



**Velhice numa perspectiva  
de futuro saudável**



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

*Reitora*  
Nilcéa Freire

*Vice-reitor*  
Celso Pereira de Sá

*Sub-reitor de Graduação*  
Isac Vasconcellos

*Sub-reitora de Pós-graduação e Pesquisa*  
Maria Andréa Rios Loyola

*Sub-reitor de Extensão e Cultura*  
André Lázaro



UNIVERSIDADE ABERTA DA TERCEIRA IDADE

*Direção*  
Renato Peixoto Veras

*Vice-direção*  
Célia Pereira Caldas

*Coordenação de Pesquisa*  
Shirley Donizete Prado

*Coordenação de Extensão*  
Sandra Rabello de Frias

*Coordenação de Ensino e Formação de Recursos Humanos*  
Alzira Tereza G. L. Nunes



**Velhice numa perspectiva  
de futuro saudável**

Renato Veras

Marcelo Alves Lima

Tereza Cristina Nascimento Araujo

Maria Isabel Coelho Alves

Jane Sayd

Marcelo Cardoso Figueiredo

Michel Luciano H. Toledano Vaena

Mabel Imbassahy

*UnATI*

UERJ

Rio de Janeiro

2001

Copyright © 2001, UnATI

Todos os direitos desta edição reservados à Universidade Aberta da Terceira Idade. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, ou de parte do mesmo, sob quaisquer meios, sem autorização expressa da UnATI.



Universidade Aberta da Terceira Idade  
Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar – bloco F – Maracanã  
Rio de Janeiro – RJ – CEP 20559-900  
Tels.: 587.7236 / 7672 / 7121 Fax: 264.0120  
e-mail: unati@uerj.br  
Internet: www.unati.uerj.br

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT

---

V432 Velhice numa perspectiva de futuro saudável/ Organização Renato Peixoto Veras –Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.  
144p – (Envelhecimento Humano)

ISBN 85-87897-02-0

1. Idosos – Serviços de saúde. 2. Indicadores de saúde.  
3. Indicadores sociais. 4. Indicadores de qualidade de vida. 5. Auto-medicação. 6. Centros de convivência.  
I. Veras, Renato. II. Universidade Aberta da Terceira Idade.

CDU 616-053.9

---

*Produção Editorial* Rosania Rolins  
*Projeto Gráfico/diagramação/capa* Heloisa Fortes  
*Revisão* Francisco Inácio Bastos

## Sumário

APRESENTAÇÃO .....	7
DESAFIOS E CONQUISTAS ADVINDAS DA LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO: O SETOR SAÚDE E AS SUAS NECESSÁRIAS TRANSFORMAÇÕES .....	11
<i>Renato Veras</i>	
A GESTÃO DA EXPERIÊNCIA DE ENVELHECER EM UM PROGRAMA PARA A TERCEIRA IDADE: A UNATI/UERJ .....	33
<i>Marcelo Alves Lima</i>	
PERFIL DA POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL .....	99
<i>Tereza Cristina Nascimento Araujo</i> <i>Maria Isabel Coelho Alves</i>	
AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO IDOSA DO NÚCLEO DE ATENÇÃO AO IDOSO DA UNATI/UERJ .....	115
<i>Jane Sayd</i> <i>Marcelo Cardoso Figueiredo</i> <i>Michel Luciano H. Toledano Vaena</i>	
O CUIDADO EM UMA RELAÇÃO MUITO DELICADA .....	135
<i>Mabel Imbassaby</i>	

## Apresentação

**N**uma nova produção acadêmica foi recentemente lançada pela UnATI. Trata-se da Série intitulada “Textos sobre Envelhecimento”, sob a coordenação da professora Shirley Donizete Prado, Gerente de Pesquisa da UnATI. Esta publicação está no quarto número, e desperta cada vez maior interesse do público afeto às questões do envelhecimento humano.

Percebeu-se que a qualidade dos artigos não estava em consonância com a difusão do produto. Este é o motivo pelo qual decidiu-se editar este livro. Foram pinçados alguns textos, não necessariamente “os melhores” de cada número, mas aqueles que expressam os principais temas e questões de forma abrangente e atual, e que abordam preocupações e inquietações dos profissionais da geriatria e gerontologia e de todos aqueles que se interessam pelo tema da “Terceira Idade”. Em síntese, este livro visa apresentar textos do periódico “Textos sobre Envelhecimento” a um público mais

amplo e divulgar a excelência desta linha editorial bastante recente da UnATI.

