações Unidas efetivamente disponham recursos e se comprometam com aquilo.

Mais ou menos em 1998, 2000, a gente tinha Política Nacional do Idoso, mas não tinha um estatuto, e vocês vejam como mudou depois do estatuto. Nós fizemos ano passado uma pesquisa com idosos, se eles sentem que houve uma melhora em termos de respeito aos seus direitos. Eles sentem que estão sendo mais respeitados e eles mencionam que é graças ao estatuto. Então é nesse caminho que nós estamos. No caminho de o Brasil efetivamente ter, como nunca, um reconhecimento internacional enorme. E a Convenção sendo liderada pelo Brasil e pela América Latina está tendo, assim, uma grande força, mas isso leva anos, como disse o ministro Vannuchi pela manhã. É muito diálogo, muita conversa, mas é nesse caminho internacional que a gente tem de caminhar.

Às vezes a gente vai a fóruns e mesmo à Conferência Nacional das Pessoas Idosas, discute-se muito o estatuto, que é importante. E quando a gente vem mencionar a importância do Plano Internacional de Madri, como eu fui em alguns grupos de idosos, ano passado, no Rio de Janeiro, eles dizem assim: "Não, mas espera aí, eu quero discutir a minha política, aqui, local. Não quero saber dessa coisa internacional". Mas uma coisa está ligada à outra. O português, a língua portuguesa não é língua oficial na ONU, então a gente vai tentar conversar com as secretarias a possibilidade de traduzir este documento, que é um documento norteador de políticas públicas internacionais. E não adianta o Brasil ser pioneiro na luta de encabeçar os direitos humanos das pessoas idosas se, minimamente, quem está trabalhando lá na ponta, com política pública com idoso, não tem acesso, por uma questão até de barreira de linguagem a esse documento.

E fica uma questão. Avançamos em termos de políticas internacionais, efetivamente? E a gente cai na mesma questão que na política nacional. Avançamos, avançamos muito, estamos no caminho de uma convenção mas, volto a dizer, é difícil, é árdua a luta, é uma militância difícil porque para romper a barreira do preconceito e para que todos os países membros da ONU assinem é uma dificuldade.

Vou trazer um exemplo do que eu estou falando, para trazer concretamente. Vocês viram o percurso de políticas internacionais na ONU, uma coisa da maior importância que o Brasil também foi signatário, todos os países membros, que foram as metas do milênio. Todos conhecem as metas do milênio descritas pela ONU? Só para lembrar a vocês: envelhecimento não está lá. A questão do envelhecimento não é contemplada. Esse é um documento de 2001. E aí vem a questão de que continuamos lutando contra a questão do preconceito. É difícil para o psiquismo humano pensar e romper a barreira de que nós somos finitos, de que nós estamos envelhecendo, e de que nós podemos, como mostrou o filme, esperemos que não, mas todos nós podemos um dia ser pessoas portadoras de alguma dependência. Isso no psiquismo humano é de tal dificuldade na concepção que talvez seja uma das maiores barreiras.

Ainda somos muito poucos. O envelhecimento está aí, nós psicólogos temos de nos capacitar. É uma nova demanda, nós temos de estar preparados para a questão do envelhecimento no século XXI. Quando a gente vai para essas conferências internacionais, são muitas as mesas-redondas para crianças, são muitas no direito das mulheres, nos direitos dos indígenas, nos direitos dos gays e na questão do envelhecimento havia duas ou três mesas. A colega conselheira hoje pela manhã mencionou o art. 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que contempla a velhice já em 1948, mas contempla ainda numa visão medicalizada. O art. 25 fala na questão do direito à segurança, desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice. Ela contempla, mas ela contempla a velhice.

Coube a nós a mostrar o seguinte: muito embora o art. 25 mencione levemente a questão do envelhecimento, no art. 2 "todo homem tem capacidade para gozar os direitos e liberdade estabelecidas nessa Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, social, riqueza, nascimento ou qualquer outra condição". Onde está a discriminação por idade neste documento? Diz-se: "sem distinção de qualquer espécie, seja de", não tem a palavra idade. Normal, era 1948 quando foi feita a Declaração Universal dos Direitos das Pessoas, absolutamente normal a questão da idade, da discriminação por idade. Por exemplo, no mercado de trabalho ainda não era uma questão.

Excluir a referência ao envelhecimento da Declaração Universal dos Direitos Humanos poderia ser e compreensível aceitável há 60 anos, hoje é indesculpável. Portanto, faz-se necessária, sim, a mobilização dos governos, da sociedade civil e de todos os Estados para que efetivamente a gente caminhe no sentido de uma Convenção dos Direitos das Pessoas Idosas.

Por que é que, por exemplo, foi mencionado pelo ministro Vannuchi, hoje pela manhã, que 37 países membros da ONU foram consultados e foram contra a Convenção das Pessoas Idosas? Tem custo também. Tem um custo, tem um impacto econômico, tem o impacto social, porque a partir do momento que existe uma ratificação, existe um compromisso pelos Estados membros na assinatura daquele documento. Isso significa,

sim, políticas públicas nacionais; isso significa, sim, investimento financeiro, mas, volto a dizer, é a chance que nós temos.

O Brasil efetivamente está liderando esse processo, mas isso depende de muito diálogo, depende de toda a sociedade civil organizada, e nós aqui, Conselho, eu acho que temos também o nosso papel no sentido do caminho. E por que não uma Convenção das Pessoas Idosas, quando se tem desde 1969 de raça, 1981 de mulher, 1990 das crianças, aprovada este ano a dos portadores de necessidades especiais. Por que não dos direitos dos idosos? Por que quando se falava na criança, na mulher ou nos portadores de necessidades especiais todo mundo via como um processo natural novamente. Por que na hora que chega no idoso: "Ah, não, o idoso vai trazer muito custo, não vamos assinar"?

Então, eu termino a minha conferência voltando para nós, voltando para a psicologia, voltando para uma foto feita em 1978. Não foi uma foto, foi uma caricatura que meu ex-marido fez para que a gente pudesse divulgar o Primeiro Seminário sobre Envelhecimento, o primeiro curso sobre envelhecimento que fiz, então na Universidade Cândido Mendes. Ele ali quis mostrar como é difícil para nós nos vermos na pele de uma pessoa idosa. Nós não nos sentimos com a idade que temos. Não importa a idade que qualquer um de vocês tenha aqui, vocês não se sentem com a idade que vocês têm e há uma profunda dificuldade de se imaginar daqui a alguns anos.

A mensagem que eu deixo é de esperança, é uma mensagem de que alguns dos pontos que a gente mencionou aqui vão para essa Carta de Brasília. Eu estou com 52 anos, estava com 22 a 30 quando me formei e espero, daqui a 30 anos, com 82, quem sabe, estar aqui com vocês no Conselho Federal de Psicologia, num mundo que efetivamente contemple o que a ONU tanto prega, uma sociedade para todas as idades. E quando nós chegarmos a esse modelo, provavelmente a gente não vai precisar mais de estatuto, a gente não vai precisar de filas especiais para pessoas idosas, a gente efetivamente vai ter uma sociedade inclusiva, uma sociedade construída para todas as idades. E que a gente tenha efetivamente relações intergeracionais, eu acho que são modelos, também já foi falado aqui que a gente não tem tempo, a questão da solidariedade que eu acho que é um caminho.

Esperemos que a gente tenha melhores dias, inclusive para a política, que a Convenção das Pessoas Idosas possa ser assinada. E, para terminar, mencionar a vocês que no ano que vem nós vamos ter o Congresso Mundial de Gerontologia em Paris. Convido todos que quiserem a estar conosco lá, discutindo as questões do envelhecimento. Agradeço o convite do Conselho e esperamos efetivamente que o Conselho possa suprir essa dívida, como nós comentamos hoje de manhã. Acho que o Conselho ainda pode fazer muito, eu tenho certeza que vai fazer em prol da saúde mental das pessoas idosas.

**Saúde e envelhecimento:
prevenção e promoção**

Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção

As necessidades afetivas dos idosos

Anita Liberalesso Neri²¹

Quando fui convidada para esta mesa, tive liberdade para a escolha do tema. Escolhi falar sobre *As necessidades afetivas dos idosos*, por três motivos. Primeiro porque essa é uma questão que tem relação direta com prevenção e promoção da saúde. Em segundo lugar, porque é uma questão evolutiva importante. Em terceiro, porque é uma área à qual venho dedicando esforços de pesquisa há vários anos. Vou focalizá-lo sob um ponto de vista da Psicologia do Envelhecimento, numa perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life span*) e, também, sob o ponto de vista da Psicologia Positiva, um movimento que prioriza a consideração das razões pelas quais os seres humanos florescem, e não aquelas que determinam desajustamento, patologias e perdas.

Será que as necessidades afetivas dos idosos são diferentes daquelas que caracterizam pessoas vivendo outras fases da vida? Veremos que não é assim.

A primeira necessidade afetiva dos seres humanos é o amor, que entre os gregos era concebido como um fenômeno com três formas de manifestação: Eros, Filia e Ágape. O que será que isso tem a ver com envelhecimento, com possibilidade de envelhecer bem e com a possibilidade de ganhar recursos psicológicos para enfrentar as vicissitudes do envelhecimento?

Consideremos primeiro Eros, o amor erótico, que se manifesta com maior ênfase na juventude e na vida adulta, quando tem óbvio sentido filogenético, ou seja, está a serviço da continuidade da espécie. Tem

21. Psicóloga, doutora em Psicologia pela USP, professora livre-docente e titular pela Unicamp. Cientista visitante no Instituto Max Planck for Human Development and Education em Berlim, Alemanha, em 1994 e 1998. Introduziu o paradigma *life span* em Psicologia e em Gerontologia no Brasil.

também importância ontogenética, na medida em que as relações de intimidade e o prazer derivado do contato com o parceiro funcionam como forças motrizes do autoconhecimento e do crescimento pessoal. O Cântico dos Cânticos, livro do Antigo Testamento, celebra o amor erótico como um símbolo da aliança de Deus com seu povo: "Põe-me como um selo em teu coração, como um selo sob os seus braços, porque o amor é forte como a morte, a paixão é violenta como o sheol (habitação dos mortos), seus ardores são chamas de fogo, os seus fogos, a chama do Senhor" (3, 2-3).

Em outra passagem, esse livro enfatiza a intimidade que se estabelece entre os amantes: "Vou levantar-me e percorrer a cidade, as ruas e as praças, em busca daquele que minha alma ama. Procurei e não o encontrei, os guardas encontraram-me quando faziam a ronda da cidade. Vistes acaso, aquele que minha alma ama?" (3, 8-6). Ou seja, aquele de que minha alma conhece a intimidade, aquele ao qual eu me liguei em favor do cumprimento de objetivos adequados ao meu crescimento e ao crescimento do parceiro. Neste sentido, a intimidade está a serviço do desenvolvimento e da integração da personalidade. O amor erótico associado à intimidade remete ao desenvolvimento do *self*, o qual beneficia o indivíduo, seu parceiro e a descendência. Para Erich Fromm, em *A arte de amar*, de 1964, a intimidade é um dos temas centrais do desenvolvimento adulto: "O desejo de fusão interpessoal é o mais poderoso anseio do ser humano, é a paixão mais fundamental, é a força que conserva, juntos, a raça humana, o clã, a família e a sociedade" (p. 34).

A intimidade está também a serviço do cuidado, que se traduz no cumprimento de três conjuntos de ações: a de educar e proteger a descendência; a de criar ideias, valores, bens materiais e bens espirituais, e a de oferecer e manter esses elementos. Essas ações encontram a sua máxima impressão na meia-idade e na velhice, por meio do que Erick Erikson, em *O ciclo de vida completo*, definiu como geratividade, ou tendência a passar o bastão para a geração seguinte. Na vida adulta, a geratividade relaciona-se com a procriação, a proteção e a educação da prole. Na meia-idade, ela se expande para a consideração das novas gerações o desejo de atuar como conselheiro e mentor. Na velhice avançada, pode

significar a preocupação com o bem-estar da humanidade. A sabedoria é a característica do ego que deriva da resolução da crise psicossocial que coloca em oposição e complementaridade a geratividade e a estagnação. A geratividade está associada com a continuidade do indivíduo para além de sua existência material. Segundo McAdams, Hart e Maruna, em texto de 1998, é expressão do desejo simbólico de imortalidade.

O cuidado comporta múltiplas manifestações, incluindo a interdependência entre os contemporâneos, os mais jovens e os mais velhos, e as entre estes e as novas gerações. Cuidar na meia idade e na velhice é uma tarefa normativa que, se por um lado pode acarretar ônus de natureza física, social, e psicológica, por outro pode trazer ganhos afetivos e sociais. Numa perspectiva de interdependência, cuidar é um processo de dar e receber, um caminho de mão dupla. Implica responsabilidade, palavra que remete à ideia de responder pelo outro. Implica respeito, que significa olhar para o outro, ou seja, de conhecê-lo e levar em conta as suas características e os seus desejos.

O cuidar implica igualmente autoconhecimento advindo de nossos contatos com os nossos iguais. Esse é um grande motivo que leva as pessoas mais velhas a buscar apoio nos contemporâneos, principalmente se são relações de longa data e selecionadas ao longo da vida. Na velhice o bem-estar dos idosos depende muito mais de associações de livre escolha e das amizades de pessoas da mesma geração do que das relações obrigatórias, como as conjugais, as parentais e as familiares. Elas são úteis à adaptação se e quando proporcionam conforto psicológico, informação sobre si mesmo e confirmação da identidade, da relevância da trajetória individual e dos valores pessoais.

O segundo aspecto do amor é a amizade, ou filia. "A glória da amizade não é a mão estendida, nem o sorriso carinhoso, nem mesmo a delícia da companhia, mas a inspiração espiritual que vem quando você descobre que alguém acredita e confia em você", diz um inspirado autor desconhecido. Essa é a essência das relações interpessoais, tão valorizadas entre as pessoas mais velhas, e cuja ausência as faz sofrer.

O conceito da amizade remete às noções de rede de relações sociais e de companheirismo. A existência de uma rede de relações sociais oferece

garantias de pertencimento a uma rede de relações comuns e mútuas. Ao longo de toda vida, ajuda as pessoas a encontrar sentido nas suas experiências de desenvolvimento, principalmente quando elas são não normativas ou são adversas (exemplos: morte de entes queridos, doenças, desemprego, exílio, imigração, sofrer violência). O grupo auxilia pessoas de todas as idades a interpretar expectativas pessoais e grupais e a avaliar as próprias realizações e competências, com base em processos de comparação social e temporal. Estes ajudam a manter e a melhorar a autoestima, propõem metas de desenvolvimento e dão elementos para o autoconhecimento.

Como em qualquer idade, os velhos precisam das redes de relações sociais para saber que são amados, cuidados e valorizados. Adicionalmente, garantem que, em caso de doença e incapacidade, poderão receber apoio instrumental, material e afetivo. É comum idosos dizerem que têm poucos amigos mas que eles são suficientes para preencher suas necessidades afetivas. Não se trata de um problema, mas de um processo de seletividade socioemocional, que favorece a adaptação. Na velhice de fato ocorre uma redução na rede de relações. A ênfase é na qualidade e não na quantidade. Ao contrário, as interações dos jovens dos jovens são dominadas pela necessidade de ampliar o leque de informações sobre o mundo e sobre si. Na velhice, também ocorre uma redução adaptativa na intensidade e na variedade das expressões emocionais, o que ajuda os idosos a lidar com as perdas e a otimizar suas capacidades. A regulação emocional, ou equilíbrio entre afetos positivos e negativos, é muito melhor na velhice do que na juventude. Nos velhos existem mais afetos positivos, embora a expressão deles seja menos variada e intensa.

Os idosos são mais capazes que os jovens de vivenciar emoções mais complexas e, simultaneamente, emoções positivas e negativas. Os velhos têm maior satisfação na vida, ao contrário do que vulgarmente se pensa; têm menos tédio e menos pressa. Têm mais senso de domínio sobre o meio, quando as condições de atuar sobre ele estão preservadas, ou quando são capazes de gerar estratégias compensatórias.

A terceira manifestação do amor é a comunhão, não só de corpos, mas de mentalidades. Esse significado do amor coloca os seres humanos em contato com a transcendência, que dá sentido à existência material.

O senso de transcendência pode ser um apoio para lidar com eventos incontroláveis, cuja probabilidade de ocorrência aumenta com o passar dos anos. Idosos mais capazes de atribuir sentido ao sofrimento e de lidar com os sentimentos e as cognições, em substituição a procurar resolver os problemas de forma instrumental, são menos expostos à depressão, à ansiedade, a doenças e à vulnerabilidade psicológica.

O amor sob suas três formas de manifestação é, portanto, uma importante necessidade afetiva dos idosos. Outra necessidade afetiva importante é a alegria que se associa à exploração do ambiente, por exemplo por meio do lazer, do desfrute e da exploração das relações com outras pessoas. Não é verdade que os velhos não têm interesse por nada. Idosos de todos os níveis sociais podem ter uma vida interior rica, com objetivos orientados ao *self* e ao mundo externo. A presença de afetos positivos resultantes dessas interações está associada à maior longevidade, a respostas mais adaptativas do sistema cardiovascular e do sistema imunológico, a mais recursos cognitivos, incluindo o senso de autoeficácia, à maior capacidade de eliciar suporte social, a mais comportamentos de autocuidado em saúde e à melhor saúde física.

Quanto mais intensos e frequentes os afetos positivos, maior a capacidade dos idosos de acionar recursos psicológicos para enfrentar emoções negativas e para diminuir a intensidade das respostas fisiológicas automáticas associadas a afetos negativos. Quanto maior a complexidade emocional, maior a capacidade de preservar emoções positivas em situações difíceis de dor e de estresse. Em contextos mais seguros e mais previsíveis, o idoso torna-se mais capaz de expressar emoções positivas e negativas, ao contrário do que acontece em contextos de ameaça e incerteza, onde prevalece a atenção a demandas imediatas e ocorrem emoções mais negativas. Quanto mais afetos positivos, mais fortalecidos se tornam os idosos para enfrentar estresse, dor física, ansiedade e o ônus físico e psicológico do cuidado. Competências emocionais traduzem-se em resiliência psicológica, que significa a capacidade de adaptar-se, mediante recursos pessoais em interação com os sociais. Idosos mais resilientes tendem a sentir-se mais felizes, a ter mais gosto pela vida e mais esperança, que funcionam como mecanismos protetores.

Uma terceira necessidade afetiva dos idosos é de domínio, controle e autonomia, temas recorrentes ao longo do desenvolvimento, mas de importância peculiar nessa idade, justamente porque a velhice ocasiona riscos à manutenção dessas condições. Estatisticamente falando, uma porcentagem muito pequena de idosos na faixa dos 65 anos tem grave incapacidade – cerca de 6% –, mas a taxa sobe para cerca de 25% por volta dos 75 anos e de 50% nos idosos de mais de 90 anos. No entanto, mesmo com incapacidade, desde que na ausência de depressão grave, dores crônicas e inatividade física, os idosos podem funcionar bem com as competências físicas, sociais e psicológicas de que dispõem. As autocrenças sobre capacidade física e cognitiva e a resiliência emocional funcionam como recursos adaptativos relevantes à manutenção do bem-estar subjetivo e da funcionalidade, mesmo na presença de perdas. A existência de recursos de apoio social e, paralelamente, a competência do idoso para evocá-los ou lidar com eles interage de forma decisiva com os recursos pessoais.

Retomemos a pergunta inicial. As necessidades dos idosos são diferentes daquelas que caracterizam pessoas vivendo outras fases da vida? Como se pode perceber, o ponto de vista central à minha apresentação é que não. Existe universalidade quanto às manifestações do amor erótico, que transitam para a intimidade, para o cuidado e para a geratividade; da necessidade de afiliação, que é fundamental ao desenvolvimento e que se relaciona com a constituição e a manutenção da rede de relações sociais e, na velhice, com a seletividade emocional; da necessidade de comunhão, que é uma forma de encontrar sentido na existência e de ampliar o autoconhecimento. As manifestações do amor ligam-se à alegria, à exploração e ao desfrute; ligam-se ao domínio, à autonomia e à realização, que colaboram para a construção de afetos positivos e contribuem para o senso de autorrealização e o senso de autoeficácia.

Estamos, pois, diante de um conjunto de necessidades que existem em continuidade ao longo de toda a vida, com diferentes formas de manifestação, diferentes relações com a adaptação individual e

diferentes contribuições à cultura. Essas relações remetem à questão da subjetividade, que é construída com base na interação da pessoa com seu grupo e com os elementos da cultura. Na velhice, ela é da maior relevância para a adaptação, por moderar a influência dos riscos e das perdas físicas, psicológicas e sociais sobre a funcionalidade física e cognitiva e sobre o bem-estar subjetivo.

Qual é o papel do psicólogo e, por extensão, do Conselho Federal de Psicologia em relação à promoção de saúde na velhice, tendo a subjetividade como um mediador? Um dos papéis do Conselho Federal de Psicologia deve ser incentivar a formação de psicólogos nos campos do envelhecimento e da velhice, psicólogos com uma boa e específica base teórica, infelizmente ainda pouco conhecida e desenvolvida no Brasil.

Entre os caminhos possíveis, aponto a produção de conhecimentos e o ensino de qualidade, em uma perspectiva *life span*, ou seja, de que a velhice e o envelhecimento ocorrem no contexto do desenvolvimento que dura toda a vida. Aponto também a produção de literatura de divulgação e a educação permanente orientada a idosos e a não idosos, as quais podem ajudar a diminuir os preconceitos em relação aos idosos e à velhice. Um terceiro caminho importante é a preparação de profissionais para atuação nos sistemas público e privado de saúde, oferecendo suporte, orientação, reabilitação e alívio, investindo em possibilidades de autocuidado e autodesenvolvimento.

Nesse campo, impõe-se uma mudança de perspectiva. Os idosos não são indivíduos a ser tutelados pelos profissionais, pelo governo ou por outras instituições. São indivíduos donos de sua história e da história de seu tempo. Têm discernimento, capacidade de escolha e experiência, condições que devem ser respeitadas. Envelhecer implica perdas, mas também em ganhos. Mediante atuações embasadas em solidez teórica e discernimento na análise das condições de contexto, os psicólogos podem apoiar os idosos, na sua justa busca por continuidade no desenvolvimento e por bem-estar. Podem ajudar a sociedade a construir as condições necessárias ao desenvolvimento e ao envelhecimento bem sucedidos de todos os seus membros.

Referências Bibliográficas

ERIKSON, E. *O ciclo de vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas. Trad. do original em inglês de 1997 por Adriana Veríssimo Veronese. 1998.

FROMM, E. *A arte de amar*. Belo Horizonte: Itatiaia. Trad. do original em inglês s/d por Milton Amado. 1964.

McADAMS, D. P.; HART, H. M. e MARUNA, S. Anatomy of generativity, p. 7-44. In: McADAMS, D. P.; AUBIN, E. de St. *Generativity and adult development*. Washington, DC: American Psychological Association. 1998.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade, p.13-60. In NERI, A. L. (org). *Qualidade de vida na velhice*. Enfoque multidisciplinar. Campinas: Papirus. 2007.

Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção

Afetividade e sexualidade na maturidade: a vida continua

Helena Brandão Viana²²

Nesses anos de estudo na área do envelhecimento, tendo contato com a literatura específica e trabalhando com pessoas idosas, pude verificar alguns fatos que ocorrem com o envelhecimento, como é fantástico o desenvolvimento da personalidade do idoso e seu posicionamento diante de alguns fatos. Porém, quando a minha mãe começou ter o mesmo comportamento descrito na literatura, parece que não foi assim, tão interessante e natural. Como, então, a sociedade vai lidar com essa realidade que o idoso vive?

Meu tema desta tarde é afetividade e sexualidade na maturidade. Meu estudo de doutorado foi sobre sexualidade na velhice e a primeira barreira que eu encontrei foi a falta de literatura nacional, porque é uma temática bastante estudada já em outro países, mas ainda há falta de literatura no Brasil, pelo menos de autores nacionais sobre a sexualidade do idoso.