O texto que abre o livro é de minha autoria e foi elaborado para o Seminário “Muito além dos 60: Os novos idosos brasileiros”, promovido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Trata-se de uma discussão relativa aos novos paradigmas do cuidado à saúde do idoso e seus futuros desafios, incorporando as reflexões provenientes da demografia e da saúde pública à redefinição destas estratégias. Trata-se de um exercício indispensável em um país que, simultaneamente, vê sua população de idosos substancialmente expandida e um sistema de saúde às voltas com inúmeros dilemas. Sistema este que deverá, não só equacionar as atuais demandas, como estar apto a incorporar um contingente de idosos – população particularmente carente de serviços e cuidados –, oferecendo-lhe alternativas técnica e eticamente apropriadas.

O segundo texto foi elaborado pelo antropólogo Marcelo Alves. O autor procede a uma revisão crítica, instigante e polêmica, sobre os assim denominados “novos modelos de centros de convivência”, tomando, como exemplo, entre inúmeros outros, a própria UnATI, onde o autor é pesquisador. Para ele, as diferentes experiências de envelhecimento “...vivenciadas, partilhadas e negociadas em um contexto marcado pelo declínio de modelos tradicionais de gerir a experiência de envelhecer...”, constituem a base para a produção

de novos conhecimentos e novas estratégias de lidar com o processo de envelhecer.

“Perfil da população idosa no Brasil”, de autoria de Tereza Cristina Nascimento Araújo e Maria Isabel Coelho Alves, pesquisadoras da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE), é o terceiro texto desta coletânea. Analisando dados recentes, produzidos a partir de diversas fontes de informação da FIBGE, o trabalho apresenta e discute indicadores demográficos, de saúde, trabalho, renda e pobreza, educação, participação social e relações de convivência entre idosos.

Segue-se o trabalho “Automedicação na população idosa do Núcleo de Atenção ao Idoso – UnATI-UERJ”, coordenado por Jane Dutra Sayd, pesquisadora e vice-diretora do Instituto de Medicina Social da UERJ, que aborda variáveis como: percepção de morbidade, natureza dos medicamentos ingeridos, motivos para sua ingestão e origem da sua prescrição. Os achados indicam um padrão de consumo de medicamentos substancialmente baixo para a faixa etária estudada, sugerindo uma conduta diferenciada e sóbria por parte da equipe de saúde da UnATI, no que tange à prescrição de medicamentos.

O texto que fecha o livro é de autoria da socióloga Mabel Imbassahy, intitulado “O cuidado em uma relação muito delicada”. Aqui são abordadas singularidades do cotidiano da filha (a autora),



cuidadora de sua mãe, uma senhora de mais de 90 anos, em suas fragilidades e fortalezas. Traduz o espírito de quem busca explicações e orientações e se depara com as possibilidades e, principalmente, com os limites da racionalidade médica. Alguém que, simultaneamente, medita sobre as dificuldades do dia-a-dia e a finitude. Constitui, por isso, um vivo convite à introspecção e ao questionamento de concepções e práticas correntes na atenção ao idoso e aos seus cuidadores.

*Renato Veras*  
Diretor da UnATI

# Desafios e Conquistas Advindas da Longevidade da População: o Setor Saúde e as suas Necessárias Transformações<sup>1</sup>

Renato Veras\*

**A** longevidade da população é um fenômeno mundial que determina importantes repercussões nos campos social e econômico. Este processo, no entanto, vem se manifestando de forma distinta entre os diversos países do mundo. No bloco dos países desenvolvidos, esse processo se deu de forma lenta, ao longo de mais de cem anos. Países como a Inglaterra, por exemplo, iniciaram o processo de envelhecimento de sua população, ainda hoje em curso, após a Revolução Industrial, no período áureo do Império Britânico, dispondo, portanto, dos recursos necessários para fazer frente às mudanças advindas desta transformação demográfica. Atualmente alguns desses países apresentam inclusive um crescimento negativo da sua população, com taxas de nascimento mais baixas que as de mortalidade.

Já no grupo dos países em desenvolvimento, tomando aqui o Brasil como exemplo, esse processo se caracteriza pela rapidez com que o aumento

absoluto e relativo das populações adulta e idosa vem modificando a pirâmide populacional. A partir dos anos 60 – período onde, até então, os diferentes grupos etários registravam um crescimento praticamente idêntico –, o grupo de idosos passou a liderar esse crescimento. As projeções indicam que num período de 70 anos (1950 a 2020), enquanto a população brasileira estará crescendo 5 vezes, o grupo dos idosos estará se ampliando em 16 vezes.

Neste mesmo período de 70 anos a contar da década de 50, os idosos dos Estados Unidos, Japão e China, estarão crescendo apenas 3,5; 5 e 6,5 vezes, respectivamente. A diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade vem alterando a estrutura etária da população brasileira, gerando uma acentuada redução nas taxas de mortalidade, particularmente nos primeiros anos de vida. Entretanto, mais do que a diminuição da mortalidade, a explicação para o crescimento da população idosa reside antes na drástica redução das taxas de fecundidade, principalmente nos centros urbanos. As razões para estas mudanças no âmbito da reprodução são diversas. Uma delas – fruto do intenso processo de urbanização – é a necessidade crescente de limitação do tamanho da família, ditada pelo *modus vivendi* dos grandes centros urbanos, principalmente em um contexto de crise econômica. Isto decorre, dentre outros fatores, da progressiva incorporação da mulher à força de trabalho e das mudanças nos padrões sócio-culturais decorrentes da própria migração.

A partir da análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) 1997, os diferenciais por gênero observados se mostram importantes entre os idosos, com uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens, com 55% e 45%, respectivamente. Vários estudos vêm apontando estes diferenciais como uma das especificidades mais marcantes deste grupo populacional. Há diversas hipóteses que buscam explicar porque as mulheres vivem mais do que os homens:

a) diferenças na exposição aos riscos – acidentes domésticos e de trabalho, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios são, em conjunto, quatro vezes mais frequentes entre os homens do que entre as mulheres nas áreas urbanas brasileiras;

b) diferenças no consumo de tabaco e álcool – fumar e beber constituem fatores de risco associados às mortes por neoplasias e doenças cardiovasculares, as duas causas de morte mais importantes na faixa etária acima de 45 anos, e os homens costumam consumir tabaco e álcool em quantidades maiores do que as mulheres;

c) diferenças na atitude em relação às doenças – as mulheres têm, de um modo geral, percepção mais adequada da doença e fazem uso mais constante dos serviços de saúde do que os homens. É possível que a detecção precoce e o melhor tratamento de doenças crônicas nas mulheres contribuam para um melhor prognóstico; e,

d) atendimento médico-obstétrico – a mortalidade materna, antes uma das causas principais de morte prematura entre mulheres, experimentou reduções substanciais, e atualmente apresenta valores reduzidos.

Como vivem mais que os homens, as mulheres tendem a viver sozinhas na terceira idade. Em quase todos os países, o número de viúvas é maior que o de viúvos. Na África e na Ásia, mais de 50% das mulheres com idade superior a 60 anos são viúvas, comparado a apenas 10% entre os homens. Nos EUA, 30% das pessoas com mais de 65 anos de idade vivem sozinhas, e 80% delas são mulheres. Na Suíça, o número de idosas que vivem sozinhas é quatro vezes maior que o de homens (40% contra 10%), enquanto na Alemanha esta proporção é de seis vezes mais (37% contra 6%).

Nos países em desenvolvimento, o número de mulheres que vivem sozinhas é proporcionalmente muito menor do que nos países desenvolvidos, mas ainda é mais elevado entre as mulheres que entre os homens. A maioria dos idosos nos países em desenvolvimento – viúvos ou não – vive com seus filhos. Quanto mais filhos a mulher tiver, maiores são as chances de ela viver com um deles na terceira idade. No entanto, a queda na taxa de natalidade reduzirá esta probabilidade. Na Jamaica, uma mulher tinha em média seis filhos, em 1960. Em 1990, esta média diminuiu para 2,8 filhos, e no ano 2000, a média foi de apenas duas crianças.

Esta tendência, em conjunto com a erosão dos valores familiares tradicionais, deixará as futuras gerações de mulheres idosas vivendo sozinhas, e sem um sistema de Previdência adequado para sustentá-las quando elas se tornarem dependentes.

As mulheres idosas (se comparadas aos homens da mesma faixa etária e estrato social) têm maior chance de sofrer de doenças crônicas. O conceito de expectativa de vida saudável é usado para definir a média do número de anos que uma pessoa é capaz de viver livre de doenças. É difícil comparar as taxas de expectativa de vida saudável dos diferentes países. Mas diversos países têm em comum a mesma realidade: as mulheres que chegam aos 60 anos de idade possuem uma tendência maior que os homens a passar o resto de suas vidas padecendo de alguma doença. Dados coletados em países em desenvolvimento (somados aos dados provenientes dos países desenvolvidos) revelam que estes padrões são universais.

A solidão das mulheres idosas tem como consequência o progressivo aumento de estados depressivos. Em estudo realizado no Rio de Janeiro (Veras, 1994), constatou-se que os problemas mais significativos entre as mulheres mais idosas são a solidão, a pobreza e a privação social, sobretudo entre as viúvas mais velhas e as mulheres não-casadas que vivem sozinhas e dependem da ajuda para sobreviver. A tríade pobreza, solidão e doença ocorre freqüentemente entre as mulheres idosas.