Trago os dados de uma pesquisa da professora Carmita Abdo sobre sexualidade geral. Ela descreve esses resultados no livro *Descobrimeto da Sexualidade no Brasil*. Num pequeno trecho da pesquisa que fala sobre a sexualidade do idoso, ela traz um dado: após os 60 anos de idade, 20% de mulheres e 5% dos homens relataram que o desejo sexual diminuiu com a idade, ou seja, 80% das mulheres e 95% dos homens têm desejo sexual semelhante ao que tinha na vida adulta. E a sexualidade não é restrita ao ato sexual em si, mas envolve outros aspectos da vida, inclusive afetividade, que inclui sentimentos, emoções, paixões, estado de humor e as pulsões.

22. Graduada em Educação Física, mestre e doutora na área de envelhecimento pela Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Participou de intercâmbio no Departamento de Pós-graduação em Gerontologia na Simon Fraser University, no Canadá.

Muitas vezes a sexualidade é discutida como se fosse ligada somente ao ato sexual, e como se pessoas que não mais se relacionam sexualmente estivessem destituídas da própria sexualidade. Como isso então se processa no envelhecimento? A temática da vida afetiva e sexual do idoso é pouco abordada pelos pesquisadores, ou seja, nós temos inúmeros estudos sobre inúmeras temáticas na gerontologia, mas a questão da sexualidade ainda é pouco abordada, ainda temos muito a aprender.

Foi um pouco desse caminho que tentei trilhar nessa trajetória do doutorado, em que tive de fazer uma incursão nessa população idosa. Eu já trabalho com idosos há sete anos na universidade, um grupo grande que tenho lá, mas também precisei ir a outros grupos e ouvir o que os idosos tinham a me dizer sobre sexualidade na velhice. Com meu grupo de idosas, até aquele momento, nunca havia conversado sobre sexualidade. Nós fazíamos atividades físicas, culturais e muitas outras coisas. Um dia, escrevendo um artigo sobre sexualidade do idoso, fui conversar com esse grupo. Foi fantástica a troca de informações com elas. Percebemos que, quando nos dispomos a falar de um assunto como o sexo, de maneira natural, da mesma forma que costumamos abordar outros assuntos como desenvolvimento humano, ou temas nutricionais, e quando os idosos percebem que você está ali profissionalmente, querendo ensinar e aprender, as dúvidas aparecem, eles conversam com você, eles perguntam e contam coisas que nos ajudam a começar a construir como realmente é a sexualidade do idoso a partir da fala dele. Não adianta ficarmos conjeturando, precisamos realmente coletar esses dados e essas informações do próprio idoso.

Lembrando de um documentário em que Gianni Rato, já velhinho, de cabeça branca, fica muito bravo quando está indo para uma reunião de trabalho e o taxista pergunta-lhe se ele ainda trabalha. O taxista se espanta e diz: "Nossa, mas o senhor ainda trabalha?" E ele fica muito bravo e fala que o "ainda" não existe. Ele comenta que, quando somos crianças, as pessoas nos perguntam se você "já". Você "já" sabe escrever? Você "já" vai à escola? Então quando vamos envelhecendo as pessoas vão perguntando se "ainda". Você "ainda" ouve bem? Você "ainda" enxerga bem? Você "ainda" trabalha? Você "ainda" faz sexo? Você "ainda" tem vida

sexual? É como se o envelhecimento trouxesse todas essas perdas, e que algumas coisas não são mais próprias ao idoso.

Quem costuma ditar essas regras de comportamento, do que é ou não adequado ao idoso, normalmente não são idosos. Alguns jovens dizem a suas mães: "Mas você vai com essa roupa? Não está boa, acho que a saia está muita curta para a sua idade!". E não é só a questão do vestuário. Muitas idosas, que ficaram viúvas, afirmam que não "puderam" refazer a vida, ou mesmo namorar, por proibição ou oposição de filhos e parentes.

Na questão da viuvez e nova vida amorosa após a perda de um cônjuge, alguns filmes têm tratado de forma carinhosa e bela esse fato. Temos os Filmes *Elsa e Fred* e *Camila*, que abordam de maneira natural e cheia de poesia a sexualidade do idoso. Mas cenas de amor entre pessoas idosas são bem recebidas pelo público em geral? O que é bonito de se ver na tela? Que tipo de pessoas, na opinião do público, é agradável de ver na tela em um ato de amor? E o que acontece com o olhar do outro, quando é o idoso que está nessa situação? Trabalhando isso com meus alunos na faculdade, ao passar esses filmes, algumas vezes esses há certas manifestações de espanto ao ver a cena de amor ou de beijos entre dois idosos. E pergunto a eles se quando eles envelhecerem, não vão mais beijar na boca ou fazer amor com a sua companheira porque ficaram velhos? Parece às vezes que o campo da sexualidade e da afetividade é restrito à juventude.

Pudemos ouvir nas palestras anteriores o culto que existe ao corpo jovem, do que é belo e das questões comportamentais que não são mais apropriadas para o idoso. José Ângelo Gaiarsa afirma que não se sabe o que pesa mais sobre o velho: se é a idade que ele tem ou a forma como a sociedade os trata. A visão que a sociedade tem cria os estereótipos.

Certa vez pedi para a um aluno que entrasse na sala de aula e convencesse a todos, sem falar nada, de que ele era um idoso. Ele entrou devagarzinho, fingindo usar uma bengala, e com uma voz diferente, rouca, fraca. Quer dizer, qual é o estereótipo que as pessoas têm dos idosos? Esse não é o idoso que nós temos na atualidade. A porcentagem de idosos fragilizados que tem esse estereótipo é muito pequena. Nós temos realmente uma presença enorme, e cada vez maior, de pessoas

que estão vivendo mais, que estão chegando à velhice com muito mais saúde e podendo vivenciar todas as coisas que nós vivenciamos na vida adulta, podendo manter todas essas atividades. Mas a sociedade ainda enxerga o idoso com uma fragilidade excessiva.

E então temos a questão da imagem corporal que esse idoso desenvolve, pelo olhar do outro. Isso fica retratado na fala de Simone de Beauvoir, quando ela fala que se olha no espelho e não se reconhece na velhice. Porque a gente realmente não se vê velho. O velho é sempre o outro. Afirmações do tipo: "Nossa, você viu fulano, como está velho?". Sempre o olhar do outro nos envelhece, porque a gente realmente não se enxerga na idade que temos, parece que, por dentro, as mudanças são diferentes. Se não tivéssemos tantos espelhos em nossa sociedade, talvez o processo de envelhecimento pudesse ser mais ameno, pelo menos nesse quesito.

O olhar do outro sobre nós reflete em nossa autoestima. Isso não afeta só o idoso, mas com esse bombardeamento da mídia e essa busca pela juventude, como se só a juventude fosse bela, afeta mais intensamente os não "jovens e belos", aqueles todos que fogem dos padrões de beleza ditados pelos veículos de comunicação visual. Numa sociedade que valoriza um corpo ativo, um corpo útil, como fica o corpo do idoso nessas transformações, de algumas perdas naturais que ele sofre nesse processo? Como isso tem afetado emocionalmente o idoso? Como isso tem afetado a sexualidade os relacionamentos afetivos dos idosos?

Montagu, em seu livro, fala da importância da afetividade e do contato físico propriamente dito, embora a maioria das pesquisas que ele cita tenha sido feita com crianças e adolescentes, ele menciona também que o idoso é a faixa etária que menos recebe naturalmente contato físico. Quando a gente é criança todo mundo abraça, aperta, aperta a bochecha. Os pais também abraçam, põem no colo. Enfim, a criança recebe geralmente bastante afeto. O adolescente, vai se afastando paulatinamente dos afetos paternos, mas se envolvem com as namoradas e amigas, e continuam a receber carinho e afeto físico. Na fase adulta, vem o casamento, onde temos o companheiro, os filhos pequenos com quem trocamos afeto.

Mas quando envelhecemos, os filhos já foram embora e vem a questão da síndrome do ninho vazio que já foi mencionada. Às vezes os netos não moram mais perto, porque avô adora também apertar os netos, e os netos normalmente são muito afetivos com os avós. Mas se o idoso perde seu parceiro, quem dá afeto para essa pessoa? E o contato físico, como várias pesquisas na literatura mostram, é imprescindível para a saúde humana. A falta de afeto e de contato físico afeta a saúde do adulto, do adolescente e do próprio idoso. Em detrimento disso, o idoso conta com uma vantagem para compensar algumas dessas perdas. Uma delas é a libertação.

A libertação é uma coisa muito interessante de percebermos no idoso. Normalmente, quando chegam aos 60 anos, uns antes, alguns um pouquinho depois, quase todos alcançam uma libertação social, quando então não se importam muito com a opinião do outro. Nessa fase da vida, o idoso alcança um nível de desenvolvimento da personalidade no qual importa mais o que ele próprio acredita. Isso é muito bom para o idoso, quando ele deixa aquela regra, aquele estereótipo, aquele padrão de comportamento que a sociedade dita para ele e começa a fazer aquilo que ele acredita ser apropriado, inclusive no tocante à vida afetiva e sexual. Então há a oportunidade de assumir aquilo que ele quer e de fazer suas próprias escolhas. Na experiência de trabalho com os idosos, isso é muito visível. Eles realmente se apropriam disso. E falam assim: "Não, não quero mais, não faço mais isso".

Em uma das entrevistas nas quais tive oportunidade de falar sobre o meu trabalho de doutorado, o repórter perguntou-me por que algumas pessoas idosas deixam de se manter ativas sexualmente na velhice, e por que algumas se negam a continuar ativas. Na experiência que tive, do contato e entrevista com as idosas, o que se percebe, às vezes (a mulher mais que o homem), é que o idoso se utiliza da velhice para interromper a vida sexual. Alguns falam: "Vou me aposentar", para deixar a vida sexual, não porque eles não possam se manter ativos, mas, muitas vezes, porque não tiveram, ou não estão tendo, uma vida sexual satisfatória. Como não têm tanto prazer nisso, então se "aposentam". Eles se dão o direito de não fazer mais o que não lhes dá prazer. Isso acontece em vários setores da vida, e acontece na sexualidade também.

De certa forma, com esse desenvolvimento da personalidade, o que observamos é que o idoso pode se manter feliz nessa parte também, pois tem outra perspectiva e outra visão sobre a sexualidade. Entende que a sexualidade envolve outras coisas da vida, como a afetividade, o companheirismo, o comprometimento. Isso foi abordado de forma muito linda no filme, pois, embora a personagem brigasse bastante com ele, de repente, apareceu a questão do afeto, a valorização de estar com o outro. E o idoso, supostamente, tem mais tempo para amar. O idoso não está mais nessa correria em que o jovem está, de criar os filhos, de estar na busca do trabalho incessante. Ele vive mais o seu presente do que o próprio jovem.

O jovem vive numa perspectiva de felicidade futura: "Quando eu me aposentar, eu vou fazer isso"; "Quando eu terminar isso, eu vou viajar pelo mundo". E o idoso tem essa possibilidade de, então, com sabedoria, vivenciar aquilo que ele tinha vontade em tempos passados, porque o tempo para ele agora tem outra dimensão. Eles também são mais experientes em muitos aspectos, e alguns aprenderam muito sobre o próprio corpo, sobre o funcionamento do corpo e muitas vezes têm um diálogo diferente com o seu próprio parceiro ou com outro com o qual se relaciona.

Bárbara Anderson afirma que talvez só com a idade, quando a personalidade alcança seus últimos estágios de desenvolvimento, o sexo e a forma de amar alcancem seu mais profundo crescimento. Interessante que em uma das palestras que fiz no processo de doutorado, tive uma experiência de um casal que me chamou para conversar no final da minha fala. Ele havia sido padre, e falou: "Eu sou padre ainda, pelo menos me considero". E contou a sua história. Ele, padre espanhol, veio como missionário para trabalhar na Amazônia. Lá conheceu uma freira que estava no mesmo projeto e se apaixonaram, aos sessenta e poucos anos, os dois. Ele conta que perdeu seu posto na igreja, porque um padre não poderia casar. Eles relataram ali a linda história de amor que eles encontraram na maturidade. A paixão da vida dele era a igreja, até que ele encontrou Maria, que foi uma pulsão enorme à qual ele não pôde resistir. E eles estão juntos, vivendo ali, não têm filhos pois ela já estava

na menopausa. Estavam extremamente felizes de terem encontrado o amor nessa fase da vida. E vemos claramente aqui a relação do amor, do sexo e da qualidade de vida.

A própria Organização Mundial de Saúde preconiza a questão da vida sexual como um fator de qualidade de vida. Na minha pesquisa de mestrado, isso foi o que me impulsionou a estudar sexualidade no doutorado. Quando apliquei um questionário da Organização Mundial de Saúde numa população de idosos, tínhamos dois grupos, um de idosos ativos e outro de sedentários. As pessoas que eram ativas fisicamente avaliaram sua vida sexual como mais satisfatória do que os não ativos. Aquilo ficou martelando na minha cabeça. Qual a influência da atividade física na sexualidade e na percepção da qualidade de vida?

O próprio Instituto Nacional de Envelhecimento confirma que muitas pessoas continuam com uma vida sexual ativa e satisfatória na velhice. Pesquisas francesas e americanas têm apontado que a vida sexual da pessoa idosa é muito semelhante à vida que ela teve na fase adulta. As mudanças fisiológicas que acontecem, que muitas vezes podem prejudicar a vida sexual, são mínimas, e a maioria pode ser solucionada com acompanhamento médico e/ou psicológico. Se mantivermos uma vida ativa fisicamente, vamos poder continuar correndo, jogando bola, quando envelhecermos. O que falamos para os idosos é o seguinte: não adianta não treinar e querer jogar, pois então vai se sentir muito cansado. Quem não treina com frequência, no dia do jogo, também não tem um bom desempenho. Para manter a vida sexual com qualidade, tem de manter-se ativo nessa atividade também.

Li num artigo escrito por um médico em um jornal de Jundiaí, no qual ele recomendava atividade sexual, no mínimo três vezes por semana, com duração mínima de 20 minutos, para melhorar o funcionamento cardiovascular das pessoas idosas. Era um artigo voltado realmente para o público idoso. A atividade sexual é importante até para o bem da saúde física. A sexualidade também é uma autoafirmação do funcionamento do próprio organismo, de como esse organismo ainda está ativo, saudável. A melhora na autoestima é muito visível, conseqüentemente trazendo melhora para a qualidade de vida.

Já ouvimos falar hoje sobre a questão do narcisismo e do olhar do outro. Uma das minhas idosas testemunhou que a afetividade dela, quer dizer, a disposição dela em estar com o marido depende de como ele a olha, e o que ele fala para ela. Então o dia em que ele fala: "Nossa, como você está bonita", ela fala: "Ai, nossa, hoje até namoro com ele". Mas se ele faz uma crítica, ela não quer saber dele aquele dia. A mulher é muito alimentada pelo olhar do outro e nós temos também de entender que nosso desenvolvimento, o desenvolvimento da personalidade da mulher, é muito diferente do homem. Homens e mulheres devem procurar entender melhor as estruturas emocionais um do outro para que possam encontrar, na questão da vida sexual, uma sintonia que possa ser ainda usufruída na fase do envelhecimento.

Por todos esses fatos, é importante que a sexualidade da pessoa idosa seja discutida nas universidades, em palestras, nos centros que trabalham com os idosos. Atualmente tem ocorrido um aumento na incidência de doenças sexualmente transmissíveis entre os idosos, pois eles não têm informação adequada, têm dúvidas sobre a questão da sexualidade. Na época em que ele foi criado, pelos tabus que existiam, não se falava naturalmente de sexualidade na família e muitas vezes nem na escola. Portanto ele cresceu com essas dúvidas. Muitas mulheres relataram que tiveram dificuldade em ter uma vida sexual com o próprio parceiro, porque cresceram escutando que sexo era feio, pecado e errado. Essa castração cultural, e muitas vezes religiosa, que existe em relação à sexualidade, muitas vezes minimiza que o ser humano, que o adulto e, principalmente, a pessoa idosa viva com intensidade tudo aquilo que ela merece, incluindo a continuidade da vida sexual para uma promoção de saúde e uma melhora da qualidade de vida.

Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção

A atuação do psicólogo na detecção precoce das alterações cognitivas e na prevenção e reabilitação das demências

Mônica Sanches Yassuda²³

Eu sou a Mônica Yassuda, agradeço a presença, especialmente devido ao adiantado da hora, agradeço a permanência de todos aqui na nossa última mesa. Queria agradecer o convite também e fico muito feliz de ver o nosso Conselho se debruçando sobre a questão do idoso. Eu também estou comemorando vinte anos de Psicologia, então também para mim é uma alegria muito grande estar aqui como vocês hoje. Na verdade eu acho que eu me sinto um pouco prova viva de que o casamento entre a Psicologia e a Gerontologia é absolutamente viável.

Minha formação inicial foi na década de 80, no Instituto de Psicologia na Universidade de São Paulo, depois fiz a pós-graduação voltada para o envelhecimento. E hoje dou aula, sou docente na Universidade de São Paulo, no primeiro curso brasileiro de graduação em Gerontologia. Fico muito contente de poder atuar nesta área hoje no Brasil. Selecionei aqui, para minha participação neste evento, falar um pouco sobre a participação do psicólogo no universo do declínio cognitivo, das demências e do que nós chamamos hoje de comprometimento cognitivo leve. Poderia também ter falado sobre a depressão, que também é uma patologia frequente entre idosos. Apesar de menos frequente do que em pessoas mais jovens, há presença significativa de sintomas depressivos entre os idosos. Mas eu achei mais útil voltar meu tempo aqui à questão das demências e do declínio cognitivo, porque acho que a participação do psicólogo no tratamento da depressão já é mais consagrada do que a participação do psicólogo no diagnóstico e no

23. Mestre e doutora em Psicologia do Desenvolvimento Humano, professora doutora da Universidade de São Paulo (USP), atua na área de Psicologia, com ênfase em Gerontologia.

tratamento dos pacientes portadores das demências e também no acompanhamento das famílias.

Vou falar sobre esse contínuo cognitivo. Na verdade, quando pensamos em cognição, estamos falando das nossas funções mentais superiores, das nossas funções mentais mais complexas, como linguagem, memória, funções executivas, atenção, habilidades visoperceptivas, visoconstrutivas. E esse fenômeno, o envelhecimento cognitivo, é muito heterogêneo. O perfil cognitivo do idoso realmente se apresenta de diversas maneiras.

Assim, temos indivíduos idosos que envelhecem, e apresentam o que nós chamaríamos de um envelhecimento normal, ou então de senescência cognitiva, isto é, aquele idoso que apresenta as alterações na memória que são já esperadas, que nós sabemos que ocorrem mesmo, mesmo na ausência de patologia. Por exemplo, as alterações que são notórias na memória episódica, que é a capacidade do idoso de fazer novas gravações. Sim, ele grava, mas ele tem mais dificuldade para fazer essas gravações, ele precisa de mais pistas do contexto, ele precisa se esforçar mais, precisa de várias exposições. Temos também a tradicional, já muito divulgada e documentada, dificuldade que os idosos têm em memória operacional.

Depois nós temos os idosos que desenvolvem quadros patológicos, neurodegenerativos, como é o caso da doença de Alzheimer, ou as demências de origem vascular, que explicam a vasta maioria das demências entre os idosos. Temos também as demências menos frequentes, como as demências por corpúsculos de Lewy, a degeneração lobar-fronto-temporal, etc.

E temos o que vem recebendo muita atenção dos pesquisadores e dos profissionais da saúde, o que é chamado, hoje, de comprometimento cognitivo leve (CCL), isto é, as alterações cognitivas que estão além daquelas que já são conhecidas para o envelhecimento dito normal ou saudável, mas esses indivíduos idosos não apresentam prejuízo significativo na sua vida ocupacional, na sua vida social. Continuam cuidando das suas medicações, dos seus afazeres financeiros, mas quando é realizada uma testagem objetiva, esses idosos estão muito abaixo, ou pelo menos, 1,5 desvios-padrão abaixo da média. Este critério é muito problemático na

realidade brasileira, porque nós não sabemos exatamente o que é normal em termos de desempenho cognitivo para muitas provas, mas, enfim, essa zona de transição tem recebido atenção, porque idosos que são diagnosticados como portadores de comprometimento cognitivo leve têm mais risco de desenvolver quadros demenciais.

Meu objetivo aqui é discutir a inserção do psicólogo no diagnóstico dessa zona de transição das demências e o que nós podemos fazer para a promoção e a prevenção desses quadros, a promoção da saúde mental e a prevenção dessas dificuldades. Quanto à epidemiologia das demências, é bonito ver como esse campo tem crescido no Brasil. Nós temos diversos estudos realizados no Brasil, publicados nacional e internacionalmente. Estes que eu listei aqui são só alguns dos estudos publicados. Queria destacar dois trabalhos do grupo do professor Cássio Bottino, do Projeto Terceira Idade (Proter), que já existe há dez anos no Instituto de Psiquiatria.

Eles publicaram recentemente uma estimativa da prevalência de demência em uma amostra de 1.563 idosos na cidade de São Paulo, em três grandes bairros, e acharam uma prevalência de 6,8%, ou seja, aproximadamente 7% de demência, e uma prevalência de aproximadamente 16% de prejuízo cognitivo e/ou funcional, não exatamente de demência, mas idosos que pontuavam positivamente em provas cognitivas ou em escalas de atividades de vida diária. Temos também o estudo de Catanduva, coordenado pelo professor Nitrini, do setor de Neurologia da Faculdade de Medicina da USP, que também encontrou 7,1% de demências nessa cidade.

Temos o estudo Sabe (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), que já foi mencionado hoje aqui, temos também o Epidoso (Epidemiologia do Idoso), de São Paulo. Assim, temos hoje sólidos estudos sobre o declínio cognitivo no Brasil, nem todos realizados em São Paulo. Apenas para destacar, no estudo do Cássio Bottino, ele encontrou a doença de Alzheimer como sendo responsável por 60% dos casos.

Tanto as estimativas de prevalência como a frequência de cada uma das demências encontradas no Brasil estão alinhadas com os estudos internacionais, isto é, nós temos encontrado prevalências próximas às

de outros países. A demência vascular, que está associada a episódios cardiovasculares, representa uma porcentagem bastante inferior, 16%, e o restante são outras demências. Os estudos vêm confirmando a forte associação entre idade, escolaridade e os quadros demenciais. Então, quanto mais alta a idade, maior o risco para desenvolver demência, e quanto menor a escolaridade, maior a chance também de o indivíduo idoso desenvolver essas patologias.

O que eu destaco são oportunidades de contribuição do profissional psicólogo, desde que treinado e capacitado para fazer essa atuação. Queria destacar aqui os critérios diagnósticos que são encontrados no DSM-IV, que é o Manual Diagnóstico e Estatístico da Associação Americana de Psiquiatria, na sua quarta edição, para a doença de Alzheimer. Não vou me aprofundar, mas um dos critérios, que é muito importante, é o desenvolvimento de múltiplos déficits cognitivos, e o prejuízo de memória. No caso da doença de Alzheimer, é importante que haja documentação de que aquele indivíduo idoso tem um prejuízo de memória e também um declínio em alguma outra função cognitiva, que pode ser linguagem, visopercepção, funções executivas, etc. E para atingir critérios de demência, a pessoa tem de ter também uma alteração na esfera social, uma alteração na esfera profissional, que é o oposto do caso do paciente com comprometimento cognitivo leve, que tem preservação nessas esferas.

No caso da doença de Alzheimer, é importante que haja uma evolução gradual e contínua, o que é o oposto do que ocorre na demência vascular, que normalmente ocorre em degraus. E não pode haver outras doenças que expliquem o declínio cognitivo, ou outras desordens do eixo um, por exemplo, a depressão, explicando o declínio, porque senão não seria Alzheimer. E também esses déficits cognitivos não ocorrem somente na presença de delirium, que é o estado confusional agudo. O que eu queria destacar aqui é que o profissional psicólogo devidamente treinado, e principalmente um profissional que tem especialização em neuropsicologia, pode contribuir para o diagnóstico das demências, na documentação objetiva do declínio cognitivo, porque o profissional médico, seja ele neurologista, psiquiatra ou geriatra, normalmente não

tem o treinamento necessário para fazer uma avaliação detalhada das funções cognitivas.