Alguns autores descreveram esta situação como “risco quádruplo”, ou seja, ser idosa, pobre, mulher e pertencente a uma minoria. No entanto, muito possivelmente, a ênfase excessiva nas mulheres e na pobreza distorce e simplifica a questão. As desigualdades sociais não podem ser atribuídas meramente ao gênero, mas sem dúvida também à classe social e à raça. As pessoas pertencentes às classes sociais menos aquinhoadas e a certos grupos étnicos e raciais, tanto mulheres quanto homens, têm maiores chances de vivenciar o desemprego, o subemprego e o emprego instável de baixo salário do que as pessoas brancas provenientes de classes mais afluentes. Em suma, a classe social e a raça são estratificadores primários das vidas das pessoas, tanto quanto o gênero. Como ocorre com quase todas as “minorias” da população, os idosos têm um *status* diferente das demais faixas etárias, e isto é igualmente verdadeiro para homens e mulheres. A situação das mulheres idosas, possivelmente, reflete em grande medida a estratificação social mais ampla e a discriminação da sociedade contra os idosos.

Os processos de transição demográfica e epidemiológica no Brasil são claramente heterogêneos e estão associados, em grande parte, às desiguais condições sociais observadas no país. A população idosa constitui um grupo bastante diferenciado, entre si e em relação aos demais grupos etários, tanto do ponto de vista das condições sociais, quanto dos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Qualquer que seja o enfoque escolhi-

do para estudar este grupo populacional, se mostram bastante expressivos os diferenciais por gênero, idade, renda, situação conjugal, educação, atividade econômica etc.

Desde os anos 70, existe considerável controvérsia quanto aos padrões futuros de morbidade da população idosa no Brasil e no mundo, com alguns cenários otimistas e outros apontando em direção oposta.

Dentre os estudos sobre o futuro dos idosos, ou mais precisamente o futuro da sociedade em termos mundiais, destaca-se a tese elaborada por Fries (Fries, 1980; Fries & Crapo, 1981). Este pesquisador defende a idéia da existência de freios biológicos que limitam a vida humana para algo próximo aos 90-95 anos. Seus estudos afirmam que o número de pessoas centenárias é muito baixo em todo o mundo e que muitos dos famosos casos de pessoas que passaram dos cem anos são, na verdade, equívocos decorrente da precariedade dos registros de nascimentos ocorridos no século passado, particularmente nos países pobres. Segundo sua tese, a evolução da epidemiologia e a determinação de vários fatores de risco das diferentes doenças possibilitariam hoje ao indivíduo desenvolver estilos de vida que lhes permitiriam viver até bem próximo do limite biológico ou morrer precocemente. Ainda segundo Fries (Fries, 1980; Fries & Crapo, 1981), uma vez que a expectativa de vida chegará bem próximo ao limite biológico, o que deve ser alcançado é o



que ele denomina de compressão da morbidade, ou seja, qualidade de vida na ampliação da expectativa de vida.

O estilo de vida é peça fundamental nas teorias de Fries. A opção passaria, segundo o autor, a ser dos indivíduos, desde que cada indivíduo leve em consideração a epidemiologia baseada nas evidências, que lista os fatores de riscos que podem ampliar ou diminuir o tempo de vida. Quem opta por beber menos, não fumar, praticar exercícios físicos, controlar o estresse e adotar uma dieta adequada e balanceada, sem excesso de sal, açúcar e gordura, possuem as condições necessárias para viver até o limite biológico da vida. Esta tese tem um componente ideológico explícito que distingue os cidadãos entre aqueles que oneram o Estado, por utilizarem desnecessariamente os serviços de saúde, e aqueles que têm a consciência coletiva e cidadã de fazer bem a si mesmo e à sociedade. É evidente que as seguradoras tendem a utilizar as teses de Fries para comporem os seus preços nos seguros de saúde. Em síntese, Fries prognostica um declínio continuado de mortes prematuras, a compressão da mortalidade na extremidade do limite biológico, bem como a emergência de um padrão de morte natural ao fim de um período natural de vida.

Já outros estudiosos como Gruenberg (1977) e Kramer (1980) acreditam que, à medida em que se eleva a expectativa de vida, haverá também um aumento drástico e catastrófico na prevalência de

distúrbios mentais e doenças crônicas em idosos. Estes autores crêem que a expectativa de vida continuará a aumentar de forma relevante e que os avanços da área médica possibilitarão um enorme crescimento do período de vida, sem, no entanto, debelar as incapacidades e deficiências advindas das doenças crônicas. Portanto, haveria apenas um alongamento do tempo de vida, sem uma correlata ampliação da qualidade da mesma para estes anos ganhos.

Em uma posição oposta, Thomas (1977) prevê que as principais doenças da humanidade serão controladas, podendo-se antever a possibilidade de uma sociedade humana relativamente livre de doenças.

A opinião de Manton (1982, 1984) talvez seja a mais aceita dias atuais. Sua tese é de que a severidade das doenças crônicas será gradualmente reduzida, resultando em taxas menores de mortalidade e no aumento da expectativa de vida. Em defesa desta hipótese, vários demógrafos falam da quarta fase da transição epidemiológica, onde a geração mais velha, particularmente dos países desenvolvidos, vivenciará declínios notáveis na mortalidade e ganhos na expectativa de vida em idades avançadas. Corroborando as previsões deste cenário, nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade da coorte de 80 anos ou mais está declinando com mais rapidez que a de qualquer outra faixa etária de idosos. Seu número absoluto e sua percentagem da população estão crescendo a uma

taxa espantosa. Prevê-se que, até o ano 2040, 12.834.000 cidadãos norte-americanos terão 85 anos ou mais.

Outra questão polêmica diz respeito à imprecisão do termo velhice. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 55, 60, 70 ou 75 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto as suas artérias, quanto seu cérebro, quanto seu coração, quanto seu moral ou quanto sua situação civil? Ou seria antes a maneira pela qual outras pessoas passam a encarar as características que classificam as pessoas como velhas?

Não é possível estabelecer conceitos universalmente aceitáveis e uma terminologia globalmente padronizada para o envelhecimento. Inevitavelmente, há conotações políticas e ideológicas associadas ao conceito, que pode ser melhor visualizado dentro de sociedades específicas. Em termos culturais, a velhice certamente é percebida de forma diferente em um país com uma expectativa de vida ao nascer de 39 anos, como Serra Leoa, o que contrasta com um país com uma expectativa de vida ao nascer de 81 anos, como o Japão. Em uma cidade na qual as pessoas vivem em favelas superpovoadas, a velhice será uma experiência distinta daquela vivida em uma localidade de casas luxuosas.

A despeito de tais variações, e em nome da comparabilidade de dados, é utilizada uma abor-

dagem cronológica para definir a população idosa. Um ponto de corte de 60 anos é sistematicamente empregado em países de terceiro mundo para definir os “idosos”. Este padrão foi recomendado, também, pela Organização Mundial de Saúde, em 1984, no Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento. O *Demographic Yearbook* menciona que, nas Nações Unidas, a idade de 60 anos é utilizada para definir a velhice. No Brasil, contamos com o decreto 1948/96, que regulamenta a lei 8842/94, que estabelece a Política Nacional do Idoso. Estes marcos legais definem a idade de 60 anos como início do período convencionalizado como terceira idade.

Existe, no entanto, um consenso: envelhecimento e despesas andam juntos, e não existem recursos capazes de suportar indefinidamente a lógica atual do sistema de saúde, orientado antes pela “doença” do que pela “saúde”, lógica que se apóia fortemente nos diagnósticos realizados através de exames complementares, baseados na tecnologia dos equipamentos de custo altíssimo e de rápida obsolescência. Além disso, estimativas oficiais indicam que, em trinta anos, os países desenvolvidos terão de gastar, no mínimo, de 9% a 16% a mais do seu PIB, simplesmente para cumprir seus compromissos anteriores em termos de benefícios de aposentadoria. Os compromissos para os quais não existem recursos, isto é, os benefícios já conquistados pelos atuais trabalhadores para os quais não há financiamento previsto, elevam-se a quase US\$ 35 trilhões. Quando a esta soma são acres-

centados os benefícios médicos, este total dobra. Portanto, no mínimo, o envelhecimento global representa uma questão pendente de US\$ 64 trilhões, como uma espada que pende sobre o futuro do mundo desenvolvido.

É quase certo ser tal estimativa de US\$ 64 trilhões conservadora. Ela provavelmente subestima o futuro crescimento da longevidade e dos custos com despesas médicas, ao mesmo tempo em que não considera os efeitos negativos, sobre a economia como um todo, do aumento de empréstimos, taxas de juros, impostos, e da redução das taxas de poupança, produtividade e aumentos salariais.

Nos Estados Unidos, os números confirmam a análise acima. Lá, em 1965, gastava-se cerca de US\$ 202.00 *per capita*/ano com serviços de saúde, ou 5,7% do PIB; em 1994, gastava-se cerca de US\$ 3,510.00 *per capita*/ano, ou 13,7% do PIB. No Brasil, entre os anos de 1984 e 1991, a inflação, medida em dólar, foi de 47%, enquanto a inflação, neste mesmo período, na saúde, foi de 154,8%, ou seja, 3,3 vezes maior.

É amplamente reconhecido que os idosos são usuários dos serviços de saúde em proporção mais alta do que os demais grupos etários. Em 1997, segundo o PNAD, 39,9% deles demandaram atendimento médico. A procura por motivo de doença crônica se mostrou mais elevada do que por doenças não-crônicas (28,9% e 8,1%, respectivamente).