Eu destaco aqui os critérios diagnósticos para o comprometimento cognitivo leve, que estão bastante consagrados na literatura, apesar de polêmicos. Para um idoso ser considerado portador de comprometimento cognitivo leve, ele deve ter queixas de memória, que são confirmadas por alguém da família ou alguém próximo. O desempenho cognitivo dessa pessoa deve estar abaixo do que é considerado normal, isto é, abaixo de 1,5 desvios padrão, tendo, entretanto, estabilidade funcional, social, ocupacional, e, em geral, não atingindo os critérios para demência.

Novamente, o profissional psicólogo devidamente treinado pode contribuir para essa avaliação cognitiva detalhada que consegue identificar idosos que estão com o desempenho abaixo do esperado. Já vou ressaltar aqui a dificuldade que nós temos com os instrumentos, porque muitos instrumentos psicométricos não se encontram ainda devidamente validados, normatizados para a população idosa brasileira. É um dos grandes desafios que nós temos nessa área e os psicólogos podem significativamente alterar esta situação.

Nós temos de nos preocupar com o CCL. É um grupo que tem maior risco para desenvolver demência. Identificando pessoas que estão declinando, nós podemos também iniciar uma intervenção precoce, antes que a pessoa efetivamente desenvolva um quadro demencial. Luiz Ramos, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), escreveu um artigo, em 2003, e documentou na amostra do Epidoso, que ele vem seguindo há mais de dez anos, quais fatores estavam associados à mortalidade naquela amostra. Como é um estudo longitudinal, as pessoas vão morrendo ao longo dos anos, infelizmente, e ele estudou quais os fatores que tinham a capacidade de predizer quem iria a óbito. E ele destaca coisas conhecidas como idade (quanto mais idoso maior a chance), quanto maior o número de doenças também maior a chance de falecer, mais hospitalizações prévias, etc. E ele destaca que o declínio cognitivo também foi significativamente preditivo de mortalidade, assim como dependência, isto é, precisar de ajuda de outras pessoas para as atividades diárias.

E ele destaca que nessa lista de fatores preditivos de mortalidade somente dois poderiam ser considerados mutáveis e passíveis de intervenção: a dependência e o declínio cognitivo. Então, como eu trabalho na área de treino cognitivo, eu sempre uso este artigo do Luiz Ramos para justificar o nosso trabalho. Talvez possamos intervir no declínio cognitivo e promover a autonomia e a independência do indivíduo idoso.

Destaco também as contribuições do psicólogo na prevenção das demências, onde o psicólogo poderia atuar para evitar o declínio cognitivo ou então postergar o aparecimento das demências. Temos um campo muito fértil de atuação, por exemplo, nas atividades educativas, informando sobre declínio cognitivo, sobre o que são as demências, a promoção da noção do engajamento mental e dos seus benefícios. Quando eu comecei a estudar cognição, na década de 90, a tese de que o engajamento mental poderia proteger o indivíduo idoso do declínio cognitivo era uma hipótese. Hoje nós temos estudos sólidos, todos recentes, de 2000 para cá, envolvendo 1.500, 4.000, 5.000 pessoas, alguns feitos na Europa. A doutora Fratiglioni trabalha muito nessa área, assim como Scarmeas e Stern em Nova Iorque, vem seguindo coortes de idosos com metodologias sofisticadas. Esses pesquisadores vêm conseguindo mostrar que aqueles idosos que se mantêm engajados em atividades – e é interessante observar que não são só atividades intelectuais, que exigem o funcionamento do cerebral mais intensamente, mas também idosos que se mantêm engajados socialmente, que mantêm uma rotina de lazer intensa – são idosos que têm risco menor para o desenvolvimento das demências.

Nós temos evidências hoje muito interessantes, muito significativas, apoiando essa noção da atividade mental, do envolvimento, do engajamento com a vida. E o psicólogo pode promover a noção de que é importante, sim, se manter engajado.

O terceiro ponto diz respeito à oferta de intervenções cognitivas, como as oficinas de memória, o treino cognitivo, quando nós ensinamos o que são as estratégias mnemônicas, como implementá-las, e oferecemos a oportunidade de prática intensa com atividades cognitivas.

Nós estamos fazendo isso no curso de gerontologia da USP, no Campus Leste, e já estamos na nossa terceira oficina de memória, que é

uma das oficinas mais procuradas. Neste ano eu tenho aproximadamente 60 pessoas inscritas. Fazemos um trabalho educativo com relação às estratégias. Uma parte das aulas é teórica, e a outra parte é prática, na qual os idosos praticam intensivamente as estratégias com os alunos de gerontologia. Tem sido uma experiência muito interessante. Temos tentado publicar os resultados, e nos congressos também estamos apresentando esses dados.

Quero falar também sobre um estudo que fizemos no Hospital das Clínicas, no Instituto de Psiquiatria. Uma aluna da gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH-USP) fez seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) sobre treino cognitivo com pacientes diagnosticados como portadores de CCL. Ela trabalhou com 34 idosos e, nesse caso, o treino foi voltado para as atividades de vida diária. Nós trabalhamos com atividades simuladas de compra e de troca. O idoso tinha de fingir que estava no supermercado, comprar uma lista de itens que ele tinha de memorizar. Chegando ao caixa, ele tinha de fazer mentalmente a soma dos itens, e conferir troco. Depois, ele fingia que era o caixa do supermercado. O protocolo era bastante ecológico, voltado para os desafios diários que todos nós vivemos. Fizemos as análises estatísticas desses dados e foi muito interessante, pois conseguimos um aumento bastante significativo na habilidade para fazer compras e lidar com dinheiro, medidas por meio de uma escala de atividade de vida diária objetiva, na qual você pede para o idoso fazer várias coisas, várias tarefas. Nós estamos em processo de validação e normatização para a população idosa.

Fizemos também outro estudo no Instituto de Psiquiatria, em 2005. Nós medimos uma enzima, que está associada ao bom funcionamento dos neurônios, e detectamos alterações biológicas como efeito do treino cognitivo. Esta é uma área na qual temos investido bastante e temos obtido alguns resultados muito interessantes, tentando olhar qual é o impacto do treino cognitivo nas medidas biológicas.

Sobre as contribuições do psicólogo no diagnóstico das demências e do CCL, creio que nós podemos contribuir documentando se há ou não declínio cognitivo além do esperado, podemos elaborar um perfil cognitivo que contribui tanto para o diagnóstico, como para orientar as famílias e

também para o desenho da reabilitação. É importante que o profissional que irá oferecer a reabilitação saiba se há prejuízo de memória, se há prejuízo de atenção, de linguagem, para poder modelar a reabilitação. E, como eu disse a vocês, temos enorme carência de instrumentos psicométricos validados, padronizados, normatizados para a população idosa brasileira.

O Conselho Federal de Psicologia vem fazendo um trabalho muito significativo incentivando que nossos instrumentos passem por estudos rigorosos de validação, normatização, padronização. Muitos dos nossos instrumentos estão validados para as crianças, para os adolescentes, mas nós não temos as normas para a população idosa brasileira. É um grande desafio sabermos o que é normal para a nossa população, principalmente devido à escolaridade limitada da maioria dos nossos idosos.

Tenho aqui um exemplo. Eu sempre digo que a tabela abaixo é o sonho de toda neuropsicóloga que trabalha com idosos no Brasil.

The (RAVLT) applicability for Brazilian elderly population

Table 2 - Performance for different measures on RAVLT according to age bracket

Age	60-64 Years			65-69 Years			70-74 Years			75-79 Years			80-84 Years			85-89 Years			
	Total	Male	Female																
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
A1	5.8 (1.7)	5.8 (1.7)	6.0 (1.7)	5.9 (1.8)	5.9 (1.8)	6.0 (1.8)	5.9 (1.8)	5.9 (1.8)	6.1 (1.7)	6.0 (1.8)	6.0 (1.8)	6.1 (1.7)	5.9 (1.8)	5.9 (1.8)	6.0 (1.8)	5.8 (1.7)	5.8 (1.7)	6.0 (1.8)	5.8 (1.7)
A2	7.8 (1.8)	7.8 (1.8)	7.8 (1.8)	8.2 (1.8)	8.2 (1.8)	8.7 (1.7)	7.8 (1.8)	7.8 (1.8)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)	8.1 (1.7)
A3	9.8 (1.8)	9.8 (1.8)	10.0 (1.8)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.9 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)	9.4 (1.7)
A4	10.7 (1.8)	10.7 (1.8)	11.3 (1.8)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.8 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)	10.3 (1.7)
A6	12.9 (1.8)	12.9 (1.8)	13.2 (1.8)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	12.0 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)	11.8 (1.7)
B1	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.7 (0.7)	4.7 (0.7)	4.7 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)	4.8 (0.7)
A6	10.9 (1.7)	10.9 (1.7)	11.1 (1.7)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	10.0 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)	9.9 (1.6)
A7	10.2 (2.0)	10.2 (2.0)	10.6 (2.0)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	10.0 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)	9.7 (1.9)
ITP	5.8 (0.9)	5.8 (0.9)	5.8 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)
ITN	5.8 (0.9)	5.8 (0.9)	5.8 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)
VE	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)	5.9 (0.9)
DAIAS	45.7 (8.7)	44.2 (8.5)	47.3 (8.8)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	47.3 (8.8)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)	45.1 (8.4)
REG	11.3 (3.8)	10.8 (3.8)	11.9 (3.9)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.8 (3.8)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)	11.0 (3.6)

Malloy-Diniz et al., 2007, Rev Bras Psiq

Esse instrumento, o Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey, é um dos poucos instrumentos para o qual nós temos normas. O estudo

foi publicado em 2007, na *Revista Brasileira de Psiquiatria*, por Malloy-Diniz, da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), e o pessoal de São Paulo, como o Daniel Fuentes, também contribuiu. Num esforço colaborativo, conseguiram fazer tabelas para os idosos de 60 até 89 anos, estratificadas por homens e mulheres – o que é muito raro para os instrumentos disponíveis no Brasil. Eu fico muito feliz que ele já exista, mas nós temos um viés nesse estudo.

Todos os idosos que participaram daquela amostra têm pelo menos quatro anos de escolaridade. Ainda assim, nós temos dúvidas: e quando for avaliado alguém que tenha 0, 1, 2, 3 anos de escolaridade? O que seria então normal? Então, esse estudo deveria ser replicado com escolaridade de 0 a 3. Mas nós estamos lentamente avançando. Temos um campo enorme, uma oportunidade enorme de trabalho no desenvolvimento das normas para a população idosa brasileira dos instrumentos neuropsicométricos, neuropsicológicos, para avaliar a cognição do idoso.

E também temos a esfera das possíveis contribuições do psicólogo no cuidado ao portador e sua família. As intervenções psicoeducativas na família são importantes para que saibam o que são as demências, como deve ser o cuidado da pessoa que é portadora, para que as pessoas também compreendam qual é o impacto dessas patologias na dinâmica familiar. Muitas famílias e muitos pacientes precisam de suporte terapêutico para poder enfrentar esses desafios. Arranjos familiares precisam ser feitos, assim como ajustes ambientais. Equipes de cuidado muitas vezes têm de ser contratadas. Em muitos casos, vale a pena investir em reabilitação neuropsicológica, principalmente nos quadros mais iniciais. O psicólogo pode ser integrado a uma equipe multiprofissional, porque na maioria das vezes o cuidado ao portador de demência não é uniprofissional. Ele envolve o profissional médico, o profissional fisioterapeuta, o profissional psicólogo e vários outros que precisam se comunicar, se entender, se coordenar, para que a pessoa possa receber um bom cuidado.

Queria destacar que nós temos ainda poucas iniciativas de estudos sobre reabilitação multiprofissional para idosos portadores de demência. No Instituto de Psiquiatria nós iniciamos, em 2007, o que chamamos de "hospital dia" para portadores da doença de Alzheimer que tenham pelo

menos 17 pontos no Miniexame do Estado Mental. Nós não estamos trabalhando com idosos que tenham prejuízo muito significativo, mas que ainda podem participar de atividades grupais. Aliás, esse projeto recebeu o prêmio do Banco Real Talentos da Maturidade na sua 10ª edição, na categoria Programas Exemplares. Cinco programas foram contemplados e este programa foi um deles, recebendo a premiação em novembro de 2008.

O paciente que entra nessa intervenção participa de sessões de arteterapia, terapia ocupacional, estimulação cognitiva por meio de xadrez e outros jogos, pelo menos noções básicas de xadrez, fisioterapia. Depois, na quinta-feira, participa de sessões de reabilitação cognitiva, fonoaudiologia e educação física. Temos hoje uma equipe de psiquiatras, gerontólogos, alunos de gerontologia, fisioterapeutas, psicólogos, trabalhando em equipe multiprofissional, oferecendo este programa de reabilitação para os idosos portadores.

Nós temos feito, também, pesquisas com esses dados. Existe uma tese de mestrado e um TCC tentando avaliar a eficácia dessa intervenção. Temos de verificar quais são os benefícios da participação, que leva doze semanas, 24 sessões. Temos um grande desafio à nossa frente, a necessidade urgente de formar recursos humanos, e nós estamos aqui tratando do caso dos psicólogos, para atuar e intervir nesse campo, no campo da gerontologia.

Como nós podemos preparar os psicólogos para detectar declínio cognitivo? Todos que trabalham com a população idosa têm de estar minimamente preparados para enxergar o declínio cognitivo, para poder encaminhar, e também para contribuir com o processo diagnóstico e todo o processo de cuidado aos portadores das demências. Nós temos na lei a previsão que os currículos de graduação e pós deveriam inserir na sua programação disciplinas sobre envelhecimento, mas nós estamos muito longe ainda dessa realidade. Eu queria até destacar pela experiência que eu tive aqui, conversando com várias pessoas, observando que as instituições mais recentes têm conseguido se adaptar a essa exigência mais facilmente do que as instituições tradicionais.

Eu fiz uma breve busca no Sistema Júpiter da USP – sinto-me mais à vontade para falar sobre a USP porque eu estudei lá e sou docente lá, assim estou falando sobre a minha própria casa. Fiz ali um levantamento

sobre as disciplinas da graduação em Psicologia e existem 267 disciplinas registradas no Sistema Júpiter. O interessante é que as palavras envelhecimento ou idoso não aparecem nenhuma vez, em nenhuma dessas 267 disciplinas. Então a situação, pelo menos da USP, é ainda muito parecida com a situação de quando eu estudei lá, nos anos 80.

As palavras *criança* e *adolescente* aparecem várias vezes nas disciplinas, mas as palavras *envelhecimento* e *idoso* não aparecem ainda. Entrei até nas ementas das disciplinas sobre desenvolvimento e nem nelas o tema envelhecimento é abordado. Não existe, pelo menos eu não achei, envelhecimento IV. Nós temos uma instituição tradicional, que oferece esse curso há vários anos, e nós temos aí o grande desafio de inserir, atrair profissionais que possam dar conta dessas disciplinas e desses temas na USP. Vejo que em outras instituições mais jovens esses temas estão contemplados.

Conversando com a Kátia Maria Pacheco Saraiva, que apresentou trabalho aqui no seminário, sobre a Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Poços de Caldas, soube que neste curso bem mais recente, que tem três anos, esta exigência já está contemplada. Nos cursos tradicionais nós temos ainda muito trabalho a fazer.

Quero fazer algumas sugestões, por onde eu acho que nós temos de caminhar. Temos de trabalhar mais duramente na divulgação dos eventos científicos, das pesquisas, das oportunidades de atuação na graduação em Psicologia, sobre as oportunidades no campo do envelhecimento. Conversei com a professora Anita Neri e acho que nós, os psicólogos que fazem parte das associações de gerontologia, como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), talvez possamos nos esforçar mais para aproximar o Conselho Federal de Psicologia do que acontece na SBGG. Eu acho que é importante tentar divulgar os eventos no site, enfim, fazer uma aproximação. Todos nós temos de nos empenhar pela inclusão de disciplinas sobre o envelhecimento na graduação e pelo oferecimento de disciplinas também nos cursos de pós-graduação e nas especializações que existem na área. Acho que nós temos também que lutar por maior apoio aos programas de graduação, de pós-graduação e pelas especializações em gerontologia.

Compartilhando experiências

Compartilhando experiências

Envelhecimento, subjetividade e saúde: experiências de intervenção psicológica por meio da extensão universitária

Hilma Tereza Tôrres Khoury²⁴

Eu selecionei para falar nesta roda de conversa um assunto a que dei o nome, para combinar com o título do seminário, de *Envelhecimento, subjetividade e saúde: experiências de intervenção psicológica por meio da extensão universitária*. Na verdade, vou apresentar uma experiência de trabalho com pessoas idosas que faz parte de um programa de extensão, por mim coordenado na Universidade Federal do Pará (UFPA). O título do programa é *Velhice bem-sucedida, intervenções psicológicas para adaptação ao envelhecimento, a promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida*. Os objetivos são: a) oferecer serviços de orientação e apoio psicológico a pessoas na meia-idade (45 a 59 anos) e idosas (60 anos e acima); b) contribuir para a adaptação ao processo de envelhecimento; c) favorecer a preservação da capacidade funcional, que é o critério de velhice saudável, de acordo com a geriatria e a gerontologia; d) contribuir para a melhoria da qualidade de vida.

A equipe desse programa de extensão, além da coordenadora, é constituída atualmente por três bolsistas, estudantes de graduação em psicologia, Marina Dalmácio, Paulyane Nascimento e Rafaela Gurjão.

Os primórdios desse programa de extensão remontam a 1994, mais precisamente de 1994 a 1999, quando eu tinha um projeto de extensão que chamei de *Trabalho com grupos: uma proposta para o desenvolvimento psicossocial de idosos*. Esse projeto acontecia na Universidade da Terceira Idade (Uniterci), no programa de extensão do curso de Serviço Social, onde eles ofereciam cursos, palestras, educação

24. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), professora e pesquisadora com ênfase na área de Psicologia do Envelhecimento Universidade Federal do Pará (UFPA).

física e uma série de outras atividades para pessoas idosas. Em 1994, não só eles não tinham um psicólogo, mas quase nenhum dos grupos de convivência ou centros de convivência possuía o profissional psicólogo. Então eu lhes ofereci um projeto para fazer atividades psicossociais com os idosos e eles aceitaram, foi uma experiência muito bonita.

Na época, inclusive, a Olga Morais, que está aqui presente, era estudante e trabalhava comigo como bolsista nesse projeto. Nosso referencial era a Psicologia Social mesmo, que foi uma disciplina que eu lecionei por muitos anos lá na UFPA. Nós trabalhávamos com dinâmica de grupo: reuníamos os idosos em grupo, fazíamos exercícios de dinâmica, exercícios de sensibilização, dramatizações e, a partir dali, procurávamos discutir com eles atitudes em relação à velhice, visando a resgatar a autoestima; ressignificar a velhice como uma fase onde não há somente perdas, mas onde ainda é possível aprendizagens, descobertas e realizações. Tivemos bons resultados, evidenciados nos depoimentos dos participantes. Algumas senhoras vinham contar que tinham resolvido ser "garota propaganda" para uma farmácia que estava recrutando idosos para um comercial e coisas do gênero.

Outro antecedente foi o período de 2000 a 2004, quando estive na Universidade de Brasília (UnB), fazendo meu doutorado sob orientação da professora Isolda Günther. Minha pesquisa para a tese de doutorado tinha o título: *Controle primário e controle secundário: relação com indicadores de envelhecimento bem-sucedido*. Foi uma pesquisa realizada em Brasília com 315 idosos, 104 homens e 211 mulheres. Os dados, entre tantas outras coisas, mostraram associação entre a percepção de controle e indicadores de velhice bem-sucedida, tais como independência e diversificação de atividades. Quando eu voltei para Belém, para a UFPA, decidi fazer a mesma pesquisa lá. A amostra foi constituída por 471 idosos (178 homens e 293 mulheres) e os dados confirmaram alguns dos resultados que nós obtivemos na pesquisa de Brasília. Além disso, corroboraram a literatura nacional e internacional, que apontam a percepção de controle, juntamente com a percepção de autoeficácia – da qual a professora Anita Neri falou aqui – como crenças associadas a maiores níveis de independência, desempenho e plasticidade comportamental na velhice.

Esses dados todos, somados à literatura da geriatria e gerontologia, mostram que o critério de velhice saudável – capacidade funcional – se traduz em independência e autonomia. Além disso, dados da Psicologia do Envelhecimento, especialmente aqui no Brasil, nos trabalhos da professora Anita Neri e seu grupo, têm revelado que fatores psicossociais, como as crenças de controle e crenças de autoeficácia estão associadas à manutenção da capacidade funcional na velhice.

Assim, concluímos que a velhice saudável não depende apenas de aspectos biológicos e de hábitos de vida, como geralmente a medicina costuma enfatizar. Quando você assiste à palestra de algum geriatra, eles sempre mostram aquela famosa curva do envelhecimento saudável e do envelhecimento patológico. Mostram que a curva do envelhecimento saudável não declina tanto em relação ao patamar em que estava quando você era adulto, mas no envelhecimento patológico, a curva declina bastante. Quais são os fatores responsáveis? Fatores genéticos, hábitos de vida, fatores ambientais e sociais. Ninguém se lembra dos fatores psicológicos.

No entanto, há inúmeras pesquisas nacionais e internacionais mostrando que os fatores psicológicos, especialmente as crenças de controle e de autoeficácia, contribuem para preservar a capacidade funcional. Mesmo em idosos que já estão em situação de fragilidade, como bem lembrou a professora Anita Neri em sua palestra.

Todos esses dados serviram para que reformulássemos aquele velho projeto de extensão e, assim, nasceu este programa de extensão que vou lhes apresentar. Inicialmente o programa tinha apenas um projeto (como vocês sabem, um programa pode ter vários projetos) que nós chamamos de *Desenvolvimento Psicossocial para Idosos*. Na verdade, era aquele projeto antigo, acrescido de outras informações que naquele tempo nós não tínhamos. Depois surgiu também a possibilidade de outro projeto. Em nossa universidade, UFPB, temos dois hospitais universitários e num deles, no Hospital João de Barros Barreto, descobri que havia um serviço chamado Proadi – Programa de Atendimento Domiciliar ao Idoso. Fui lá saber do que se tratava. Tem psicólogo? Falaram assim: "Não, é uma equipe multidisciplinar, médico, nutricionista, fisioterapeuta,

enfermeiro, assistente social, mas não temos psicólogo. Tem capacidade para atender 12 idosos, que já ficaram internados no hospital e estão precisando de acompanhamento em casa. Você será muito bem-vinda se você quiser ficar com a gente". Assim, ingressamos no PROADI. Minha fala vai apresentar esses dois projetos para vocês, para mostrar e discutir com vocês o que nós fizemos lá.

O primeiro projeto, *Desenvolvimento Psicossocial para Idosos*, atualmente acontece na Uniterci e também no Centro de Atenção à Saúde do Idoso, a CASA do Idoso, órgão da Prefeitura Municipal. O objetivo geral é orientação psicoeducacional, visando a desenvolver atitudes ou habilidades psicossociais que favoreçam a autoestima, auxiliem a preservar a independência e a autonomia, bem como melhorar a qualidade de vida. Como objetivos específicos, procuramos identificar e avaliar com eles: a) aspectos psicossociais como a autoimagem, o autoconceito, crenças de controle e de autoeficácia, atitudes em relação à velhice; b) expectativas; c) grau de exigência para consigo e os outros; d) adequação e viabilidade de objetivos e metas nesta etapa da vida. E, aliado a tudo isso, favorecer – que é o que a gente pretende com o nosso trabalho – mudanças de atitudes e comportamentos, favorecer o desenvolvimento da flexibilidade, que seria considerar várias possibilidades de pensar e de agir, e auxiliar na formulação de estratégias adaptativas, sejam cognitivas ou comportamentais, para enfrentar o envelhecimento, especialmente as perdas que o acompanham. E, além disso, estimular o investimento em metas e projetos de curto e médio prazo.

O projeto *Desenvolvimento Psicossocial para Idosos* (re)começou em 2006, apenas na Uniterci, onde nós atendemos 30 idosos. Em 2007 se estendeu para o Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, onde nós trabalhamos com 10 idosos que pertenciam ao programa de diabéticos. Mas o trabalho foi muito difícil com esse grupo, especialmente por conta da frequência intermitente de muitos participantes. Assim, não teve continuidade nesse hospital. Nesse ano, 2007, o grupo da Uniterci teve 32 participantes. Em 2008, além da Uniterci, o projeto estendeu-se para a Casa do Idoso; participaram 23 pessoas na Uniterci e 40 na Casa do idoso.

Trabalhamos em grupos de 10 a 25 pessoas. Não gostaríamos de ter 25 pessoas, a nossa proposta era ter de 10 a 15, mas na Uniterci eles matriculam cerca de 40 idosos por ano e, mesmo com as evasões que lá ocorrem, no final ficam 30 ou 35 pessoas, o que acaba extrapolando o número desejado. Por isso, no primeiro ano em que nós trabalhamos lá, em 2006, dividimos os idosos em dois grupos, mas eles não gostaram disso – preferem trabalhar num grupo só. Então, fizemos um grande esforço para manter 30 pessoas em um grupo.

O número de encontros com o grupo varia de 10 a 16. Na Casa do Idoso fazemos 16 encontros, na Uniterci eles só nos permitem 10 encontros. É que na Uniterci, o idoso se matricula no início do ano, para fazer o que eles chamam de Curso de Atualização Cultural, composto por quatro módulos. Um dos módulos tem informações sobre saúde, palestras com médicos, dentistas, etc. Outro tem informações sobre direitos e cidadania e há o módulo que eles chamam de psicossocial, que é onde eu entro com essa oficina. Na Casa do Idoso é mais livre e pudemos fazer 16 encontros.

A participação no grupo é voluntária: fazemos uma palestra antes, onde explicamos os objetivos e a metodologia do trabalho, e dizemos que, se o idoso quiser participar, ele pode ficar. Mesmo na Uniterci, onde o idoso está matriculado no Curso de Atualização Cultural, dizemos que não vamos fazer chamada, não vamos tomar frequência; ele participa se quiser, se na palestra ele achar que é importante ficar.

As atividades realizadas no grupo somos nós da equipe que planejamos, mas esse planejamento é flexível. Dependendo do movimento do grupo, dos acontecimentos, podemos mudar um pouco o nosso *script*. As técnicas advêm da psicologia social, da dinâmica de grupo, e há também técnicas cognitivas e comportamentais adquiridas em cursos e práticas na área da terapia cognitivo-comportamental, mas que, segundo a própria Judith Beck, hoje se aplicam a uma ampla gama de situações. Nós utilizamos, especialmente, o questionamento.

Antes da intervenção, divulgamos o trabalho e fazemos a inscrição. Lá na Casa do Idoso, divulgamos por meio de cartazes. Na Uniterci eles já sabem que vai ter aquele módulo. Depois fazemos a palestra, como eu falei antes, e então formamos o grupo. Ou seja, fazemos alguns

encontros, em que as pessoas se apresentam, falam seus nomes, contam alguma coisa das suas vidas, para se apresentar mesmo, se conhecer. Em seguida, fazemos alguns trabalhos nos quais procuramos sensibilizar as pessoas, para aprender com o outro, para aprender com as diferenças, para estar mais aberto a aprender com as diferenças. Depois de tudo isto, que dura mais ou menos uns quatro encontros, aplicamos a Escala de Desenvolvimento Pessoal (Edep), criada pela professora Anita Neri. Nós usamos a Edep no início, antes da intervenção psicossocial propriamente dita, que visa a atingir aos objetivos propostos, a fim de fazer uma avaliação objetiva das habilidades psicossociais dos membros do grupo.

Durante a intervenção psicossocial, fazemos atividades que começam com alguma dinâmica de grupo, dramatização ou exercício de sensibilização. Depois, discutimos a atividade realizada, explorando o desempenho dos participantes, seus pensamentos, sentimentos e comportamentos ocorridos durante a atividade, e fazemos questionamentos e comentários. No final dos encontros, tornamos a aplicar a Edep, de forma a ter um indicador objetivo do resultado da intervenção. Fazemos também uma avaliação subjetiva, por meio de uma atividade lúdica, onde os idosos relatam o que significou aquela experiência para eles, o que eles aprenderam durante aquele trabalho.

A Edep, para quem não conhece, possui 25 itens, julgados em uma escala de cinco pontos, que organizamos assim: 1 = "nada a ver"; 5 = "tudo a ver comigo". Os itens avaliam nove dimensões: *domínio sobre o ambiente; crescimento pessoal; relações positivas com os outros; aceitação pessoal; autonomia; propósito de vida; criação ou geração; oferta e manutenção*. Os resultados, até agora, têm demonstrado que as dimensões *domínio sobre o ambiente, crescimento pessoal e propósito de vida*, são as que revelam diferença significativa entre as médias da primeira e da segunda avaliação. Essas são justamente as dimensões que têm a ver com o que a gente trabalha, com os nossos objetivos.

A avaliação subjetiva tem sido sempre positiva, tanto que com frequência há solicitação de continuidade: "Ah, mas já acabou, não vai continuar"? Lá na Uniterci não temos como continuar com eles. Na Casa do Idoso, decidimos dar continuidade, só que dissemos para eles que



teria tempo limitado. Além disso, a continuidade não seria mais uma vez por semana, porém, semana sim, semana não, e que depois terminaria mesmo. Esse espaçamento tem o objetivo de prepará-los para o término. Essa foto foi tirada na Uniterci: uma atividade de encerramento de grupo, uns aviõezinhos de papel onde eles escreviam uma mensagem, mostrando o que eles aprenderam com a atividade, depois jogavam o aviõezinho e depois quem pegava lia para o grupo.

O outro projeto é o Atendimento Psicológico Individual a Idosos, que consiste na nossa participação na equipe multiprofissional do Proadi, no Hospital Universitário João de Barros Barreto. Assim, o objetivo é a finalidade deles que nós encampamos, ou seja, favorecer a reabilitação dos pacientes, a maioria diabéticos que sofreram amputação, outros com problemas respiratórios graves. Os objetivos específicos visam a auxiliar o desenvolvimento de estratégias adaptativas para que o paciente possa: a) enfrentar as perdas e se adaptar a situação atual; b) recuperar a capacidade funcional, no máximo de setores possível; c) melhorar a percepção de bem-estar e qualidade de vida. Além destes, há objetivos acessórios como o estímulo à adesão ao tratamento e ao suporte familiar, porque sem isso não se tem nada. A nossa participação no Proadi começou em abril de 2008. Desde então, já atendemos 15 idosos.

A nossa metodologia é a seguinte: atuamos, como eu disse, em equipe multiprofissional. A capacidade do PROADI é para atender a doze idosos, residentes na Grande Belém. Mas nem sempre tem doze, às vezes tem dez, oito ou seis, e também nem todos necessitam da nossa intervenção. Porém, a chamada equipe médica, grupo formado pelo médico, enfermeiro e assistente social, sai três vezes por semana – segunda, terça e quarta-feira – visitando todos os idosos que estão no programa. A quinta-feira é reservada para a fisioterapeuta e para a nutricionista. A sexta-feira é o único dia que resta para nós, os psicólogos. Além disso, as visitas são realizadas somente na parte da manhã. Assim, não conseguimos ver os pacientes toda semana. Tem paciente que visitamos de duas em duas semanas; aqueles que estão melhorando, vemos de três em três semanas ou até uma vez por mês.

A abordagem é individual, no domicílio. Há também a abordagem ao cuidador principal e outros familiares, quando necessário. Inicialmente fazemos uma avaliação, visando a conhecer o estado de saúde do paciente, suas expectativas na situação atual, sentimentos, estado de humor, atividades exercidas anteriormente – por exemplo, trabalho, que consideramos uma variável importante –, e o nível de capacidade funcional do paciente antes e depois da internação hospitalar. As informações sobre o estado de saúde e composição familiar já estão no prontuário, na fichas das avaliações médica e social; as outras obtemos na avaliação psicológica. Conforme o caso, selecionamos as estratégias de intervenção mais apropriadas, utilizando técnicas cognitivas e comportamentais. Geralmente essas técnicas consistem em comparação social, correção de distorções na avaliação da situação, levantamento de coisas que o paciente pode começar a fazer, dependendo da situação dele, e demonstração das formas adaptadas que ele pode utilizar.

Só para citar dois exemplos, havia um senhor com capacidade respiratória muito complicada e que não andava, utilizava cadeira de roda. Porém, não tinha nada nas pernas, apenas estava com as pernas fracas porque estava sem comer, não tinha apetite, mas ele achava que não ia andar nunca mais. Esse foi um caso de muito sucesso e que nos deixou bem feliz. Na primeira intervenção que nós fizemos com ele, duas

semanas depois voltamos lá e ele já tinha deixado a cadeira de rodas. O outro exemplo foi uma senhora diabética, que já tinha perdido quatro dedos de um pé e dois dedos do outro. Ela também achava que não ia mais poder andar, e estava muito deprimida com isso. Essa paciente demorou mais, foram muitas intervenções, mas depois ela percebeu que poderia andar com uma bengala, apoiada no calcanhar. Então, o hospital forneceu-lhe a bengala e ela melhorou bastante. Assim, dos 15 pacientes atendidos de abril para cá, seis já receberam alta, um foi a óbito, dois interromperam o tratamento por motivos alheios a nossa vontade, e seis estão em tratamento no momento.

O trabalho vem sendo reconhecido, tanto pelos próprios pacientes quanto pela equipe multiprofissional que tem apontado os benefícios que esta parceria está proporcionando aos pacientes, possibilitando-lhes melhor qualidade de vida e recuperação mais rápida.

Compartilhando experiências

Trabalho voluntário entre idosos: a experiência americana e a brasileira

Andrea Lopes²⁵

Eu sou Andrea Lopes, cientista social. Nestes últimos 15 anos, venho trabalhando bastante com Antropologia e Gerontologia. Essa é a primeira vez que eu falo para uma plateia cuja a grande maioria é de psicólogos.

É um enorme prazer poder compartilhar as minhas experiências advindas da Antropologia, especialmente alocadas e compartilhadas no universo da Gerontologia. Ao chegar ao local do evento ontem e participar das atividades do seminário, eu fiquei pensando qual seria a melhor maneira de contribuir para as reflexões dos aqui presentes. Ao me acomodar na plateia, eu olhava para trás e via muitos psicólogos, eu olhava para a frente e lia na faixa colocada na mesa dos palestrantes a palavra "envelhecimento", olhava para trás, psicólogos. Então, percebi que eu não consigo falar para psicólogos, eu consigo falar para pessoas interessadas no envelhecimento. Quando a gente pensa em envelhecimento, não tem psicólogo, médico, cientista social, mas sim existe um fenômeno complexo e multifacetado que a gente precisa tratar com a devida qualidade que ele merece. Foi um pouco com essa postura que eu procurei fazer o meu trabalho de doutorado em Educação, cuja base teórico-metodológica esteve ancorada na Antropologia e na Psicologia, a fim de produzir conhecimento em Gerontologia.

Minha apresentação trata de uma experiência de pesquisa, cuja investigação tinha como objetivo pensar variáveis psicológicas e sociais, vinculadas ao trabalho de voluntário desenvolvido por idosos brasileiros

25. Cientista social, mestre em Gerontologia, doutora em Educação, com ênfase em Gerontologia. Pesquisadora visitante no Max Planck Institute, Alemanha, na University of Southern California e no Center for Healthy Aging, Estados Unidos. Docente do curso de graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

e americanos. Esse trabalho foi orientado pela professora doutora Anita Liberalesso Neri (Unicamp – Brasil), pela professora doutora Monica White (Universidade do Sul do Califórnia e Centro para o Envelhecimento Saudável – EUA), recebendo colaboração das professoras doutoras Evelyn Freeman (Centro para o Envelhecimento Saudável) e Jackie Smith (Max Planck Institute – Alemanha).

Eu queria agradecer muito o convite e queria agradecer também e parabenizar a comissão organizadora pela escolha do tema e pelo carinho e competência com que vem nos orientando e fazendo que esse evento aconteça. Muito obrigada a todos!

Bom, esses dois fenômenos, envelhecimento e trabalho voluntário, são fenômenos aparentemente recentes, no Brasil especialmente. Na verdade, a gente envelhece desde que nasce, mas a visibilidade e legitimidade que o envelhecimento vem ganhando no Brasil e no mundo parte dos últimos cinquenta anos. O mesmo se dá com relação ao trabalho voluntário, com a organização desse tipo de ação social e, propriamente, com o Terceiro Setor no Brasil. Quando a gente olha esses dois eventos de maneira mais atenta, percebe que o trabalho voluntário e o envelhecimento vêm se encontrando de maneira sistemática no âmbito do cenário internacional e na organização de políticas e públicas.

Ao investigarmos os documentos oficiais da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), encontramos frequentemente, no que se refere às diretrizes propostas ao envelhecimento, em especial, à atenção voltada aos idosos, as seguintes afirmativas: "faça trabalho voluntário"; e "o trabalho voluntário promove o bem-estar, o envelhecimento ativo e saudável". Bom, eu comecei a olhar os meus parentes, comecei a olhar os meus professores, comecei a olhar meus amigos e ninguém fazia trabalho voluntário. Então, está todo mundo fadado à infelicidade?

O contato com esse material e essa forma de pensar e gerenciar o envelhecimento foi me inquietando. Logo depois de acabado o mestrado em Gerontologia coincidentemente aconteceu o Ano Internacional do Voluntário, em 2001, não sei se vocês se recordam. Enfim, comecei a intensificar a coleta de dados ao longo daquele ano de celebração.

Agora, em 2010, vão ser comemorados os 10 anos do Ano Internacional do Voluntário. Quem tiver interesse, filie-se à ONU. Eles estão recebendo filiações de grupos organizados, a fim de que estes integrem as atividades que serão promovidas. Parece-me uma iniciativa bem interessante.

Mas, voltando ao ano de 2001, em contato com instituições e pessoas envolvidas em atividades voluntárias, além dos documentos e a pouca literatura disponível, eu comecei a investigar a relação que trabalho voluntário e o envelhecimento estabeleciam entre si. Aos poucos, fui percebendo que ambos os fenômenos são multideterminados, multidimensionais, que existem profissionais de muitas áreas envolvidos com esses dois temas e, como eu disse, são temas que se entrelaçam no cenário internacional, nos cenários socioculturais, das maneiras mais variadas.

Então, como eu sou antropóloga, é claro que a minha primeira postura foi olhar a ação voluntária na velhice no que se refere às variáveis socioculturais envolvidas, considerando principalmente o trabalho voluntário como fruto de construções sociais. Essas construções, para a Antropologia, são cultural e historicamente contextualizadas. Esse tipo de ação social, as organizações que a abrigam e a dinâmica que desenvolvem geram impactos na sociedade. Com isso, eu pensei, se o envelhecimento e o trabalho voluntário são socialmente construídos, como esses fenômenos acontecem em culturas diferentes? Será que no Brasil é diferente do que acontece na China, no Japão, na África do Sul? Será que a solidariedade é algo próprio da espécie humana ou algo das culturas? A solidariedade é uma produção humana ou ela é um gene que a gente traz junto como tantos outros?

Quando a gente investiga a literatura, os documentos oficiais e as políticas, o trabalho voluntário, como eu disse, está muito associado a essa ideia de promover o envelhecimento saudável, ativo e a velhice produtiva. Quando associado ao envelhecimento produtivo, o trabalho voluntário é percebido como uma das principais categorias de engajamento social. Ele é visto como a principal forma de trazer o idoso para o seio da sociedade, afinal de contas, "o idoso tem tanto a colaborar", "ele já tem tanta experiência", "ele sabe tanto", "o idoso é um recurso". Então, "vamos engajá-lo por essa via, por esse tipo de espaço de atuação social".

Quando eu realizei a revisão de literatura, em meados do ano 2000, foi possível notar que existia pouca produção nacional sobre o tema, passando a ser quase inexistente o conhecimento produzido a respeito da relação entre trabalho voluntário, envelhecimento e velhice. A literatura internacional, mais avançada, diz que o trabalho voluntário gera interações sociais significativas e aprimora no idoso a saúde mental, em toda a sua amplitude, e a saúde física, melhorando a sua qualidade de vida. O que essa literatura percebe e aponta é que, de fato, há algo positivo entre ser velho e fazer trabalho voluntário.

Avançando nesse raciocínio, tínhamos que fazer uma escolha: investigar aquela idosa que ajuda voluntariamente outra idosa a carregar a sacola do mercado, que chamo de trabalho voluntário informal, ou aquela idosa que já está há 10 ou 20 anos vinculada semanalmente a uma instituição, desenvolvendo voluntariamente atividades de diversas naturezas?

Apesar de perceber o potencial das relações voluntárias informais na sociedade, e o quanto o trabalho voluntário não institucional, mas familiar e religioso, por exemplo, de caráter sazonal, era pouco visto e estudado, decidimos naquele momento eleger o trabalho voluntário formal como objeto de pesquisa, possivelmente pela maior facilidade de investigação.

A partir desse investimento, fui procurar onde o exercício do trabalho voluntário formal, ou seja, aquele regular e vinculado a uma instituição era mais consolidado, onde existe, em contrapartida, recompensas sociais e psicológicas. Em outras palavras, onde esse tipo de ação comunitária era mais organizada, contínua e privilegiada?

O que eu mais encontrei como espaço de construção dos significados a respeito da ação voluntária formal é no chamado Terceiro Setor. O Terceiro Setor hoje pode ser considerado como o local onde a organização da solidariedade ganha status institucional, através do trabalho voluntário formal. É a partir desse contexto que grande parte dos significados a respeito da ação voluntária vem sendo divulgada, muitas vezes desconsiderando tantas outras dinâmicas e formas anônimas e informais de ação voluntária.

No contexto do Terceiro Setor restava saber ainda o que significava "ser voluntário". Quem é o voluntário? A literatura aponta que o conceito

de voluntário é muito interessante porque é um conceito histórico e culturalmente situado, ou seja, ele vem se organizando de diferentes maneiras, ao longo do tempo.

Na época da pesquisa, e ainda atualmente, percebe-se que no Terceiro Setor a dinâmica que sustenta o conceito de voluntário é a ideia de interdependência. Hoje, as instituições trabalham muito mais nessa linha do voluntariado como exercício da troca, do que como da doação. Atualmente, uma das mensagens presentes no marketing que promove o Terceiro Setor baseia-se na "troca de talentos, troca de competências, de solidariedade e de benefícios". A cada dia, ganha destaque uma noção de dependência recíproca entre os realizadores da ação voluntária e seus supostos beneficiários.

Isso não significa que antes desse período os voluntários não achassem que eles "ganhassem mais do que recebiam", conforme ouvimos nos dias de hoje largamente nos meios de comunicação, quando o assunto é captação de voluntários. O que quero dizer é que, atualmente, o status envolvendo esse tipo de ação mudou daquele que supostamente e simplesmente apenas doa sem esperar retorno – como o caso das damistas, que promoviam os chás beneficentes na cidade de São Paulo – mas que a forma de acionar e sensibilizar para esse tipo de ação social passa, no século XXI, claramente e publicamente pela obtenção de benefício por parte de todos os envolvidos.

Bom, diante a discussão desses conceitos, eu comecei a pensar qual era a problemática do Brasil em 2001, que o Ano Internacional do Voluntário trouxe para a gente. O Brasil, ao se vincular à ONU – só foram 123 países que promoveram esse evento em todo mundo – a cada mês promovia a ação voluntária em um grupo, um segmento específico. O mês de setembro foi o mês dos idosos, que foram muito motivados.

Naquele ano, o Brasil passou o ano inteiro motivando pessoas, instituições, verbas, políticas organizacionais, mídia, em suma, uma gama variada de agentes sociais. Ao término do Ano Internacional do Voluntário houve um aumento considerável de pessoas que se dispuseram a integrar instituições que envolviam esse tipo de participação, a fim de se filiar e desenvolver uma "ação solidária". O que houve por parte das

instituições? Elas não tinham estrutura material, financeira e humana para recebê-los. O que os líderes de organizações sem fins lucrativos me contavam era que não havia computador para o cadastro dessas pessoas, espaço físico, não havia recurso humano para recebê-las, selecioná-las e treiná-las. Não havia clareza, por parte das instituições o que exatamente fazer com aquelas pessoas candidatas a ser voluntárias.

Portanto, nós tínhamos, no Brasil, naquela ocasião, uma enorme mobilidade para o exercício da solidariedade no âmbito institucional e uma baixa capacidade de instrumentalização dessa vontade, desse desejo. Esse desequilíbrio acabou tornando-se um grande problema, porque as pessoas e instituições sentiam-se frustradas por não efetivar essas parcerias. Esse percurso de desencontro me chamou muita atenção, pois ampliava meu olhar para além da ação voluntária, apontando que no caso do trabalho voluntário formal, o universo de exercício dessa ação deveria igualmente ser investigado.

A partir dessa experiência, eu e a professora Anita Liberalesso Neri começamos a delinear a pesquisa, que veio a se chamar, quando concluída no doutorado na Unicamp, de *Trabalho Voluntário e Envelhecimento: um estudo comparativo entre idosos americanos e brasileiros*. Nós avaliamos, como eu disse, variáveis psicológicas e sociais, nos valendo de contribuições teóricas, metodológicas, conceituais, bem como instrumentos, provenientes da Psicologia, da Antropologia e da Gerontologia. Nosso desafio foi realizar uma pesquisa de caráter interdisciplinar. Esse tipo de pesquisa não é fácil, mas vale muito a pena, porque você ganha como pesquisadora, assim como também ganha a ciência, enquanto campo de saber que pode diretamente contribuir para a compreensão desses fenômenos e de políticas que promovam envelhecimento e trabalho voluntário.

Assim, para pensar ações voluntárias eu preciso entender quais os contextos que eu estou analisando, uma vez que eu entendo ação voluntária como uma construção histórica e sociocultural. Por que, então, escolhemos o Brasil e os Estados Unidos?

Quando a gente retoma um pouco o processo colonizador desses dois países percebemos que são países que têm um projeto de

colonização diferente em aspectos muito importantes, basilares na formação de um povo.

Em termos religiosos, o Brasil ainda se considera católico e os Estados Unidos, protestantes. Em linhas muito gerais, percebemos no catolicismo que há um número razoável de pessoas entre você e Deus: os padres, os santos, os bispos, o papa. Estes são responsáveis pela intermediação entre o praticante daquele tipo de fé e a sua espiritualidade. Quando a gente vai estudar Weber, no que se refere ao protestantismo, relacionar-se com o divino é uma ação muito mais direta, ou seja, a construção da espiritualidade é algo cujo praticante da fé arca uma grande responsabilidade. Dessa maneira, podemos entender que em termos de ação social o protestante age diretamente na produção de si e do meio, enquanto no catolicismo a ação tem grandes chances de ser intermediada por esse outro onipotente, seja Deus, o padre, os santos, como o professor, o marido, o empregador, o governo. Poderíamos avançar nessa discussão, mas o que já dá para perceber é como um povo, de alguma maneira, se direciona mais para um tipo de ação voluntária, se organiza, em termos formais, muito antes do que o outro.

Em termos de cultura político-econômica, o Brasil vem de uma colonização estatal, extrativista, onde se retiravam riquezas e distribuíam terras, de acordo com os mandos da Coroa Portuguesa. Nos Estados Unidos, por outro lado, percebemos o associativismo e a fixação como formas político-econômicas de nascer uma nação. Os imigrantes que iam para o Oeste americano que se fixassem mais de cinco anos na terra, tornavam-se donos, diferentemente do que vemos na lógica promovida pelo sistema de Capitânicas Hereditárias no Brasil.