A prevalência das doenças crônico-degenerativas é bastante expressiva entre os idosos, e entre as conseqüências da maior presença destas doenças, nesta população, destacam-se o maior tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e uma maior freqüência de reinternações e de invalidez. Todos estes fatos determinam custos mais elevados dos tratamentos de saúde desta população em relação às demais faixas etárias. De fato, considerando-se o gasto *per capita* com a saúde, observa-se que o montante do gasto, em reais, aumenta progressivamente com a idade.

O Brasil tem experimentado uma transição epidemiológica, com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade. As doenças infecto-contagiosas que, em 1950, representavam 40% das mortes registradas no país, hoje são responsáveis por menos de 10%. O oposto ocorreu em relação às doenças cardiovasculares: em 1950, eram elas responsáveis por 12% das mortes, representando atualmente mais de 40% do total de mortes. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem, para um caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, próprias das faixas etárias mais avançadas.

A cronicidade das doenças mais prevalentes entre os idosos deve ser levada em consideração quando da organização dos serviços de saúde. Acrescente-se a este fato que os problemas de saúde de idosos, além de serem de longa duração, exi-

gem pessoal qualificado, equipe multidisciplinar, equipamentos e exames complementares de alto custo, ou seja, o máximo da parafernália do complexo médico-industrial. Apesar de uma importante parcela deste grupo etário estar bem de saúde, entre aqueles que utilizam serviços de saúde, uma proporção maior (em relação aos demais grupos etários) retorna para uma outra ou mais consultas subseqüentes.

A precariedade dos serviços ambulatoriais, a baixa resolutividade da maioria dos serviços de assistência primária e os escassos serviços domiciliares resultam, freqüentemente, em um primeiro atendimento, já em estágio avançado do processo mórbido, dentro do hospital, o que aumenta os custos e diminui as chances de um prognóstico favorável. Além disso, a abordagem médica tradicional, focada em uma queixa principal, e o hábito médico de reunir todas as queixas e os sinais em um único diagnóstico, podem até se adequar ao adulto jovem, mas não se aplicam em relação ao idoso. Estudos populacionais demonstram que a maioria deles (cerca de 85%) apresenta pelo menos uma doença crônica e que uma pequena mas expressiva parcela (cerca de 10%) possui cinco ou mais destas patologias simultaneamente.

Sabe-se que a maioria das doenças crônicas que acometem o idoso têm na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é antes exceção do que regra. No entanto, a presença de uma ou mais doenças

crônicas não implica que o idoso não possa gerir sua própria vida e encaminhar o seu dia-a-dia de forma independente. A grande maioria dos idosos é, na verdade, absolutamente capaz de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma necessidade de ajuda, de quem quer que seja.

De acordo com os modernos conceitos gerontológicos, esse idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para organizar seu cotidiano, deve ser considerado um idoso saudável, ainda quando portador de uma ou mais doenças crônicas. Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar uma moderna e inovadora política de atenção à saúde do idoso.

Os idosos não constituem uma massa homogênea no que diz respeito ao uso dos serviços de saúde. Uma parcela substancial desta utilização deve-se a uma demanda de grande magnitude gerada por um subgrupo relativamente pequeno. No entanto, as mudanças que ocorrem com a idade não se devem apenas ao processo de envelhecimento. As alterações sociais e patológicas desempenham igualmente um papel importante, e, em muitas situações, a deflagração desses problemas pode ser atenuada com a adoção de medidas eficazes



visando à promoção e prevenção da saúde. O objetivo de tais medidas na terceira idade não é exclusivamente reduzir as taxas de mortalidade, mas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos idosos, de modo que eles tenham suas atividades menos afetadas por doenças crônicas. Esta é a área em que a promoção da saúde é mais eficaz se compreendida dentro de uma perspectiva ampliada, de centros especializados, onde o atendimento global e a avaliação geriátrica ampla tenham um importante papel a desempenhar, tanto na prevenção à incapacidade quanto na recuperação da autonomia dos doentes.

Com a regulamentação dos Planos e Seguros de Saúde através da lei 9656/98, que disciplina os serviços de medicina complementar, mudanças importantes na organização dos serviços irão ocorrer, não apenas em relação a custos, mas principalmente nos modelos do cuidado. Todos concordam que a inflação dos custos de saúde está gerando grandes transformações no setor e que uma reestruturação precisa ser implementada.

Este é o desafio: modificar conceitos já enraizados, incorporar de forma sistemática e crítica as novas tecnologias, aprender a “falar” em recursos financeiros e levar o conhecimento da saúde coletiva para o interior da rede de assistência médica, além da necessidade de viabilizar uma política de saúde para um país com demandas crescentes. A transição demográfica, no Brasil, está em curso e ainda vai se expressar de forma mais

intensa a partir dos próximos anos. Portanto, este crescimento populacional demanda novas estratégias que possam fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos do setor saúde.