Todas essas informações históricas vão nos dando clareza sobre as atuais configurações sociais das culturas a ser investigadas. Não podemos esquecer da política americana neoliberal do Estado mínimo, em que o Estado praticamente delega à comunidade a resolução dos seus problemas – o que acaba encontrando no trabalho voluntário sua forte via de organização social.

Após essa exposição, podemos perceber o quão diferentes ambos os países são em termos socioculturais, ampliando nossa possibilidade

de pensar a experiência brasileira. No entanto, promover a comparação entre culturas tão aparentemente opostas não implica o pensamento: "Ah, então o Brasil não sabe fazer trabalho voluntário formal"; "Nós não somos competentes para esse tipo de ação social organizada, talvez a informal sim, mas não a manutenção permanente da ação voluntária"; "Nós fazemos outras coisas bem, mas não isso"; "O modelo americano é ótimo, pois é muito organizado".

Bem, é óbvio que nós não fazemos ciência assim. Não fazemos ciência para desacreditar ou maltratar ninguém. Nós fazemos ciência para entender os fenômenos. Assim, eu gostaria que a minha fala fosse interpretada desta maneira: o que acontece no Brasil e o que acontece nos Estados Unidos, em termos de trabalho voluntário formal e envelhecimento, sem julgar que um modelo é melhor ou pior que o outro. Possivelmente, faz-se pesquisa transcultural apenas para provar que existem semelhanças e diferenças, procurando apontar e registrar as maneiras encontradas para a organização desses modos e estilos de vida específicos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, como acontece o Terceiro Setor? O Terceiro Setor americano desfruta de uma crescente quantidade de investimentos financeiros de diferentes naturezas. Quem já trabalhou em organizações não governamentais (ONGs) no Brasil sabe, mesmo na universidade, que nós não temos recursos para muitas coisas. Nos Estados Unidos, por sua vez, eu percebi que existia muito dinheiro envolvido em ações da comunidade, provenientes do Estado, dos empresários, das organizações internacionais e de doações individuais. Há no Terceiro Setor americano um crescente volume de dados. Existem ONGs que existem só para produzir dados para outras ONGs. Existem ONGs que disponibilizam informações e banco de dados diversos gratuitamente e *online*, como a Associação Americana de Aposentados. O fluxo e acesso a informações é muito maior. Portanto, há também uma grande circulação de pessoas, recursos e instituições.

Não podemos deixar de mencionar ainda a volumosa produção acadêmico-científica a respeito desse setor que pode ser verificada no contexto americano, que acaba gerando influência na formulação

de políticas públicas e destinação de verba pública. O Terceiro Setor, por exemplo, tem assento nas discussões de políticas públicas. A comunidade, de alguma maneira, chega, por meio das organizações sem fins lucrativos, à organização da vida pública com mais legitimidade, visibilidade e poder de pressão. Por fim, a literatura aponta que a força do modelo do Terceiro Setor americano acaba hoje sendo utilizada como referência internacional na promoção e na organização de verbas, temas, dinâmicas, que o Terceiro Setor pode, de alguma maneira, promover em outras culturas que pensam esse modelo como de excelência. Repito, não se trata aqui de fazer uma apologia a este modelo, mas sim de compreender a sua dinâmica, força e capacidade de organizar pessoas e instituições.

Como está o Brasil nessa história? O Terceiro Setor entra no cenário do debate público brasileiro na década de 90, com muita substância, com muita força, especialmente, é óbvio, devido ao empenho do sociólogo Herbert de Sousa, o Betinho, que vem com toda aquela discussão da campanha contra a fome e a miséria. Nesse período, começamos a perceber uma série de ações mais institucionais tentando organizar o voluntariado no Brasil. Não que o Brasil não viesse se valendo há séculos de uma forte rede de cooperação comunitária. Estudiosos apontam que este caminho é, muitas vezes, o que resta para a periferia das grandes metrópoles brasileiras. No entanto, o que me importa pensar aqui é como a ação voluntária formal foi sendo delineada nos últimos 15 anos no Brasil.

Após a organização que as mobilizações de Betinho ocasionaram no começo da década de 1990, percebemos alguns marcos importantes na organização e legitimação da ação voluntária formal. A primeira delas foi em 1995 com a chamada Comunidade Solidária, organizada pela então primeira-dama, professora doutora Ruth Cardoso, antropóloga. Em seguida, em 1997, vemos a criação dos Centros de Voluntariado no Brasil inteiro, acompanhados no final dessa década da promulgação de duas leis, a Lei nº 9.609 e a Lei nº 9.790, que organizam o exercício do trabalho voluntário no país e as instituições envolvidas com esse tipo de participação social.

O Brasil vai realizando avanços em termos de dar visibilidade a sua forma de organização voluntária. Em 2001, que foi o Ano Internacional do Voluntário, a Pastoral da Criança é indicada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso para concorrer ao Prêmio Nobel da Paz, a primeira instituição brasileira nessa categoria. O que foi um marco para o Brasil em termos de Terceiro Setor, num período tão curto de tempo. Para finalizar, aponto ainda, também em 2001, o reconhecimento da ONU referente às ações do Portal do Voluntariado, como uma das principais iniciativas em termos de sistematização de informação quanto ao trabalho voluntário no Brasil. O país passa a ser reconhecido como um dos países participantes que mais mobilizou agentes sociais para a questão naquele ano, especialmente a mídia.

Como vemos, nomeações desse porte e visibilidade internacional apontam que os brasileiros vêm realizando ações voluntárias há muito tempo. A diferença em termos do modelo americano é que nós realizamos essas ações por séculos no formato de filantropia, benemerência, que era típico, como eu já mencionei, das chamadas "damistas", ou seja, chás beneficente que eram organizados pelas das damas da sociedade, com a finalidade de obter fundos para os pobres e miseráveis.

Bom, esse é o cenário: temos estes dois países, estas duas culturas, e dentro de tudo isso nós temos os idosos. Como será que acontece a ação voluntária de idosos lá e aqui?

Nós selecionamos duas instituições para coletar os dados. Quando fazemos pesquisa transcultural, devemos eleger critérios que nos ajudem a promover uma comparação o mais precisa e de qualidade possível. Os critérios foram: 1) instituição não governamental, sem fins lucrativos; 2) sem fins políticos e religiosos; 3) ter voluntários acima de 60 anos e, 4) oferecer atividades de recrutamento, treinamento e supervisão aos voluntários participantes. Encontrar esse tipo de instituição nos Estados Unidos foi bastante fácil. Na minha primeira ida eu voltei com sete possíveis instituições parceiras na mala. No Brasil, passaram-se seis meses para conseguirmos uma instituição que atendesse esse perfil e, mesmo assim, não foi nada fácil fechar parceira.

Vou começar a contar do Brasil. Muito poucas instituições não têm vínculo religioso. A grande maioria tem vínculo religioso e político. Poucas

instituições sabem a idade das pessoas que são filiadas, pois ou não possuem banco de dados ou, se possuem, não estão atualizados por falta de recurso humano. É quase zero o número de instituições brasileiras que oferecem e dispõem de sistema de recrutamento, treinamento e supervisão da sua ação voluntária, elementos que eu aprendi como sendo fundamentais para fazer os interessados permanecerem naquele tipo de engajamento.

Nos Estados Unidos, a primeira instituição a ser contatada foi no Centro para Envelhecimento Saudável (*Center for Healthy Aging* – CHA), que ficava em Los Angeles. Hoje o CHA passou a integrar outra instituição chamada *Wise*, uma instituição de maior porte. Eu fiquei coletando dados no CHA de março de 2004 a março de 2005. Na ocasião, eles tinham dez programas de atendimento ao idoso. É uma instituição que eu chamo de formato piramidal. A base dela era composta por aproximadamente 100 idosos voluntários, o meio era composto por profissionais de diferentes formações, alto nível educacional, e o pico da pirâmide composto novamente por idosos voluntários, agora líderes comunitários, que traziam para a instituição dinheiro, recursos humanos, visibilidade, ou seja, que tinham grande influência na comunidade. A tarefa do CHA era organizar a ação voluntária de idosos para atenderem idosos mais frágeis da comunidade. O modelo de ação é de promover a relação entre pares.

Bom, é incrível a contribuição que o psicólogo pode fazer em instituições dessa natureza. É absolutamente interessante a possibilidade de a Psicologia interagir com instituições que possuem voluntários idosos.

Como eu disse, eu estudei todos esses programas sociais oferecidos pelo CHA. No meu trabalho, também tenho detalhado o que eles são. O que eu quero destacar aqui é esse programa conduzido pela Dra. Evelyn Freeman, que está aposentada atualmente. Ela fez a tese de doutorado dela com 70 anos, fruto da sua experiência profissional como psicóloga. Quando estive com ela, acompanhando o *Peer Counseling Program*, convivi com o treinamento e supervisão de idosos, que não têm formação em Psicologia, realizando o que eles chamam de aconselhamento entre pares. Neste grupo havia muitas idosas cujo sonho era ser psicóloga na juventude, mas que tiveram de abandonar o sonho para ajudar o

marido nos negócios da família, ou mesmo cuidar das tarefas da casa. O que a participação no programa propiciava a elas, como voluntárias, era tomar contato com a técnica de atendimento de pares desenvolvida no doutorado da Dra. Freemam, que as supervisionava semanalmente, as capacitando a ter contato com idosos da comunidade que sofreram alguma perda ou estavam sofrendo de isolamento social.

Alguém falou ontem que muitas pessoas que passam a vida inteira sem poder trazer significado para suas escolhas. Foi exatamente isso que animou a minha busca e convivência com esses programas de voluntariado, aqui e nos Estados Unidos: a possibilidade de mensurar o quanto esses espaços sociais são fortes promotores de significados na vida de seus participantes. Essa experiência sustentou a proposição da minha linha de pesquisa na Universidade de São Paulo intitulada *Envelhecimento Significativo*.

Na instituição americana, em especial, era possível ainda vermos a composição de programas voluntários organizados por raça e etnia, o que é típico nos Estados Unidos. No CHA havia programas para idosos brancos, negros e latinos. Então, a gente começa perceber como que, de alguma maneira, as demandas e os grupos vão se organizando e vão ganhando fôlego nas pautas sociais, econômicas e políticas. Isso é o que interessa na produção de conhecimento em Antropologia e, em especial, em se tratando de envelhecimento e velhice, em Gerontologia.

No Brasil, eu estudei o Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), localizado na cidade de São Paulo e ligado à Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Essa instituição tem, através de parte da formação do seu presidente, uma inspiração americana. Fiquei também aproximadamente um ano lá. Assim como nos Estados Unidos, realizei uma etnografia, a partir de cinco técnicas, em todos esses departamentos que constituíam o GRAACC na época. O hospital, onde grande parte do atendimento às crianças e adolescentes com câncer é prestado, encontra-se o setor de coordenação de voluntários, que era composto de 300 voluntários, sendo por volta de 100 pessoas com 60 anos e mais de idade. A grande maioria dos voluntários idosos estavam concentrados na costura e artesanato e na Quimioteca. Assim como o

CHA, o GRAACC dispunha de um programa de recrutamento, treinamento e supervisão, apresentando-se também como outro ambiente muito interessante para a atuação de psicólogos.

Qual foi o perfil da minha amostra?

A minha amostra foi formada por 103 idosos, sendo 54 brasileiros e 49 americanos. No total, a grande maioria era de idosos jovens, 60 a 69 anos, mulheres, sendo no Brasil 100% e nos Estados Unidos 60%. Em ambas as amostras a grande maioria ainda era de casados, com filhos, advindos da área administrativa, aposentados, com frequente contato com amigos, realizavam atividades instrumentais e básicas da vida diária, realizavam atividades de lazer e culturais, participam de outros tipos de engajamento social, possuíam renda média acima de cinco unidades monetárias, eram bem-educados, com nível médio ou superior. Nos Estados Unidos, uma boa parte tinha doutorado e pós-doutorado.

Então, eu lhes pergunto: nesses contextos investigados, ser voluntário é para idoso isolado? Analfabeto? É para idoso que perdeu o cônjuge? É para idosos sem família? É para idoso pobre? É para idoso bem mais velho? É para idoso deprimido? Será que esse perfil encontrado não só no campo, mas também nas inúmeras pesquisas levantadas e realizadas ao redor do mundo relacionadas ao tema, nos leva a continuar a dizer que trabalho voluntário é a receita da felicidade para todos os idosos? Será que devemos continuar creditando ao trabalho voluntário, conforme apontam as diretrizes internacionais, como o único lugar social para enviarmos os diferentes perfis de idosos que convivemos, seja na nossa família e comunidade, seja nas nossas atividades profissionais, a fim de se engajarem socialmente, fazerem amigos e ampliarem a sua rede social?

O que a literatura investigada mostrou, bem como a experiência nos dois países, conforme dito, é que o trabalho voluntário formal e permanente não é para qualquer idoso. Esse é apenas um tipo de engajamento social, talvez um dos mais elitistas, pelo menos da forma como está montado hoje. Mas continuando, o que mais a gente encontrou? Quais foram os resultados alcançados pela pesquisa?

Nós trabalhamos com variáveis de natureza sociocultural e psicológica. Na grande maioria, apesar das peculiaridades de frequência

de pontuação nas escalas psicológicas, as duas amostras, apesar de localizadas em culturas diferentes, se comportaram de maneira muito semelhante. O perfil sociodemográfico, como eu disse, é muito parecido. Os idosos, em ambas as amostras, têm um tipo de vínculo institucional também parecido, ou seja, fazem em média cinco horas de trabalho voluntário por semana, com participação no máximo em dois programas, sendo que uma parte dos dois grupos possui idosos que mantêm vínculo regular com a instituição, em média, nos últimos cinco anos.

Os idosos investigados apresentam modos de vida muito semelhante. Eles autorrelataram ir ao teatro, praticar leitura regularmente, passear, viajar, ou seja, realizar uma série de outras coisas, além dessa atividade. Eles relatam significados muito parecidos com relação ao que significa ser voluntário. Quando eu perguntava: o que significa ser voluntário para a senhora? E para o senhor? As respostas provenientes da grande maioria reforçaram o que socialmente está consolidado: "Ajudar o outro", "Me disponibilizar para o amor", "Promover a paz mundial", ou seja, motivos orientados ao outro.

Em seguida, perguntávamos para os entrevistados: quais foram as suas motivações iniciais ao se envolver com esse tipo de atividade? Por que é que há 20 anos a senhora vem aqui no CHA, pega táxi, se embeleza e para receber as mulheres da comunidade que têm câncer de mama? Qual foi a sua motivação inicial? As respostas continuavam na linha humanista, voltada para o outro, muito semelhantes ao que significa ser voluntário na visão deles: "Ah, porque eu queria ajudar os outros, eu queria ajudar a humanidade". Assim, as pessoas relataram que começaram a fazer trabalho voluntário muito ligadas ao que isso significa na sociedade, então é ajudar o outro, o próximo.

Porém, eu perguntava ainda por que elas continuavam a fazer essa prática por tanto tempo e semanalmente. Qual era a sua motivação de permanência? As respostas foram: "Ah, porque eu me encontrei". Então, vemos aqui motivações voltadas para o eu, para o *self*. Dentre as respostas destacamos: "Eu me encontrei", "Eu me desenvolvo", "Eu fiz amigos", "Eu me acho bonita", "Eu passei a me achar interessante".

A promoção desse elo entre a vontade de ajudar o outro, como atração inicial para o engajamento voluntário, e o investimento em termos de treinamento e supervisão, para promover o interesse no vínculo de forma contínua, buscando promover desenvolvimento pessoal, parece outro ambiente de ação muito interessante aos psicólogos. Como podemos ver, não basta ser bem-educado, possuir família, ser integrado socialmente, possuir renda elevada, entre outros aspectos das amostras aqui apresentadas, para termos a garantia de que os idosos com esse tipo de perfil não devem ser alvo de atenção, por supormos que já possuem espaços suficientes de construção da satisfação e exercício da autoestima, do autodesenvolvimento e da elaboração de significados importantes na composição do seu curso de vida.

No que se refere aos benefícios percebidos, também alvo dessa pesquisa, ambas as amostras consideram positivamente os quase 25 benefícios elencados na escala utilizada, como, por exemplo, senso de pertencimento e senso de autoeficácia. Os idosos relataram ótima satisfação global com a vida e em todos os domínios perguntados, inclusive o sexual, que a gente tratou ontem. Demonstram afetos positivos, bom ajustamento psicológico e são interessados em questões da comunidade e do mundo, especialmente as brasileiras.

Nossas conclusões apontam para a lógica da interdependência, tratada especialmente na obra do sociólogo Norbert Elias, que propõe a Teoria da Figuração e explora as relações de dependência recíproca entre indivíduo e sociedade. Essa é lógica que identificamos como presente nos dois grupos que convivemos, principalmente quanto às suas características, sua história, suas motivações e construção de suas subjetividades. Esse voluntário se relaciona intensamente e de forma significativa com a instituição, a sua causa, com o cliente, com os *feedbacks* dos clientes – que são importantíssimos para manter a motivação –, com os outros voluntários e com os produtos que aquilo gera para o ambiente, na comunidade e, por fim, para a sua própria subjetividade.

Então, considero que o voluntário é também um cliente da instituição, uma parte importantíssima para que várias instituições continuem ativas, demandando cuidados, atenção, serviços e recursos físicos e humanos específicos. O voluntário não é um funcionário tempo integral, mas um

apoio muitas vezes direto às atividades desenvolvidas pelos gestores e funcionários de determinadas instituições. Quando temos voluntários em nosso quadro de atendimento institucional precisamos que alguém se responsabilize em recebê-los, selecioná-los, treiná-los, supervisioná-los, que ligue para saber por que um ou outro voluntário faltou, se dispondo a ajudar no que for do alcance da instituição. O voluntário precisa desse tipo de ambiente institucional para que possa permanecer vinculado à instituição de maneira satisfatória para ambas as partes.

Mediante essa experiência, nós elaboramos um modelo que busca correlacionar variáveis de natureza psicológica e sociocultural, ao qual não vou me deter em função do tempo, mas que sinaliza o que por agora é importante destacar: o quanto variáveis psicológicas estão intensamente correlacionadas a variáveis socioculturais, e vice-versa. No centro de tudo isso, convergindo e, ao mesmo tempo, emanando essas correlações, está o poder da força e da influência dos significados construídos pelos sujeitos na relação com o entorno, e vice-versa, e, o que me parece que mais interessa a vocês, a sua construção como sujeito de si, definindo escolhas e o valor de suas vidas.

Exemplos dessa tese são encontrados em muitos trechos das entrevistas concedidas que, em geral, giravam em torno desse tipo de experiência: "Ah, eu passei a vida trabalhando e sonhando que quando eu aposentasse ia viajar pelo mundo. Eu viajei um ano e não aguentava mais. Voltei para a minha cidade e deprimi. Tomei remédio e passei por alguns profissionais. Me sentia isolada e sem sentido na vida. Ao ser convidada por uma amiga para fazer trabalho voluntário, passei a frequentar essa instituição, que me acolheu de braços abertos. Hoje realizo quatro horas de trabalho por semana e eu me sinto ótima".

Nós tratamos no encontro de ontem sobre o sentido de transcendência, de geratividade, do significado, que é o que particularmente eu trabalho. O trabalho voluntário, quando é bem supervisionado e treinado, é muito mais que uma oportunidade de socialização, é uma oportunidade de educação, de sustentabilidade social e de autodesenvolvimento.

Ambas as amostras, especialmente a brasileira, apontam o trabalho voluntário como uma oportunidade de autodesenvolvimento. Para os

americanos, o trabalho voluntário aparece mais como uma oportunidade de exercitar a geratividade, é mais um lugar para o exercício social do chamado *give back*, da gratidão de devolver para a sociedade tudo que obteve ao longo do curso da vida. Já no Brasil, vemos algo mais voltado para: "Olha, eu me descobri, eu sei agora quem eu sou". Eu ouvia muito isso das idosas brasileiras, porque elas entendiam e vivenciavam o trabalho voluntário como um lugar de autonomia da escolha, pois entendem que estão lá porque elas querem, ninguém as obriga e elas se sentem poderosas de fazer essa escolha, principalmente porque muitas viveram boa parte da vida para as funções domésticas e sob o domínio das decisões do cônjuge e da família.

A convivência no âmbito do trabalho voluntário formal, para aqueles que conseguem permanecer vinculados com certa frequência, leva à capacidade de enfrentamento, à promoção da qualidade de vida e amplia a rede social. Nos contextos institucionais que trabalham com esses conceitos mais atuais de cidadania, reciprocidade e solidariedade, encontramos mais semelhanças do que diferenças. Apesar de fazermos parte de contextos socioculturais tão díspares, quando a ação voluntária idosa é organizada em ambientes institucionais parecidos, como foi o caso do GRAACC e do CHA, podemos afirmar que as experiências são muito mais semelhantes do que diferentes.

Eu trouxe algumas questões para finalizar que gostaria de deixar para a reflexão de vocês: o envelhecimento produtivo e a formalização da ação voluntária vêm respondendo a um modelo global de Terceiro Setor? Será que atualmente apenas por meio do Terceiro Setor conseguimos organizar a vida social de maneira inclusiva, especialmente em se tratando de idosos? Nós brasileiros iremos adotar esse tipo de modelo? Que tipo de gestão o Terceiro Setor vem organizando em que a população idosa participante, em sua grande maioria, é educada, jovem, saudável, casada, desfruta de boa renda e é feminina? São apenas espaços dessa natureza que podemos promover?

Por fim, a pergunta que iniciou as primeiras questões orientadoras dessa pesquisa: ser voluntário é para todos os idosos? O que a minha pesquisa aponta é que não. Alguém que está na chamada velhice inicial

e é ativo, independente, saudável, tem uma estrutura familiar estável, tem um grupo ativo de amigos, antes de ser voluntário, tem papéis sociais adultos cumpridos, tem uma boa renda, escolaridade, tem acesso à informação, tem tempo e é a grande maioria mulher. Agora, por que mulher? Ser voluntário também é uma questão de gênero no Brasil?

Novas pesquisas devem continuar esses caminhos iniciais que trilhamos até aqui, especialmente procurando dar visibilidade e legitimidade para outros espaços de engajamento social que vem sendo igualmente construídos, a fim de atender outros perfis de idosos, que também querem se valer de benefícios psicológicos que não só obtidos por meio do trabalho voluntário. Talvez, precisamos legitimar os espaços já existentes que os idosos vêm ocupando e não ficar inventando a roda. Se é para inventar a roda, então que seja com eles e para eles, os idosos.

Precisamos fazer pesquisa transcultural, precisamos de dados empíricos, para a gente entender o que é esse negócio que a gente chama de envelhecimento produtivo e saudável, saindo do discurso e promovendo dados e informações, especialmente transculturais. Isso significa comparar não apenas São Paulo e Los Angeles, mas comparar Brasília e São Paulo, Taguatinga e São Caetano, o grupo de idosos que eu trabalho com o que você atua. Isso significa ampliarmos as possibilidades de acesso a grupos voluntários já estabelecidos a outros perfis de idosos. Nos Estados Unidos estudava-se a possibilidade de oferecer uma ajuda de custo aos idosos mais desfavorecidos em termos de renda, a fim de poderem se deslocar da sua residência até a instituição. Ser voluntário custa caro para muita gente: significa comprar uniforme, frequentar os lanches promovidos pelo grupo, locomoção, deixar de cuidar do neto, para que a filha trabalhe, participar de passeio e campanhas.

Nossa pesquisa concluiu que devemos legitimar e dar status para diferentes formas de ser engajado na velhice, buscando também ampliar o debate em torno do tema para além do trabalho voluntário como algo puramente altruísta. As pessoas vão se voluntariar sim, de posse dos seus próprios interesses ao se envolver em nome de uma causa e de uma população específica.

Como profissionais e pesquisadores interessados no tema, precisamos ficar atentos para as motivações e significados que sustentam esses universos de engajamento, procurando torná-los ambientes férteis e significativos para a troca, a promoção do sujeito e da sociedade.

Compartilhando experiências

Velhos consumidores, novos (super)endividados?

Impactos do crédito consignado

Caroline Stumpf Buaes²⁶

Agradeço ao Conselho Federal de Psicologia o convite para participar do Seminário Nacional Envelhecimento e Subjetividade. A proposta de discussão que será apresentada está centrada nos impactos de uma modalidade de empréstimo – o crédito consignado – na vida dos idosos.

Para começo de conversa, é importante pontuar alguns aspectos que caracterizam a dita "sociedade do consumo". Vivemos em uma sociedade na qual consumir é um imperativo que interpela, cada vez com mais intensidade, os sujeitos a buscarem a satisfação de desejos produzidos em um determinado contexto social e cultural. É justamente a perspectiva da promessa de satisfação de desejos irrealizáveis que move a economia das sociedades contemporâneas.

Se a sociedade industrial moderna valorizava o homem por sua capacidade de produção, a sociedade de consumo o valoriza por sua capacidade de consumir. Essa perspectiva produziu transformações no modo como o sujeito percebe seus desejos e constrói suas relações.

A sociedade do consumo, conforme teoriza Baudrillard, para existir, precisa da produção dos objetos, mas, sobretudo, necessita da destruição deles para se manter estruturada. Nesse contexto, valores de duração e de permanência foram substituídos pela ostentação da qualidade do que é transitório e novo. O sociólogo Zygmunt Bauman, em suas reflexões sobre a sociedade contemporânea, pontua que tanto a depreciação e a desvalorização dos produtos, logo após terem sido alçados ao universo dos desejos do consumidor, quanto da constante suscitação de novos desejos produz a permanente

26. Psicóloga, especialista em Gerontologia Social, mestre em Educação, professora do curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano – Santa Maria (RS), pesquisadora no campo da interface em Psicologia, Educação e Gerontologia.

insatisfação do sujeito. Nunca se está satisfeito com o estilo de vida que se tem e se vive constantemente a sensação de estar desatualizado.

Nesse sentido, o consumismo, governado pela ordem do desejo, acaba deslocando o crédito produtivo, antes destinado para a aquisição de bens duráveis, para a aquisição de bens de consumo. Com uma disposição facilitada de créditos e a vontade de consumir, muitas vezes, a pessoa pode não perceber suas limitações financeiras. Dessa forma, produz-se uma nova categoria de consumidor: os superendividados. Segundo Claudia Lima Marques, professora da Universidade Federal do Rio Grande Sul e reconhecida pesquisadora na área do Direito do Consumidor, no contexto brasileiro e internacional, o superendividamento é definido como a impossibilidade do consumidor pessoa física, leigo e de boa-fé, pagar a totalidade das suas dívidas atuais e futuras de consumo. Essa situação é conseqüente do abuso de crédito e consumo demasiado, práticas cada vez mais características da sociedade contemporânea.

O mercado alicerçado no consumo, para se manter equilibrado, necessita "descobrir" constantemente novas fatias de consumidores. No contexto brasileiro, observam-se, atualmente, dois fenômenos que possibilitam a "descoberta" de novos consumidores.

O primeiro deles é a ascensão das classes populares para a camada média, que se deve, principalmente, à maior formalização do trabalho por parte das empresas contratantes, ao aumento do salário mínimo e aos programas assistenciais promovidos pelo governo, como o Bolsa Família. No levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 2007, observa-se que, entre 2001 e 2007, 13,8 milhões de pessoas subiram de faixa social, sendo a maioria originária da base da pirâmide: 10,2 milhões saltaram da camada de baixa renda (entre R\$ 0 e R\$ 545,66 de ganho mensal por família) para a de renda média (entre R\$ 545,66 e R\$ 1 350,92). O restante, 3,6 milhões de pessoas, subiram da faixa de renda média para a alta renda (acima de R\$ 1.350,82).

Sabe-se que é difícil conceituar classe média em razão de suas subdivisões e do fato de que, num país de dimensões e características regionais diversificadas como é o Brasil, o fator "renda" não delimita claramente a condição econômica familiar. Aquilo que se pode fazer com

um salário de mil reais, no Nordeste brasileiro, não garante a mesma condição de vida a quem recebe essa mesma quantia no cenário de estados mais desenvolvidos, como os da Região Sudeste do país. Mas, esses dados possibilitam compreender que uma camada da população está se tornando um nicho de consumidores em potencial, descoberto pela área do marketing e da publicidade como mais um segmento que move a economia.

Outro fenômeno que vem se configurando no contexto brasileiro nos últimos anos é o aumento do poder de consumo de idosos. No Brasil, o número de pessoas idosas, acima de 60 anos, está crescendo rapidamente e sua participação na população geral aumentou de 4,7% em 1960 para 10,2% em 2006, representando hoje um grupo com mais de 18 milhões de pessoas. Os dados são da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio, do IBGE, de 2006.

Muitos idosos obtiveram melhoria na sua situação financeira com a ampliação dos benefícios, especialmente para os trabalhadores rurais a partir da Constituição de 1988. Observa-se que a grande maioria dos idosos é caracterizada por possuir uma renda baixa, mas regular.

Neste cenário, percebe-se o aumento das estruturas familiares contemporâneas que possuem idosos residentes. Ana Amélia Camarano e Solange El Ghaouri, pesquisadoras na área de Estudos Populacionais e Demografia do IPEA, diferenciam em seus trabalhos essas famílias em dois grupos: famílias de idosos, nas quais o idoso é o chefe ou o cônjuge, e famílias com idosos, nas quais eles moram na condição de parente do chefe. No Brasil, predominam os arranjos em que o idoso é o chefe – membro denominado como responsável pelo domicílio – chegando a 86% do total de famílias com idosos residentes. Além disso, as famílias brasileiras de idosos apresentam melhores condições econômicas do que as famílias com idosos. Nesse sentido, se pode pensar no idoso como um sujeito que constitui um arrimo de muitas famílias, porque se observa que, hoje, se tem muito mais gerações convivendo e coabitando os mesmos espaços.

É neste "caldo", em que se articulam transformações na estrutura social, econômica e demográfica e nas políticas de consumo que, em 2003, no Brasil, surge a possibilidade de um crédito consignado, com baixas taxas de juros, para as pessoas que recebem aposentadoria ou

pensão através do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Essa modalidade de crédito – debitado automaticamente do benefício do aposentado e do pensionista – foi criada por meio da medida provisória 130/2003 e regulamentada em 2004, para aposentados e pensionistas, e alcançou uma adesão impressionante entre os idosos.

Desde a sua criação, houve problemas com a regulamentação do crédito consignado, o que levou a mudanças constantes das normas reguladoras, que não cessaram até hoje. Em 2004, não havia limites para o valor financiado. Contudo, hoje, o valor máximo da renda a ser comprometida, não pode ultrapassar 30% do valor da aposentadoria ou pensão recebida pelo beneficiário, dividida da seguinte forma: 20% da renda para empréstimos consignados e 10% exclusivamente para o cartão de crédito. O número máximo de parcelas é de 60 meses, conforme instrução normativa do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), publicada em 2008.

Por ser tratada como política pública de inserção do idoso no mercado de consumo e incentivado pela legislação, o crédito consignado está sendo fomento de diversas atividades. Como exemplo, podemos citar a recente iniciativa criada na área do turismo, lançada em setembro de 2007 pelo Ministério do Turismo. Trata-se do Programa Viaja Mais - Melhor Idade, que oferece pacotes turísticos com preços reduzidos e possibilidades de pagamento por crédito consignado, no período de baixa temporada. Como justificativa para a concepção de tal programa, encontra-se o argumento de que o incentivo ao turismo tem por objetivo reduzir a taxa de desemprego durante a baixa ocupação e dinamizar ainda mais a atividade turística do Brasil. Assim, observa-se a relação direta do crédito com a movimentação da economia.

Frente a este aumento repentino dos créditos aos aposentados e pensionistas, torna-se indispensável compreender o que representa o crédito consignado para este grupo da população e que repercussões ele provoca na vida dos idosos que o contratam. A partir do levantamento dessas questões, o grupo de pesquisa²⁷ do qual faço parte na Universidade Federal

27. Coordenador Prof. Dr. Johannes Doll (Faculdade de Educação da UFRGS). Grupo de pesquisa: Alexandre Ferreira, Ana Carolina Sousa, Caroline Stumpf Buaes, Cristiano Schmitt, Maria Luiza Jobim, Roberto Lopes, Rubia Poletto.

do Rio Grande do Sul (UFRGS), composto por professores e estudantes de graduação e pós-graduação em Educação e Direito - desenvolveu um estudo em parceria com o PROCON de São Paulo. A pesquisa "O idoso frente ao empréstimo consignado: implicações educacionais" foi realizada junto a pessoas que freqüentam grupos de convivência em Porto Alegre e em São Paulo. Nesse estudo foram entrevistadas 215 pessoas idosas, 125 em São Paulo e 98 em Porto Alegre.

Para contribuir com as discussões deste evento quero compartilhar algumas características da realidade do Rio Grande do Sul - especificamente da cidade de Porto Alegre. Os enfoques principais do estudo foram: quem são as pessoas que contratam crédito consignado? Quais são as razões para contrair tal crédito? Quais são os efeitos desse crédito na vida dos sujeitos?

O perfil do idoso endividado: o caso de Porto Alegre

Os resultados da pesquisa realizada em Porto Alegre indicam que do grupo entrevistado, 43 (43,9%) informaram que tinham feito pelo menos um crédito consignado, um dado muito próximo ao número geral do INSS. Dos 43 participantes, 38 eram mulheres e 5 eram homens. Observa-se um número maior de mulheres, característica associada à expressiva participação destas nos espaços de socialização em que foram realizadas as coletas de dados. A maior parte dos idosos (58%) que relataram já ter contratado crédito consignado tem entre 66 e 75 anos.

Sabe-se que os participantes da pesquisa não são representativos para caracterizar os idosos do Brasil, em função dos locais onde foram feitas as entrevistas - grupos de convivência. Contudo, o perfil sócio-econômico é muito semelhante ao de um grande grupo de idosos brasileiros: uma renda estável, mas pequena (12% até um salário mínimo; 42% entre um e dois salários mínimos; 37% entre dois e quatro salários mínimos) e uma escolaridade bastante baixa (9% sem escolaridade; 39% entre um e quatro anos de escolaridade). Este dado é muito preocupante, pois nos faz questionar sobre a real capacidade de os sujeitos compreenderem as regras dos contratos e se planejarem para os impactos dos empréstimos em seus orçamentos mensais.

Grande parte dos idosos coabita com filhos e netos. Nesse sentido, é possível verificar a existência de uma influência do núcleo familiar para a contratação dos créditos, já que praticamente um terço dos idosos revelou que contrataram empréstimos para terceiros (27,9%) ou para reformar a casa (23,3%).

Os "terceiros" comumente são pessoas da rede familiar e as reformas casa podem estar associadas a um "ninho cheio" de familiares. Outra questão que pode ser levantada a partir desses resultados é a configuração do crédito como mais um elemento de suporte – como o afeto e o cuidado – nas relações de trocas intergeracionais familiares.

Em relação às conseqüências do crédito na vida dos participantes, um considerável grupo (64%) enfrenta certas dificuldades e contraiu novas dívidas. Destes, 41% cortaram gastos com necessidades básicas, saúde ou atrasaram outros pagamentos. Quando questionados sobre a situação de vida após o contrato do crédito, as opiniões dos participantes mostraram-se bastante diversas: cerca de 35% referiram que sua situação melhorou, 35% mencionaram que nada mudou, e para 30% a situação piorou.

Mesmo frente às adversidades provocadas pelo impacto do crédito na vida dos idosos, a maioria dos entrevistados faria um novo empréstimo por considerar que embora o crédito não seja bom, às vezes "não se tem alternativa". Esse discurso evidencia o empobrecimento desses grupos sociais.

Pergunta-se, então: qual é a base do sucesso do crédito consignado? Um dos elementos é a produção de necessidades pela ordem do desejo. A modelagem e fabricação da subjetividade são feitas através de diferentes artefatos culturais e técnicos com os quais as pessoas têm contato. Assume um lugar de destaque na contemporaneidade a produção e circulação de formas simbólicas por meio das atividades da mídia.

Mídia e crédito consignado

A mídia vem transformando-se em uma das fontes mais poderosas da produção de desejos. Mike Featherstone, na década de 90, ao discutir as funções contemporâneas da publicidade aponta que ela é especialmente capaz de fixar imagens de romance, exotismo, beleza, realização, progresso científico e vida boa em diversos bens de consumo do dia-a-dia, tais como

sabões em pó, máquinas de lavar roupa, pastas de dente, refrigerantes, entre tantos outros. Dessa forma, captura-se o sujeito por meio de uma economia emocional que o torna desejante de viver aquilo que ele interpreta dos signos que lhe são oferecidos como possibilidades de identificação. Conforme Severiano, em uma pesquisa realizada em 2006 a acerca dos processos de individualização/homogeneização no contexto das sociedades de consumo contemporâneas, a partir de publicidades de celulares e carros, as estratégias utilizadas para captar os sujeitos baseiam-se na promessa de realização dos seus desejos de completude, com ênfase aos ideais de singularidade de distinção social.

Destaca-se, nesse sentido, a importância do Código de Defesa do Consumidor – Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 – como norma geral das relações de consumo no contexto brasileiro. Especificamente em relação à publicidade, cita-se o art.6º, IV, em que o legislador determina que é direito básico do consumidor sua proteção "contra publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou impostas no fornecimento de produtos e serviços".

Outras estratégias que vão ao encontro da identificação do consumidor são personagens apresentados em filmes e programas de televisão. Artistas em geral tornam-se pontos de referência comuns para milhões de indivíduos. Especificamente em relação à propaganda de crédito consignado pode-se citar o exemplo do Banco Panamericano que, para divulgar o produto Cred Pan em 2005, tinha uma foto da Hebe Camargo, artista amplamente conhecida no contexto brasileiro, como referência de seu anúncio publicitário, promovendo o Crédito Amigo. A artista contratada pode ser vinculada aos signos de dinamismo, beleza, irreverência. Esse anúncio mobiliza, assim, diferentes emoções no público para o qual é destinado, pois a linguagem utilizada opera no sentido de produzir certos significados para que o sujeito invista-os de sentido conforme suas experiências.

A pesquisa "O idoso frente ao empréstimo consignado: implicações educacionais" apontou os três bancos mais contratados pelos participantes do estudo residentes em Porto Alegre (RS). São eles: Caixa Econômica Federal,

Banrisul e Banco do Brasil. Uma rápida análise dos folders de divulgação desta modalidade de crédito podem auxiliar nas discussões acerca das estratégias utilizadas pela publicidade para "fisgar" esses consumidores.

O folder da Caixa Econômica Federal instituição responsável, apresenta na capa dois casais que veiculam as impressões de alegria, companheirismo e bonança. A mensagem transmite a idéia da segurança e tranquilidade, apelando para uma narrativa de cunho ilusório de salvação quando anuncia o crédito com a palavra "ACREDITE" em destaque, assumindo lugar central da propaganda.



PAGAMENTO EM 6X				PAGAMENTO EM 12X			
TAXA MENSAL DE 4,99% - CET Mensal 1,36% - CET Anual 16,29%				TAXA MENSAL DE 4,99% - CET Mensal 1,36% - CET Anual 16,29%			
VALOR DO EMPRESTIMO	CPF	PRECATORIO	VALOR TOTAL PAGO AO FINAL DO EMPRESTIMO	CPF	PRECATORIO	VALOR TOTAL PAGO AO FINAL DO EMPRESTIMO	
R\$ 500,00	R\$ 6,28	R\$ 9,90	R\$ 618,78	R\$ 49,00	R\$ 6,24	R\$ 598,48	
R\$ 1.000,00	R\$ 12,55	R\$ 19,80	R\$ 1.237,56	R\$ 97,99	R\$ 12,48	R\$ 1.196,96	
R\$ 1.500,00	R\$ 18,83	R\$ 29,70	R\$ 1.856,34	R\$ 146,98	R\$ 18,72	R\$ 1.795,44	
R\$ 2.000,00	R\$ 25,10	R\$ 39,60	R\$ 2.475,12	R\$ 195,97	R\$ 24,96	R\$ 2.393,92	
R\$ 2.500,00	R\$ 31,38	R\$ 49,50	R\$ 3.093,90	R\$ 244,96	R\$ 31,20	R\$ 3.002,40	

PAGAMENTO EM 24X				PAGAMENTO EM 36X			
TAXA MENSAL DE 4,99% - CET Mensal 1,36% - CET Anual 16,29%				TAXA MENSAL DE 4,99% - CET Mensal 1,36% - CET Anual 16,29%			
VALOR DO EMPRESTIMO	CPF	PRECATORIO	VALOR TOTAL PAGO AO FINAL DO EMPRESTIMO	CPF	PRECATORIO	VALOR TOTAL PAGO AO FINAL DO EMPRESTIMO	
R\$ 500,00	R\$ 14,16	R\$ 23,70	R\$ 688,72	R\$ 10,20	R\$ 15,36	R\$ 543,36	
R\$ 1.000,00	R\$ 28,32	R\$ 47,40	R\$ 1.377,44	R\$ 20,40	R\$ 30,72	R\$ 1.086,72	
R\$ 1.500,00	R\$ 42,48	R\$ 71,10	R\$ 2.066,16	R\$ 30,60	R\$ 46,08	R\$ 1.629,36	
R\$ 2.000,00	R\$ 56,64	R\$ 94,80	R\$ 2.754,88	R\$ 40,80	R\$ 61,44	R\$ 2.171,52	

PAGAMENTO EM 48X				PAGAMENTO EM 60X			
TAXA MENSAL DE 4,99% - CET Mensal 1,36% - CET Anual 16,29%				TAXA MENSAL DE 4,99% - CET Mensal 1,36% - CET Anual 16,29%			
VALOR DO EMPRESTIMO	CPF	PRECATORIO	VALOR TOTAL PAGO AO FINAL DO EMPRESTIMO	CPF	PRECATORIO	VALOR TOTAL PAGO AO FINAL DO EMPRESTIMO	
R\$ 500,00	R\$ 28,32	R\$ 47,40	R\$ 1.377,44	R\$ 16,33	R\$ 25,60	R\$ 588,33	
R\$ 1.000,00	R\$ 56,64	R\$ 94,80	R\$ 2.754,88	R\$ 32,66	R\$ 51,20	R\$ 1.176,66	
R\$ 1.500,00	R\$ 84,96	R\$ 142,20	R\$ 4.142,32	R\$ 48,99	R\$ 76,80	R\$ 1.765,00	
R\$ 2.000,00	R\$ 113,28	R\$ 189,60	R\$ 5.527,76	R\$ 65,32	R\$ 102,40	R\$ 2.353,33	

*Simulação realizada com o taxa de 15% (2008), com o fidejussão e o valor de 4000.

Consome-se, assim, por antecipação uma situação que se apresenta distante da realidade, no momento em que basta acreditar para

contratar o crédito e resolver todos os problemas ou satisfazer todas as necessidades/desejos de forma instantânea e fácil.

Destaca-se também o caráter abusivo da publicidade – comum à propaganda dos três bancos citados – observado na parte externa e interna do material “informativo”. As informações não são claras, tanto do ponto de vista do conteúdo quanto do tamanho da letra do texto, dificultando a compreensão e alcance do seu teor. Há, também, na narrativa do texto, uma pressão para que o sujeito “confira a simulação e faça já seu empréstimo”.

Assim, não se apresenta nenhum respeito à oportunidade de tomar conhecimento prévio do conteúdo dos contratos de empréstimos. “Sem necessidade de consulta ao SPC/SERASA e sem avalista, o crédito consignado CAIXA oferece as melhores condições do mercado e sem burocracia”, demonstrando, desse modo, não se preocupar se o contratante tem condições de cumprir o contrato. Assim, apresenta mais um ato abusivo. A propaganda também reforça a confiança do banco em seus clientes, utilizando-se, novamente, dos efeitos produzidos pelos significados do verbo acreditar expresso na parte interna do anúncio por meio da frase “O banco que acredita nas pessoas”. Assim, o sujeito sente-se importante e valorizado por uma instituição boa que acredita na boa fé das pessoas.

A propaganda do Banrisul traz algumas semelhanças com a praticada pela Caixa no que tange à falta de clareza das informações. Observa-se especificamente a imprecisão acerca das taxas de juros. Contudo, há diferenças nas emoções que podem ser mobilizadas pela imagem da capa do folder. O folder da Caixa valoriza a relação de parceria entre casais. Já o folder do Banrisul faz um apelo romantizado para a manutenção de afetivas e prazerosas relações familiares.

Tem-se, então a casa como figura de fundo e em maior destaque um idoso recebendo um abraço de uma mulher mais jovem. O idoso



está em evidência com uma expressão facial e corporal que remete à idéia de uma satisfação e empoderamento, enquanto a jovem o abraça, de maneira afetuosa e acolhedora, com o olhar voltado para baixo e expressando um sorriso.

No caso analisado, a casa e as relações afetivas são elementos importantes para o segmento alvo do anúncio, visto os resultados da pesquisa de O idoso frente ao empréstimo consignado: implicações educacionais que apontam como principais razões para contrair o empréstimo o contrato de crédito para outros membros da família e para reformar a casa. Desse modo, percebe-se que o produto a ser anunciado aparece vinculado com elementos do dia-a-dia da vida do consumidor, levando-o a interagir de forma automatizada na sua aquisição.



Por fim, a capa do folder do Banco do Brasil apresenta outras mensagens vinculadas ao crédito consignado. Contudo, há um elemento comum com o anúncio do Bannisul: trata-se do uso da expressão "melhor idade". Esse termo possui uma equivalência à terminologia terceira idade no sentido de representar um sinônimo de envelhecimento ativo e independente.

Também se observa que nos anúncios que utilizam a designação de melhor idade para identificar seu público alvo, os idosos parecem ser mais velhos e estão vivenciando uma relação intergeracional, que pode ser vinculada às trocas promovidas pelas redes sociais de reciprocidade. Por outro lado, o anúncio da Caixa que não utiliza essa expressão veicula imagens de casais de idosos mais jovens, remetendo a um suporte solidário, fundamentado nas trocas entre as pessoas de uma mesma geração.

O folder do Banco do Brasil utiliza-se das cores rosa, lilás, azul – que por si só remetem a uma sensação de doçura e candura – para representar a relação intergeracional. As expressões e posturas da idosa e da criança

transmitem a ideia de carinho e admiração. A figura central do anúncio, que une menina e idosa, pode representar na cena a entrega de um cartão da neta dado para avó ou a leitura de um livro. Ambas as situações envolvem uma troca e uma valorização positiva dessa situação.

É possível conceber que o crédito consignado pode ser positivo, aumentar o bem-estar das famílias e proporcionar o acesso ao mercado de consumo de bens e serviços. Nesse sentido, se o sujeito utiliza o crédito consignado de forma consciente – isto é, contrai o crédito conhecendo o contrato e as taxas de juros e organiza seu orçamento mensal para o débito das parcelas durante os meses acordados – este pode ser compreendido como um mecanismo de inclusão social. Mas, como já foi citado, também pode acarretar consequências mais problemáticas na vida de quem o contrata. Dessa forma, é importante pensar tanto em medidas de proteção legal como na criação de intervenções que permitam aos sujeitos uma compreensão das ferramentas do consumo contemporâneo, e assim usar de forma consciente os novos recursos de acesso ao mercado como o crédito consignado.

Neste evento, falou-se em educação para a saúde e a proposta da discussão aqui apresentada dirige-se à importância de se pensar em uma educação para o consumo. A Psicologia, neste sentido, é convocada a criar estratégias nas suas diferentes áreas de prática profissional, que possibilitem o surgimento de condições para a produção de um novo tipo de subjetividade. Felix Guattari e Suely Rolnik na obra *Micropolítica, Cartografias do desejo*, propõem que se singularize por meio de outras maneiras de ser, outras sensibilidades, outras percepções que se opõem à subjetividade capitalística. Não se trata de diabolizar a contratação de empréstimos, mas de criar mecanismos que ofereçam ao consumidor a possibilidade de se posicionar perante os apelos do consumo.