A cada ano, mais de 650 mil idosos são incorporados à população brasileira. Já perdemos muito tempo acreditando que ainda somos um país jovem, sem dar o devido crédito às informações demográficas que mostram e projetam o envelhecimento de nossa população. Para enfrentar este crescimento esperado da população de idosos será necessário investir em várias áreas. A questão social do idoso, face à sua dimensão, exige uma política ampla e articulada entre diferentes órgãos de governo e organizações não governamentais. Temos muito a fazer, com vistas a diminuir a lacuna deixada pelo longo período de inércia.

### **Referências bibliográficas**

- ALVES, MI. Evolução da mortalidade da população idosa no Município do Rio de Janeiro, dissertação de mestrado, Instituto de Medicina Social da UERJ (mimeo), 1997.
- FRIES, JF. Aging, natural death and the compression of mortality. *New England Journal of Medicine* 303:130-135, 1980.
- FRIES, JF & CRAPO, LM. *Vitality and Aging: Implications of the Rectangular Curve*. São Francisco: WH Freeman and Company, 1981.

- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (FIBGE). *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1991.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (FIBGE). *Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar* (PNAD). Rio de Janeiro: FIBGE, 1997.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (FIBGE). *Estatísticas Históricas do Brasil: Séries Econômicas, Demográficas e Sociais 1550 a 1988*, v. 3, Série Estatísticas Retrospectivas, 2. ed., revisada e ampliada. Rio de Janeiro: FIBGE, 1990.
- GRUENBERG, EM. The failures of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 55:3-24, 1977.
- IGLEHART, JK. The American Health Care System: Expenditures. *The New England Journal of Medicine* 340:70-76, 1999.
- IGLEHART JK, The American Health Care System: Medicare. *The New England Journal of Medicine* 340:327-332, 1999.
- JETTE, AM. The graying of America. Opportunities for physical therapy. *Physical Therapy* 67:1537-42, 1987.
- KALACHE, A. Aging in developing countries. In: Pathy, MSJ. (ed.) *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. Nova York: John Wiley & Sons, 1991.
- KALACHE, A. Aging worldwide. In: Ebrahim, S & Kalache, A (eds.). *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group/WHO, 1996.
- KRAMER, M. The rising pandemic of mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 62 (suppl. 285), 1980.
- LOPEZ, AD & HANADA, K. Mortality patterns and trends among the elderly in developed countries. *World Health Statistics Quarterly* 35:203-224, 1982.

- MANTON, KG. Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:183-244, 1982.
- MANTON, KG. Mortality patterns in developed countries. *Comparative Social Research* 7:259-286, 1984.
- NICZ, LF. "Managed care". *Médicos* 1:96-105, 1998.
- RAMOS, LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: Uma questão de saúde pública. *Gerontologia* 1:3-8, 1993.
- RAMOS, LR. Growing old in São Paulo. Tese de doutorado, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London (mimeo), 1987.
- RAMOS, LR; PERRACINI, M; ROSA, TE & KALACHE, A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 8:313-323, 1993.
- RAMOS, LR; VERAS, RP & KALACHE A. Envelhecimento populacional: Uma realidade brasileira. *Revista de Saúde Pública* 21:221-24, 1987.
- REVISTA CIÊNCIA HOJE. Como anda a saúde do idoso no Brasil?. *Ciência Hoje* 23:22-29,1998.
- RODRIGUES, RAP & DIOGO, MJ (eds.). *Como Cuidar dos Idosos*. Campinas: Papirus, 1996.
- ROSENFELD, S. Reações adversas aos medicamentos na terceira idade: As quedas em mulheres como iatrogenia farmacoterapêutica. Tese de doutorado, Instituto de Medicina Social da UERJ (mimeo), 1997.
- ROSENWAIKE, A. Demographic portrait of the oldest old. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 63:187-205,1985.
- RUBENSTEIN, LZ et alii. Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 342:1032-6, 1993.

- RUBENSTEIN, LZ. Geriatric assessment: An overview of its impacts. *Clinical Geriatric Medicine* 3:1-15, 1987.
- RUBENSTEIN, LZ. An overview of comprehensive geriatric assessment: Rationale, History, program models, basic components. In: Rubenstein, LZ; Wieland, D & Bernabei, R. *Geriatric Assessment Technology: The State of the Art*. Milão: Editrice Kurtis, 1995.
- SCHWARTZ, WB. The regulatory strategy for controlling hospital costs. *New England Journal of Medicine* 305:1249-1255, 1981.
- SILVESTRE, J & COSTA, N. “Programa de Atenção à Saúde do Idoso” do Ministério da Saúde. *Cadernos do IPUB* 10:33-48, 1997.
- SILVESTRE, J; KALACHE, A; RAMOS, LR & VERAS, RP. O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia* 1:81-89, 1996.
- STOCKER, K et alii. The exportation of managed care in Latin America. *The New England of Medicine* 340:1131-1136.
- THOMAS, L. Biomedical science and human health: The long-range prospect. *Proceedings of the American Academy of Art and Sciences* 106, 1977.
- UNITED NATION ORGANIZATION (UNO). Department of International Economic and Social Affairs (DIESA). *Aging* I, 1985.
- UNITED NATIONS ORGANIZATION (UNO). *Demographic Yearbook* 1991, Special issue: Population aging and situation of the elderly persons. Nova York: UNO/DIESA, 1991.
- VERAS, RP. Atenção preventiva ao idoso – Uma abordagem de Saúde Coletiva. In: Papaleo Netto, M (ed.). *Gerontologia*. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