E quais são os nossos possíveis parceiros? Conselhos Municipais e Estaduais de Idosos, Grupos de Convivência, Universidades da Terceira Idade, escolas que oferecem Educação de Jovens e Adultos (EJA)²⁸, Associação de Aposentados e Pensionistas, Procon's.

28. Cabe destacar que, conforme Censo do IBGE de 2000, 22% das pessoas que frequentam alfabetização de adultos têm mais de 50 anos.

Referências Bibliográficas

- BAUDRILLARD, Jean. *A sociedade do consumo*. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BAUMAN, Zygmunt. Os consumidores na sociedade líquido-moderna. In: _____. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.
- BRASIL. INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/PRES nº 28, de 16 de maio de 2008. Estabelece critérios e procedimentos operacionais relativos à consignação de descontos para pagamento de empréstimos e cartões de crédito, contraídos nos benefícios da Previdência Social. Brasília. Diário Oficial da União, 19/5/2008.
- CAMARANO, Ana Amélia; EL GHAOURI, Solange Kanso. *Famílias com idosos: ninhos vazios?* Rio de Janeiro: IPEA, n. 950, 2003.
- CEZAR, Fernanda Moreira. O consumidor superendividado: por uma tutela jurídica à luz do direito civil-constitucional. *Revista de Direito do Consumidor*, a. 16, n.63, jul./set. 2007. p. 131-164.
- FEATHERSTONE, Mike. *A Cultura do consumo e pós-modernismo*. São Paulo: Studio Nobel, 1995.
- GUATTARRI, Felix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica, Cartografias do desejo*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- IPEA, 2007. *O Popular: A renda da classe média dá sinais de recuperação*. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em: 7 out. 2008.
- MARQUES, Claudia Lima. Sugestões para uma lei sobre o tratamento do superendividamento de pessoas físicas em contratos de crédito ao consumo: proposições com base em pesquisa empírica de 100 casos no Rio Grande do Sul. In: _____.; CAALLAZZI, Rosangela Lunardelli (Orgs.). *Direitos do consumidor endividado: superendividamento e crédito*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2006. p. 255-309.
- PNAD, 2006. *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio*. Disponível em www.ibge.gov.br. Acesso em 4 jul. 2008.
- SEVERIANO, Maria de Fátima Vieira. Pseudoindividação e homogeneização na cultura do consumo: reflexões críticas sobre as subjetividades contemporâneas na publicidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.6, n.2. Rio de Janeiro dez. 2006.
- THOMPSON, John B. *Ideologia e Cultura Moderna: teoria crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes, 1995.

Compartilhando experiências

A coordenação nacional de terceira idade e pessoas idosas da Confederação Nacional Trabalhadores na Agricultura – Contag

Juraci Moreira Souto²⁹

Nós vamos procurar trazer aqui nessa roda de conversa uma experiência que nós vivenciamos no nosso campo, trazer uma experiência dos trabalhadores e das trabalhadoras rurais, aqui hoje representados nacionalmente pela nossa Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura, a nossa Contag. Primeiro vamos falar um pouco da nossa organização sindical, da nossa estrutura, como ela funciona e como se organiza.

Quem é a Contag? É a Confederação Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais, foi criada em 22 de dezembro de 1963 e seu reconhecimento oficial ocorreu em 31 de janeiro de 1964, por meio de um Decreto presidencial, nº. 53.517. Como estamos organizados? Em 27 federações de trabalhadores e trabalhadoras rurais e em 3932 sindicatos, nos municípios. Essas federações são de âmbito estadual, e os nossos sindicatos são de âmbito municipal. Nós representamos os interesses, os anseios da nossa categoria, composta dos trabalhadores e trabalhadoras rurais, assalariados, permanentes ou temporários, os agricultores e agricultoras familiares, assentados pela Reforma Agrária e ainda daqueles que trabalham em atividade extrativista, um complexo de segmentos que compõe a categoria trabalhadora rural. Somamos hoje em todo o Brasil em torno de 25 milhões, entre os quais 5,36 milhões na faixa etária a partir dos 60 anos de idade, que formam a organização da terceira idade no nosso movimento.

É bom esclarecer aqui que, nesses 45 anos de existência da organização sindical rural, só passamos a perceber que haveria necessidade de fazer

29. Agricultor familiar, secretário de Finanças da Confederação Nacional Trabalhadores na Agricultura – Contag, membro da Coordenação da Terceira Idade, representante da entidade no Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – Secretaria Especial de Direitos Humanos.

organizações por segmento a partir de quinze, vinte anos para cá. Primeiro compreendemos a necessidade de fazer a organização por segmentos, e começamos pelas mulheres. Nossa organização tratava todos os componentes da nossa categoria de forma igual e percebemos que, em nossos sindicatos, nós só tínhamos homens, eram sindicatos eminentemente machistas. As mulheres eram consideradas dependentes dos maridos, e por isso não eram associadas dos sindicatos. O marido ia para a assembleia, o marido se sindicalizava e a mulher ficava em casa, não participava das assembleias, por isso nós descobrimos que o nosso movimento, apesar de ser um movimento forte, classista, lutador, era eminentemente machista.

E então começamos, há uns vinte e poucos anos, a fazer a organização das mulheres de forma específica, de forma especial, com o tratamento que ela merecia, que precisava ser dado. Nós buscamos a inclusão das mulheres em nossa estrutura, e hoje as mulheres são mais de 50% da nossa categoria sindicalizada. Não só sindicalizada, mas nas diretorias dos sindicatos, das federações, criamos a cotas obrigatórias de mulheres. Nenhuma entidade nossa pode registrar uma chapa se não tiver pelo menos 30% de mulheres fazendo parte dessa chapa.

Outro passo importante foi a organização da juventude rural. Com o jovem saindo para a cidade, houve um esvaziamento do campo, ficando só as pessoas de meia a terceira idade. Nós sentimos a necessidade também de construir política sindical direcionada à juventude. E, por último, nós estamos começando política específica para a nossa terceira idade, para os nossos idosos. Abri esse parêntese para vocês entenderem um pouco do mecanismo, como é que nós estamos funcionando na área rural.

Como é que nos começamos? A partir dos nossos últimos congressos, a cada quatro anos a gente faz um congresso nacional, onde nossas políticas são avaliadas e reprogramadas. Foi trazida para nós, da direção nacional, a necessidade de criar políticas específicas, organizativas, para as pessoas da terceira idade, as pessoas idosas do campo. Nós criamos primeiro uma coordenação nacional da terceira idade, da qual eu sou um dos componentes. E essa coordenação está dentro das secretarias que compõem a estrutura da Contag, que são as Secretarias de Políticas Sociais, a Secretaria de Finanças e a Comissão Nacional de Mulheres.

A partir dessa Coordenação Nacional, nós criamos o nosso Coletivo Nacional da Terceira Idade e da Pessoa Idosa, formada por um membro titular e um outro suplente das 27 federações que compõem o sistema Contag. Então nós temos hoje um coletivo, que é composto por 32 pessoas. São 27, um de cada estado, e mais cinco representantes da Contag. Semestralmente nós fazemos uma reunião desse Coletivo Nacional onde toda a política desenvolvida no país, em cada estado, a partir das nossas federações, é avaliada e programada. Ele é responsável também por traçar as linhas estratégicas do movimento para a pessoa da terceira idade, as pessoas idosas. Nos estados, as federações também possuem os responsáveis pelas ações.

Existem hoje, já constituídos e qualificados, treinados para trabalhar com as pessoas idosas, 26 coletivos estaduais, falta apenas um estado para fazermos toda a cobertura nacional. Isso a partir de 2006, 2007, estamos fechando nossa agenda em 2008, na construção dessa estrutura.

Formada por representantes dos sindicatos filiados, nossa estrutura se organiza com a federação no estado e polos regionais. Vou citar o exemplo do meu estado, que é Minas Gerais. É um estado grande, a nossa federação lá se divide em doze polos regionais, cada um discute a regional e tira dali um nome para fazer parte desse coletivo estadual. É importante lembrar que necessariamente tem de ter a presença das mulheres nesse coletivo estadual.

Qual é nosso processo organizativo, como é que nós construímos esse processo nesses últimos três, quatro anos? A Contag realizou encontros e capacitação dos coletivos estaduais, abordando as seguintes temáticas: organização da terceira idade, da pessoa idosa, do movimento, direitos das pessoas idosas. Nós utilizamos os instrumentos institucionais como o Código Civil, Código Penal, Constituição Federal, Código de Direito do Consumidor, Política Nacional do Idoso e por último o Estatuto do Idoso. Então, nós utilizamos esses instrumentos que já existem para que possamos dentro deles fazer com que prevaleçam os direitos dos idosos já constituídos.

Políticas públicas: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Direito ao Transporte Interestadual, Política de Assistência Social e o Crédito Consignado, que para nós, na nossa avaliação, ao invés de ser uma coisa

benéfica, passou a ser um grande problema. Nós temos inclusive um material que vamos distribuir, estamos fazendo uma campanha em relação à questão do crédito. Foi muito oportuno o momento em que a Caroline Buaes trouxe essa questão do crédito consignado. Porque uma coisa que deveria ser um benefício passou a ser um malefício daqueles dos mais complicados que nós temos hoje para administrar. Bom, eu estou citando assim o crédito que nós entendíamos que era uma política pública e passou a ser um problema.

Ações nos municípios: os sindicatos possuem coordenadores da terceira idade, da pessoa idosa, e nós também já estamos conseguindo chegar lá nos municípios, onde se organizam grupos de pessoas da terceira idade, das pessoas idosas, nas comunidades. Nós estamos cada vez mais nos aproximando dos locais onde mora e trabalha nosso povo. Entre esses grupos se realizam várias atividades, entre as quais destacamos reuniões dos grupos para autoconhecimento, festas em datas comemorativas, festas religiosas, palestras de cunho educativo, sobre saúde, educação, entre outras, passeios turísticos. Inclusive, nacionalmente, nós temos passeios, às vezes, o pessoal sai do Sul e vai conhecer o Nordeste, o Norte, e vice-versa, nós temos intercâmbio nesses passeios, conhecimento de outras regiões. Há encontros de diversos grupos na sede do município, às vezes são intercâmbios dentro do próprio município. É muito comum as nossas famílias nascerem em uma comunidade e não conhecerem nem as outras comunidades do município, então nós estamos promovendo esse intercâmbio a partir do município, e encontros também de grupos a nível estadual.

Destacamos aqui algumas conquistas, frutos da luta do nosso movimento em prol da terceira idade e das pessoas idosas da área rural. Em 1971, é de conhecimento de todos nós, conquistamos o primeiro programa de assistência ao trabalhador rural, chamado de PRO-RURAL, garantindo, já naquele momento, a aposentadoria por velhice ao chefe da família que completasse 65 anos, no valor de meio salário mínimo, a aposentadoria por invalidez, auxílio-funeral, serviço de saúde, serviço social. Em 1988, com a chegada na nova Constituição, com muita luta, muito sacrifício, nós conquistamos a aposentadoria em regime do segurado especial, então nós saímos do meio salário mínimo para o

salário integral. Foi uma das conquistas importantes que conquistamos. Nós reduzimos a faixa etária, a idade do homem, de 65, para 60 anos.

Conseguimos incluir a mulher no processo da aposentadoria já com uma idade menor do que o homem, 55 anos de idade, e no valor do salário integral. São alguns benefícios que nós destacamos, que merecem uma atenção maior, ou seja, uma aposentadoria com salário mínimo, a inclusão da mulher, que foi um ganho para nós importante, e a redução da idade, de 60 para 55, e do homem de 65 para 60.

Em 1996 a Política Nacional do Idoso foi uma conquista de todos nós, não só dos rurais, mas também dos urbanos. O Estatuto do Idoso, em 2008, também foi uma conquista interessantíssima. Uma conquista de toda a população idosa brasileira. É um dos instrumentos que nós ultimamente temos usado para fazer a nossa caminhada e a nossa organização. E a manutenção dos trabalhadores e trabalhadoras rurais no Regime Geral da Previdência Social na condição de segurado especial. É a única categoria profissional no Brasil que tem um tratamento diferenciado dos demais, são os nossos trabalhadores rurais.

Como nós estávamos assegurados por uma lei que teve quinze anos de duração e o prazo para o término era 2006, nós, com muita pressão e muita negociação, conseguimos que o Presidente da República, por meio de uma Medida Provisória, prorrogasse por mais dois anos, mas em 2008 estaríamos de novo sem nenhum amparo, sem nenhum respaldo legal no nosso Sistema de Previdência. E, agora, conseguimos que o Congresso Nacional votasse definitivamente a nova lei, que nos mantém no Sistema Geral da Previdência Social na condição de segurado especial, garantindo toda aquela diferenciação, por ser uma categoria, na nossa compreensão, diferente das demais. E já foi sancionada pelo Presidente da República, estamos aguardando a sua regulamentação para podermos começar a operacionalizar a partir dessa nova lei.

A atuação do nosso movimento com a terceira idade, a pessoa idosa: em 2004 realizamos o primeiro Congresso Nacional dos Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais, só dos aposentados. Os chamamos aqui em Brasília, mais de 500 delegados, em caráter de congresso mesmo, teve documento-base, teve grupos temáticos. A partir de 2004 eles nos ajudaram a construir

esta estratégia de luta, esta caminhada, e foi tirado daí um documento que serviu de orientação para a nossa caminhada; o Congresso aprovou importantes diretrizes que demandaram um reordenamento da estrutura do processo organizativo do movimento sindical.

A Contag vai fazer um congresso, agora no começo do ano que vem. Além do número de delegados que vão ser inscritos para o congresso, nós temos mais 10% de acréscimo tirado do número de delegados de pessoas da terceira idade, então isso é obrigatório, o estado que não tirar isso não se inscreve para participar do congresso.

Bem como novas políticas públicas a ser destinadas ao campo para contemplar a especificidade das pessoas da terceira idade, de pessoas idosas. Em 2006 participamos efetivamente da 1ª Conferência Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas, apresentando experiências na área rural. Em 2007 realizamos vinte encontros estaduais da terceira idade, de pessoa idosa da área rural. Em 2008 realizamos mais quinze encontros estaduais da terceira idade, de pessoa idosa na área rural. Foi realizado o Encontro Nacional de Construção das Políticas para a Terceira Idade, do movimento que tem a participação de 180 lideranças sindicais. Nós fizemos o 1º Congresso em 2004 e agora em 2008 voltamos a realizar novamente um encontro nacional. Não foi um congresso, mas um encontro nacional, já com as lideranças que se constituíram nos estados para rever esse documento e tirar dali novas orientações.

Em 2009 nós pretendemos fazer o nosso 10º Congresso, no qual vai ser eleito o diretor-coordenador da Comissão da Terceira Idade, da Pessoa Idosa, da Contag, com um mandato de 4 anos. Somos hoje 11 dirigentes da Contag, a partir do ano que vem passaremos para 13, porque vão ser acrescentados na estrutura da direção o secretário nacional de Meio Ambiente e o secretário nacional da Terceira Idade, que vai coordenar o processo. Nós vamos ter uma pasta específica dentro da Contag para fazer a coordenação da organização das pessoas da terceira idade, das pessoas idosas, que hoje é feita por aquela comissão de que falamos aqui, incorporada em outras secretarias, mas a partir de março de 2009 vamos ter uma secretaria específica, dentro da nossa estrutura, que vai cuidar especificamente desse segmento.

Compartilhando experiências

Compartilhando experiências:
acolhendo pessoas em serviço de geriatria

Regina Celia Gorodscy³⁰

Sou professora na graduação do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo. Participo do núcleo de Psicologia Hospitalar e do núcleo Corpo em Psicologia com o curso: *o corpo em diversas fases da vida*. Procuramos nesse curso não repetir noções sobre desenvolvimento humano, mas sim problematizar questões referentes à corporeidade no existir humano. Temos discutido, com os alunos, questões sobre o espelho quebrado, na corporeidade de pessoas acima de 65 anos, semelhantes às apresentadas nas discussões de ontem.

Trabalhei como psicóloga em hospital público. Minha visão sobre psicologia hospitalar é uma visão de atendimento à saúde de pessoas. Eu queria agradecer muito ao Conselho Federal pelo tema Envelhecimento e Subjetividade. O compromisso social primeiro não está apenas no discurso, o compromisso está no atendimento concreto à pessoa hospitalizada, no entendimento e no tratamento dos aspectos psicológicos subjetivos em torno do binômio saúde-doença.

Em relação à clínica, ontem também ouvi alguns jovens depreciarem o atendimento clínico e a questão do poder do terapeuta. Eu sonhei esta noite que precisava falar sobre isso hoje. Como psicóloga, me disponho a escutar, enxergar, tocar pessoas, estar com pessoas, para compreendê-las. Eu acredito que, de alguma forma, quer em grupo, quer individualmente, é importante que a gente seja um pouco ator como assistimos ontem o filme, que a gente se coloque um pouco no papel da pessoa que está

30. Doutora em Psicologia Clínica, especialista em Psicomotricidade e Psicologia Hospitalar, professora da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo. Supervisora de atendimento psicodiagnóstico e psicoterápico com abordagem corporal. Coordenadora do Grupo de Pesquisa *Corpo em Psicologia – terapias corporais*. Orientadora de pesquisas acadêmicas e projetos de iniciação científica. Professora de Psicossomática no Núcleo de Psicologia Hospitalar e no Núcleo Corpo em Psicologia.

doente, que está sofrendo, e que está vivendo algumas contingências sociais e econômicas diferentes das nossas. É só assim que podemos entendê-la: através de emoções.

Bem, eu vou falar de pessoas que se descobriram e ampliaram sua consciência, a partir dos seus corpos e das suas doenças. O Grupo de pesquisa Khalaó, ao qual pertenço, coordenado Pela doutora Ruth G. Lopes, tem desenvolvido alguns trabalhos sobre o toque em idosos. Mostrarei agora para vocês o resultado do toque em idosos com Alzheimer e AVC, documentados em nossa pesquisa sobre Calatonia em idosos Institucionalizados.

O idoso envelhece na contramão dos padrões de beleza de nossa sociedade: feio, cheio de manchas, pele grossa, veias saltadas, rugas. Muito diferente da pele do bebê que todo mundo quer beijar, apertar. Nas instituições asilares, os idosos podem ser bem cuidados, bem tratados, arrumados, perfumados, mas a qualidade do toque é diferente. Temos trabalhado na instituição a qualidade do toque, pois estudos mostram a importância do tocar não apenas do ponto de vista relacional, mas também do ponto de vista fisiológico e psiconeuroimunológico. Nós temos trabalhado também em pesquisas sobre terapia assistida por animais e observado que o toque elicia respostas associativas de memória, a partir da memória afetiva no contato com animais. Encontramos em Damásio e Isquero suporte psiconeurológico para nossas observações.

Fui convidada pelo geriatra Dr. Ney Geraldo Perracini para trabalhar, em 1986, na equipe do Serviço de Geriatria e Gerontologia que estava se formando no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). Neste trabalho, entrei em contato com pessoas idosas que, a partir de buscas sobre os sintomas que apresentavam, passaram ao autoconhecimento, pelo despertar da consciência de seus próprios corpos. Assim, percebi a unidade psicofísica que somos e a importância de espaços para acolher a subjetividade destes idosos.

Dona C, que não está mais com a gente, mãe de sindicalista morto pela repressão, me ensinou como era lúcida, ligada à vida, como aguentava todas as batalhas e os sofrimentos e como era organizada. Em certo momento, com uma pneumonia, a senhora referida estava totalmente

desorganizada e parecia apresentar quadro de demência. E fui percebendo que nós somos um todo. Melhorou o físico, melhorou o psíquico.

Outra senhora, E, referiu: "Eu não sei por que minha pressão está sempre alterada, eu me alimento na base do nervoso, meu diabetes está sem controle". E tinha perdido o filho com Aids. Compartilhou com a psicóloga, individualmente e depois em grupo, as suas questões, suas emoções. Sua pressão arterial começou a se regularizar e passou a cuidar do diabetes.

Outra questão que pretendo tratar a respeito de subjetividade e envelhecimento está relacionada à criação de espaços de atendimento em equipe interdisciplinar que permitam o acolhimento da subjetividade dos idosos. Em 1994, solicitei transferência de Serviço de Psiquiatria para trabalhar integralmente na Geriatria. Deparei-me na prática com poucos recursos humanos e refleti que as políticas públicas são importantes, mas, mais importante do que elas, é a mobilização dos profissionais para fazê-las acontecer concretamente. Então, junto com a terapeuta ocupacional, a nutricionista e a assistente social, criamos um programa de aprimoramento: "Equipe interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia", que continua existindo, com modificações.

Por meio desse programa, percebemos a importância do acolhimento e da escuta a pessoas idosas. Em grupos, observamos que sofreram perdas em suas vidas, como, por exemplo, morte de familiares, pais, filhos, amigos, enfrentaram muitos obstáculos, tais como doenças de alguém da família, alcoolismo. Mas nem por isso se renderam e perderam a vontade de viver. Muito pelo contrário, algumas trabalham e frequentam grupos de terceira idade, têm atividades sociais. O grupo de voluntários do hospital surgiu desse grupo preventivo.

As mulheres, sobretudo, no papel de cuidadoras de pais com demência, têm preocupações com a manutenção de suas memórias, com a sua sexualidade, ao mesmo tempo em que referem sentimentos depressivos. São pessoas que procuram mudanças na qualidade de vida e se preocupam com a manutenção de sua saúde. Documentamos nossos achados em apresentação de diversos pôsteres no encontro do Conselho Regional de Psicologia (CRP) "Psicologia e Compromisso Social".

Compartilhando experiências

Um serviço de neuropsicologia ofertado ao idoso atrelado à pesquisa e ações clínicas

Sérgio Leme da Silva³¹

Gostaria primeiramente de agradecer ao Conselho Federal de Psicologia pelo convite para participar desse evento, e à professora Isolda Günther, obrigado por estar aqui. Eu vou tentar, de uma maneira informal, passar para vocês um relato sobre as nossas atividades na área de neuropsicologia dentro do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília. Não será meu objetivo aqui aprofundar questões teóricas científicas, mas sim descrever o Serviço de Neuropsicologia, sua composição profissional, seu programa clínico ambulatorial, sua abordagem teórica, suas dificuldades e seus acertos.

O nosso Serviço de Neuropsicologia conta com uma equipe composta por: a) um neuropsicólogo concursado, com dedicação de quatro horas semanais ao nosso serviço; b) dois neuropsicólogos bolsistas da Financiadora de Estudos e Projetos (Finep), contratados por um período de dois anos, para execução de atividades presenciais ambulatoriais de neuropsicologia – grupos de reabilitação e avaliação neuropsicológica dirigida a idosos – e atividades virtuais educativas dirigidas à capacitação de profissionais e interessados pelo assunto. As atividades desses bolsistas fazem parte de um projeto que denominamos de Projeto Gedarni, ou Programa Presencial e Virtual de Gerontologia, Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica para Inclusão Social de Idosos; c) estudantes de graduação em Psicologia cursando as disciplinas: Estágio para formação de Psicólogo em Neurociências e Cognição e Pesquisa em Psicobiologia, recebendo em média de dois a

31. Psicólogo, mestre em Psicobiologia pela Universidade de São Paulo (USP) e Doutor em Ciências pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Coordenador do Serviço de Atendimento e Pesquisa em Neuropsicologia do Centro de Medicina do Idoso do Hospital Universitário de Brasília. Professor adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB).

quatro alunos por semestre; d) estudantes de pós-graduação, recebendo em média um aluno por semestre; e por fim, a figura do professor-orientador, representada por mim. Em resumo, 80% da nossa equipe clínica em neuropsicologia apresentam-se como voluntária, entretanto ligada ao treinamento supervisionado dentro um hospital escola.

Nosso serviço está orientado por bases teóricas das neurociências, com enfoque a aplicar a neuropsicologia clínica. As neurociências, conforme os pesquisadores clássicos Pierre Karli nos anos 80 e Kandel nos anos 90, possuem como postulado, a ideia de que os ambientes físicos e sociais determinam mudanças no sistema nervoso e de que essa ação é recíproca, ou seja, o cérebro é sem dúvida gerador dos comportamentos, mas ele próprio fruto da relação que se mantém com o meio ambiente, desde a filogênese, e, principalmente, em todo nosso desenvolvimento ontogenético. Assim, acreditamos que a estimulação promove alteração no sistema nervoso, mesmo no envelhecimento.

Dessa forma, fundamentamos uma hipótese de plasticidade cerebral em função ou resultante de reabilitação ou intervenções neuropsicológicas. Isto é, uma plasticidade cerebral devida à promoção de atividades cognitivas, nutricionais, ambientais ou sociais que comumente ocorrem ao propormos a idosos um programa de reabilitação neuropsicológica ou, como também vem sendo chamado, programa de intervenção neuropsicológica. Acreditamos ainda que essas intervenções neuropsicológicas possam potencializar as ações psicomarfacológicas de medicamentos utilizados para melhora da memória, como os anticolinesterásicos – hipótese que vem sendo atualmente defendida na literatura. Atualmente existem muitos trabalhos no sentido de estudar as alterações neurofisiológicas associadas às mais diversas intervenções neuropsicológicas, como cognitiva, social e outras. Por exemplo, medir o nível de cortisol em participantes dessas intervenções, fazer comparações antes e depois da intervenção, etc. Essas alterações do nível de cortisol vêm sendo observadas, o que nos leva a crer que qualquer intervenção psicológica e neuropsicológica aplicada a um paciente ou dirigida a um sujeito repercute no sistema nervoso do idoso.

O relato de nossa experiência no atendimento ao idoso portador de Alzheimer, de outra demência ou de declínio cognitivo pode ser

relatado através de vários pontos, objetivos e enfoques temáticos que desenvolvemos durante o nosso programa de atendimento.

O primeiro ponto é esclarecer que o nosso atendimento em neuropsicologia está dentro de um programa de hospital dia do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse programa de hospital dia se caracteriza como um atendimento multidisciplinar composto por quatro equipes, que atendem em dois horários semanais. O primeiro atendimento da semana é formado por duas horas de sessão de psicologia clínica e duas horas de sessão de neuropsicologia. O segundo atendimento na semana se compõe por duas horas de fisioterapia e duas horas de terapia ocupacional. Por oito semanas esses dois grupos de sessões semanais vão ocorrendo.

Relatarei aqui os objetivos das sessões de neuropsicologia nesse programa de hospital dia. A sessão de neuropsicologia compõe-se em duas ações clínicas. A primeira tem como objetivo proporcionar aos idosos um conjunto de atividades de estimulação cognitiva da memória. A segunda tem como objetivo proporcionar aulas psicoeducativas sobre envelhecimento, memória, o cuidado com idoso e outros temas pertinentes. É importante ressaltar que esse programa é dirigido a idosos com declínio cognitivo ou portadores de demência em estágios leve a moderado.

O programa das ações de estimulação cognitiva dirigida ao idoso tem como primeiro enfoque a conscientização da deficiência de memória, ou seja, além de haver uma discussão no grupo sobre o porquê de todo mundo estar ali, que é estimular a memória, é realizado também uma conscientização sobre o esquecimento. De maneira a refletir sobre a ideia de que "esquecer pode ser é uma coisa natural, ou um aspecto adaptativo". Isto porque, independentemente da idade ou da patologia, todo mundo esquece. Essa questão é também levada para o grupo psicoeducativo, dirigido aos cuidadores, principalmente em suas primeiras aulas. Isto porque é importante o cuidador ou familiar acompanhante do idoso, reconhecer a informação que "esquecer é importante para todos nós". Isso porque o esquecimento nos ajuda a adaptar as nossas situações de estresse, e ainda, na maioria das vezes quando cobramos esquecimento dos idosos, esquecemos que nós esquecemos.

Ou seja, não é somente o idoso com declínio cognitivo que esquece. É importante o cuidador perceber que também esquece e que comete falha de

memória, para que ele não cobre tanto do idoso, as suas falhas de memória. Essa questão, sobre o papel do esquecimento, é muito bem relatada pelo renomado pesquisador Daniel Schacter em seu livro ", de forma que a aprendizagem do papel do esquecimento, a nosso ver, retrata o primeiro e importante aspecto aprendido pelos idosos e principalmente pelos cuidadores.

A aprendizagem desse aspecto tem se mostrado, na nossa prática clínica, capaz de minimizar em algum grau o fardo de se conviver com alguém que comete um número excessivo de falhas de memória. Nesse momento terapêutico também é importante esclarecer que o esquecimento que não é benigno é aquele que comumente atrapalha a atividade de vida diária e as atividades instrumentais, devendo explicar o que são as atividades de vida diárias e instrumentais, e que elas representam atitudes básicas do nosso comportamento, como saber onde você mora, o nome e quem são os parentes próximos que moram com você, como se utilizam instrumentos básicos do nosso cotidiano como faca, colher, garfo, copo, etc. Para o idoso acometido de uma Síndrome Amnésica Orgânica, de etiologia demencial de Alzheimer, Vascular, ou outra, quando ele reconhece, conscientiza, ou descobre, mesmo que seja por pouco tempo, que esquecer também é um aspecto normal da vida, comumente ele demonstra elevação de autoestima. Isso pode ser observado nas declarações desses idosos que expressam que as falhas de memória que perturbam sua vida de certa maneira também aparecem em outras pessoas. Isto é, podemos neste momento promover sentimentos de igualdade de idosos com outros, que não são idosos.

Outro enfoque temático é mostrar ao idoso e ao seu cuidador ou familiar, que o idoso em estado de declínio cognitivo ou demencial de inicial a moderado, possui um potencial residual mnemônico, ou, que ele ainda possui algumas capacidades cognitivas preservadas. A partir desse ponto, tentamos mostrar aos cuidadores e familiares como utilizar esse potencial residual cognitivo. Para tanto, explicamos o que é e como utilizar estratégias compensatórias cognitivas, com intuito de minimizar as falhas de memória. Essas estratégias se caracterizam por serem apoios externos, como, por exemplo, agendas, grade de horários fixados em local público da casa, sinalizações que de alguma maneira auxiliam na recordação do fato registrado.

Esse ensino das estratégias compensatórias ocorre na prática nas sessões de estimulação cognitiva do programa da neuropsicologia, como também o incentivo em evocar reminiscências e a utilização de recursos mnemônicos como associações e semânticas. Por exemplo, para aprender os nomes, incentivamos que os pacientes façam associações. Para aprender meu nome, foi lembrado e associado o meu nome ao ator "Sérgio Bittencourt", um ator que eu nem cheguei a conhecer, mas o paciente conheceu, e fez parte de sua história remota, pois foi por ele levantada tal associação, em virtude deste ator ser o meu "xará". Para aprender o nome "Gabriela", que era de outra psicóloga da equipe, outro paciente associou esse nome a personagem "Gabriela Cravo e Canela", história muito divulgada há mais de 20 anos atrás.

Outro aspecto que salientamos no programa é a estimulação da atenção e da concentração. O coordenador do grupo confere a todo instante se as discussões estão sendo acompanhadas por todos os idosos do grupo. Também se flexibiliza o uso do controle do tempo, para emissão de respostas e desempenho de tarefas. No geral o tempo é determinado pelo ritmo do idoso, de forma a ajustar com o tempo que temos para execução da sessão e das tarefas. Por exemplo, se o idoso é lento para responder, o coordenador do grupo estima um tempo diferenciado para ele, de maneira a não perder a dinâmica do grupo. Isto é, colocando essa preocupação de esperar o colega para todos os outros idosos do grupo. Se ele não responder dentro do tempo diferenciado que foi dado a ele, o coordenador responde para ele, ou outro idoso do grupo acaba respondendo. Nesse momento também, estamos fazendo uso do que Squire nos anos 90 denominou aprendizagem sem erro. Ou seja, evitamos que o idoso possa emitir palpites, e ainda, se caso ele emitir algum palpite, que envolva uma resposta errada, não daremos atenção a essa resposta errada. Isto é, forneceremos a ele a resposta correta, sem mencionar que ele emitiu a resposta errada. A utilização da aprendizagem sem erro parte do princípio que é muito complexo para o idoso amnésico aprender que a resposta que emitiu é errada e ainda aprender qual é a correta, pois são dois aspectos antagônicos a se memorizar. Por isso, reforçamos ou enfatizamos sempre o que é correto fazer, e nunca o que não é correto. E ainda, a aprendizagem

sem erro é fundamentada na hipótese de habilidades ainda preservadas em sujeitos com distúrbios de síndrome amnésica orgânica.

O exercício da repetição é muito utilizado nas sessões de estimulação cognitiva. O coordenador do grupo deve ser sempre um incansável repetidor de informações, sem gerar aborrecimentos e impaciências. Deve também conferir sempre a compreensão dos idosos do grupo no que se refere às tarefas que lhe são solicitadas, como também, conferir sempre se a situação está promovendo bem-estar, satisfação, prazer, divertimento, integração entre os participantes.

Muitos pesquisadores da área de reabilitação neuropsicológica da memória, como Wilson, Prigatano, Abrisqueta-Gomez e outros, já apontaram por diversas vezes que o exercício de evocar reminiscências é muito prazeroso para o indivíduo portador de amnésia anterógrada. Isto é, para o indivíduo que tem dificuldade em armazenar novas memórias, mas que tem preservado suas memórias remotas, autobiográficas, por fim sua identidade, é compreensível que seja prazeroso evocar aquilo que se lembra aquilo que lhe dá identidade e significado de existência.

Acreditando nesse potencial cognitivo da reminiscência, o nosso programa de estimulação cognitiva vem utilizando as reminiscências desses pacientes para associar a sinalizadores de novas memórias. No nosso modelo, já há algum tempo, nós estamos utilizando sinalizadores que são cores. A escolha desse sinalizador-cor ocorre através de uma discussão em grupo envolvendo um significado para cada idoso ligado às reminiscências históricas, emocionais e individuais de cada um que podem ser associadas a uma cor. Por exemplo, uma das pacientes que participou da oficina concluiu no grupo que escolheu o sinalizador vermelho por ser a "a cor do coração de Jesus". Esta paciente se sentia muito orgulhosa por ser religiosa católica da irmandade denominada "Coração de Jesus" (reminiscência). Assim passou a associar o sinalizador "cor vermelha" com a "cor do coração" ligando à sua reminiscência "sou religiosa da Irmandade Coração de Jesus". Assim, diante da solicitação do coordenador do grupo de recordar a cor do seu avental em cada sessão, a paciente chegou a evocar: "a cor do coração, a cor do amor, a cor de Jesus, a cor do meu avental é o vermelho." Outro paciente preferiu a cor preta que passou

então a ser o seu sinalizador. Isto porque a sua reminiscência associada foi ele ter sido advogado. E cor da beca utilizada pelo advogado em exercício é o preto. Assim, para os exemplos citados, "o vermelho relacionado ao coração de Jesus", a dica contextual da reminiscência para esta paciente foi "a sua cor tem a ver com a sua religião", enquanto que para o "preto relacionado à cor da beca utilizada pelo advogado", a dica contextual para este paciente foi "a cor que você escolheu tem a ver com a roupa utilizada no exercício da sua profissão em tribunais de justiça". Dessa maneira, todos os pacientes em situação de grupo vão escolhendo dentre 12 cores ofertadas, a cor de seu avental, ou seja, o seu sinalizador, as quais passam a utilizar durante todas as sessões de estimulação cognitiva, também chamada de reabilitação cognitiva da memória.

O planejamento do nosso programa de neuropsicologia, tanto a reabilitação como o grupo psicoeducativo, é extremamente sistemático, ou seja, as sessões a ocorrer nas oito semanas do programa são pré-planejadas. Em todas as sessões da estimulação cognitiva, são utilizados jogos, como liga-pontos, quebra-cabeças, bingos, e várias outras atividades cognitivas, mas há uma atividade que percorre horizontalmente a terapêutica em pelo menos seis semanas de atendimento e ainda é sistemática em todas essas sessões, que é uma atividade de aprendizagem e memória utilizando o tema "jardinagem". É um desafio, de certa maneira, realizar uma oficina de jardinagem dentro do hospital-dia para pacientes atendidos pelo SUS. Todo o trabalho é sempre recuperado na sessão posterior, onde relembramos a cada semana a escolha do sinalizador-cor (cor do avental), pintura e o reconhecimento do vaso pintado na cor do sinalizador, plantio e o reconhecimento da muda plantada nesse vaso, tarefas que ocorrem em diferentes semanas. A ideia é que eles reconheçam sua obra durante todo o processo terapêutico e que, por meio dessa oficina, eles reconheçam que estão realizando uma estimulação da memória e, ao mesmo tempo, elevem sua autoestima através dos reconhecimentos e acertos que ocorrem no desenvolvimento das sessões, como também da própria produção obtida (vaso pintado com uma muda plantada) ao final da oficina.

Para avaliar o impacto dessa estimulação cognitiva, realizamos uma avaliação neuropsicológica prévia à oficina na primeira semana e

uma avaliação posterior do perfil cognitivo dos idosos logo depois que eles terminam essas sessões da oficina, na oitava semana. As sessões psicoeducativas (sobre o que é envelhecimento, cuidado, memória, etc.) para os familiares ocorrem no mesmo horário e dia das sessões de estimulação cognitiva dirigida aos idosos. Entretanto, essas atividades são realizadas em salas distintas, enquanto o idoso está no atendimento de reabilitação neuropsicológica, os cuidadores estão fazendo a psicoeducação.

Sobre os testes que utilizamos, vou apenas citar e não vou entrar em detalhes. Alguns testes utilizados são comuns ao uso do psicólogo, do médico ou de outro profissional gerontologista, como os Testes Miniexame do Estado Mental – (Minimental), Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Teste do Desenho do Relógio e Teste de Fluência Verbal (FAS). Entretanto outros utilizados pelo nosso serviço de neuropsicologia são específicos para o uso do psicólogo ou neuropsicólogo, como Escala de Memória de Wechsler e os Subtestes Semelhanças e Repetição de Dígitos Diretos e Indiretos da Escala de Inteligência de Wechsler (WAIS). Por isso, em nosso serviço de neuropsicologia todos os profissionais são psicólogos.

Os resultados de nossas avaliações neuropsicológicas revelam que, em um terço dos nossos pacientes atendidos na reabilitação durante esses dois meses de processo terapêutico de intervenção neuropsicológica, o perfil cognitivo do idoso em demência pôde se estabilizar. Na literatura o desenvolvimento da demência, na maioria dos casos em que não há estimulação, a tendência é ir declinando e, em alguns casos, muito rapidamente. Dessa forma, para nós, o resultado de um terço do grupo permanecer com o perfil cognitivo por durante dois meses já é alguma vitória. Vitória maior ainda é, quando percebemos que outro terço dos pacientes atendidos na reabilitação melhorou minimamente seu perfil cognitivo na média em até (1,6) pontos no Minimental. Entretanto, existe a proporção restante de outro terço de idosos atendidos que reduziu seus escores cognitivos, na média em até (1,3) pontos no Minimental. Por outro lado, o resultado mais importante advindo desse nosso serviço vem sendo a redução significativa dos indicadores de depressão desses idosos avaliados na Escala de Depressão Geriátrica. Podemos afirmar com certeza que esta oficina promove redução de estados depressivos.

O nosso grupo envolvido no Projeto Gedarni (DA-SILVA, S. L., VELOSO, F., PEREIRA, D. A. e colaboradores) publicará em 2009 um artigo com o título *Neuropsychological rehabilitation of memory applied to dementia reduces depression and promotes cognitive gains*, que relatará com detalhes esses resultados.

É possível para os senhores conhecer alguns outros detalhes do nosso trabalho, consultando um artigo de minha autoria e de título *Reabilitação Neuropsicológica da Memória: Vitória por uma gota no oceano*, publicado na Revista Eletrônica *ComCiência*, da Unicamp, por meio do endereço <http://www.comciencia.br/reportagens/memoria/16.shtml>.

O nosso serviço também promove uma atividade de enftretamento na oitava sessão. Essa atividade se trata de um passeio realizado com o grupo todo de idosos e cuidadores. O serviço sempre prefere dar preferência a visitar locais públicos, como restaurantes e parques ecológicos. Fotos das oficinas de jardinagem e desses passeios poderão ser vistas no site do Centro de Medicina do Idoso e do Projeto Gedarni, no seguinte endereço: <http://www.cmi.unb.br> ou <http://www.gedarni.com.br>.

Como relato de experiências, podemos citar também dois exemplos de projeto de mestrado em Ciências do Comportamento do Instituto de Psicologia com enfoque na área de neuropsicologia, que foram realizados no Centro de Medicina do Idoso, sob minha orientação.

A primeira dissertação de mestrado que podemos discutir foi a realizada por Mariana Balduino. O impacto da estimulação cognitiva sobre testes neuropsicológicos validados e testes adaptados contextualmente à atividade social promovida pela estimulação foi o foco da dissertação de Balduino. Nosso objetivo foi examinar os efeitos de um teste de memória lógica contextual à atividade vivida pelos idosos no programa de estimulação cognitiva. As avaliações ocorreram antes e depois da oficina de estimulação cognitiva para comparar o impacto da oficina sobre o desempenho na avaliação neuropsicológica posterior. O tema da oficina de reabilitação ou de estimulação cognitiva para os idosos estudados por Balduino foi "pescaria".

Os idosos nesse programa foram convidados a um passeio que envolvia uma pescaria num clube de pesque-pague. A atividade de pescaria ocorreu

durante uma tarde toda. Entretanto duas sessões semanais de estimulação cognitiva foram realizadas no hospital duas semanas antes a esse passeio que auxiliaram os idosos a escolherem sua cor sinalizadora estampados em coletes salva-vidas. Assim cada idoso escolheu o seu colete salva-vida entre 12 diferentes coletes. As escolhas foram feitas também com associações dessas cores sinalizadores e reminiscências particulares de cada um.

O teste de memória lógica se caracteriza por ser composto de duas histórias divididas em 25 trechos de uma narrativa. A primeira história narra "Ana Soares, do Sul, empregada doméstica, foi assaltada, e assim por diante". A segunda história narra "Roberto Mota, um caminhoneiro, que sofreu um acidente na estrada". Balduino aplicou essas histórias e uma história contextual, que foi construída para esse estudo. A história contextual narra a que "Dona Maria atendida no HUB foi a uma pescaria com outros idosos amigos, assim por diante". Os resultados demonstraram que os pacientes idosos portadores de Alzheimer que passaram pela oficina de estimulação cognitiva com a temática de pescaria conseguiram lembrar mais trechos da história contextual do que aqueles não passaram pela oficina de pescaria. Esses resultados revelam a necessidade de nos preocupar em desenvolver testes mais ecológicos à realidade dos avaliados. Os pacientes desse estudo que participaram da oficina de pescaria também tiveram uma significativa redução de indicadores de depressão. Essa dissertação está disponível online no site <http://biblioteca.universia.net> no endereço URL: http://btdtd.bce.unb.br/tesdesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4361.

A dissertação de Fabíola Krystine Celestino é outro trabalho que está sendo finalizado e foi desenvolvido também sob minha orientação no Centro de Medicina do Idoso do HUB. A ideia nesse trabalho está sendo realizar correlações entre desempenhos neuropsicológicos em diferentes escalas que avaliam qualidade de vida, depressão, ansiedade, carga emocional do cuidador, enftretamento e outros aspectos avaliados antes e depois de uma oficina de lazer desenvolvida por nove semanas. Essa oficina foi composta por um passeio semanal em locais históricos de Brasília, como Catetinho, Esplanada, Igreja Matriz, Parque Água Mineral, Centro Cultural do Banco do Brasil e outros lugares. A oficina de lazer

desenvolvida por Celestino repercutiu principalmente no cuidador enquanto que, no idoso, repercutiu na redução de indicadores de depressão. Esses resultados poderão ser visto de forma mais detalhada a partir de maio de 2009, quando estará disponível no site da <http://biblioteca.universia.net>, no qual deverá ser procurado pelo nome completo da autora Celestino. Por enquanto, o que podemos dizer é que o fator mais importante observado por Celestino é que atividades de lazer também possuem potencial de impactar desempenhos neuropsicológicos dos participantes dessas atividades.

Por último, nosso serviço de neuropsicologia teve contato com a escola de extensão da UnB. O projeto de extensão propicia ao aluno de graduação vivenciar realidades de idosos moradores de comunidades distantes dos centros urbanos. O Centro de Medicina do Idoso está desenvolvendo, desde 2007, um estudo de pesquisa e extensão em áreas rurais isoladas, habitadas por populações quilombolas, denominado Projeto Viver Kalunga. Este trabalho está sendo financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 26/2006 – Estudo de Determinantes Sociais da Saúde, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde da População Masculina.

Seus primeiros resultados têm nos demonstrado a necessidade urgente de divulgarmos que a atenção ao idoso rural no Brasil tem de ser diferenciada. O idoso rural tem um perfil cognitivo particular diferente do idoso de centros urbanos como Brasília, São Paulo, Rio, Belo Horizonte, etc. Isto ocorre em virtude do baixo nível escolar do idoso rural e do seu particular modo ou estilo de vida. Esse estudo Projeto Viver Kalunga está sendo desenvolvido no nordeste goiano, na região de Cavalcante, com os quilombolas Kalungas. O relatório desse estudo poderá determinar novas preocupações na gestão da saúde do idoso rural e do idoso negro rural isolado e privado da oferta de saúde pública, como também fornecer um banco de conhecimentos antropológicos a respeito da terapêutica alternativa dessa população, principalmente ao que se refere ao uso de plantas medicinais.

Esses foram os pontos e enfoques de experiências em Neuropsicologia que me propus a trazer até vocês. Agradeço a todos a atenção.

Leituras recomendadas

ABRISQUETA-GÓMEZ, J. et al. Neuropsychological rehabilitation program in cognitive impairment and dementia. In: BATTISTIN, L.; DAM, M.; TONIN, P. (Orgs.), *Proceedings of the 3rd World Congress Neurological Rehabilitation* (pp.399-407). Venice: Monduzzi Editore. 2002.

ABRISQUETA-GÓMEZ, J. *Avaliação neuropsicológica nas fases inicial e moderada da demência do tipo Alzheimer*. 162 f. Tese (Doutorado em Ciências). Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. 1999.

DA SILVA, S. L. Reabilitação neuropsicológica em idosos: Uma gota no oceano. *Revista Eletrônica ComCiência*, Maio LaborJor-Unicamp-SBPC. 2004.

KANDEL, E. R., SCHWARTZ, J. H. e JESSEL, T. M. (Orgs.) *Essentials of neural sciences and behavior*. New York: Elsevier. 1995.

PRIGATANO, G. P. Personality and social aspects of memory rehabilitation. In: BADDELEY, A. D.; WILSON, B. A. e WATTS, F. N. (Orgs.). *Handbook of memory disorders*. p. 603-14 Chichester: John Wiley. 1995.

SCHACTER, D. L. *The Seven Sins of Memory: How the mind forgets and remembers*. Houghton Mifflin Company, New York, USA. 2001.

SQUIRE, L. R. *Memory and Brain*. NY, Oxford Univ. Press. 1987.

WILSON, B. A. *Rehabilitation of memory*. New York: Guilford. 1987.

Agradecimentos do autor

Pelo apoio financeiro a

FINEP – Financiadora de Estudos e Pesquisa

CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa

E à equipe da Neuropsicologia do CMI (2007 e 2008), Fabrizio Veloso, Danilo Assis Pereira (bolsistas GEDARNI), Emanuela B Carvalho (psicóloga concursada do HUB), aos pós-graduandos Mariana Balduino, Fabiola Krystina Celestino, Lucia Inês Araújo, Corina Satler e Natália Massarotto e aos graduandos Tamie Takeda, Felipe Brasil, Luís Arantes, Fernando Honório, Paulo Gontijo, Pedro Ivo M Ferreira, Ricardo B. Silva, Gabriela da Silva e as psicólogas voluntárias Regina Nogueira e Elza Maestro e ao Dr. Renato Maia Guimarães pela sempre confiança no trabalho de nossa equipe.