- VERAS, RP. Aging in developing countries: A case study of Brazil. In: Ebrahim, S & Kalache, A (eds.). *Epidemiology in Old Age*. Londres: BMJ Publishing Group/WHO, 1996.
- VERAS, RP & ALVES, MIC. A população idosa no Brasil: Considerações acerca do uso de indicadores de saúde. In: Minayo, MCS (ed.). *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*. São Paulo: Hucitec Editores, 1994.
- VERAS, RP; COUTINHO, E & COELI, CM. Transtornos mentais em idosos: A contribuição da epidemiologia. In: Veras, RP (ed.). *Terceira Idade: Envelhecimento Digno para o Cidadão do Futuro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.
- VERAS, RP & COUTINHO, E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* 28:26-37, 1994.
- VERAS, RP. Fostering health care for the elderly private. *Medical Journal/RPM Special Abstract Supplement* 113:18-19, 1995.
- VERAS, RP & MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 9:285-295, 1994.
- VERAS, RP. Open University for Studies on the Elderly: A program of studies, debates, research and care on the elderly. *Gerontologia* 1:88, 1993.
- VERAS, RP. *País Jovem com Cabelos brancos: A Saúde do Idoso no Brasil*, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- VERAS, RP; RAMOS, LR & KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: Transformações e consequências na sociedade. *Revista de Saúde Pública* 21:225:33, 1987.

- VERAS, RP; SOBRAL, B; LUZ, M & SAYEG, M. Novos fatos e alguns pontos de vista sobre a terceira idade. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos* II:135-148, 1995.
- VERAS, RP; SOBRAL, B; DUTRA, S & NOGUEIRA, J. Políticas de atenção à terceira idade. *Estudos em Saúde Coletiva* 92, 1994.
- WORLD BANK. Brazil adult health: Adjusting to new challenges. *Report* no. 7807-BR, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Uses of epidemiology in aging. Report of a scientific group, *Technical Report series 706*, Geneva: WHO, 1984.

## Notas

<sup>1</sup> Texto elaborado para apresentação no Seminário “Muito Além dos 60: Os novos idosos brasileiros”, promovido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, em 13 de dezembro de 1999, Brasília.

\* Médico, PhD pela Universidade de Londres. Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade/UERJ

# *A Gestão da Experiência de Envelhecer em um Programa para a Terceira Idade: a Unati/UERJ*

Marcelo Alves Lima\*

## **Introdução**

O presente artigo se originou de uma investigação<sup>1</sup> cujo objetivo era identificar aspectos de uma aparente contradição: ao mesmo tempo em que alcança uma dimensão pública, a velhice tende a ser vivida e apresentada como uma responsabilidade individual, resultado de um processo que Debert (Debert, 1993; Debert, 1997) denominou “reprivatização da velhice”. O foco principal da análise incide sobre o discurso e as práticas corporificadas em uma instituição voltada para a “terceira idade” – a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) –, sobretudo porque permite a observação de relações que se estabelecem entre pessoas idosas e a produção de discursos sobre velhice e envelhecimento. Esta análise pressupõe que a percepção da velhice e do envelhecimento partilhada pelos alunos da UnATI, de modo similar àquela que expressam os estudiosos do tema – a despeito de tais percepções



serem intrinsecamente distintas –, constituem ambas artefatos culturais. Ambas constituem modos de conceber a velhice, feitos da mesma matéria-prima, ou seja, dos significados e valores da cultura na qual se inserem.

Nos últimos anos, tem ocorrido um aumento significativo do número e da variedade de iniciativas voltadas para pessoas idosas. Da mesma forma, vêm crescendo em todo o país as discussões em torno das características e direitos desse grupo etário, em especial relacionados à aposentadoria e à sua qualidade de vida. Mesmo em um país como o Brasil, tradicionalmente identificado como um “país jovem”, que dá pouca atenção aos seus idosos, a velhice vem se tornando, de forma particular, uma questão de ordem pública, não mais restrita à esfera privada e da família.

Frente ao Estado e à sociedade, que não podem mais ignorá-lo, o idoso se tornou ator na cena política e social, redefinindo imagens estereotipadas, nas quais a velhice aparece associada à solidão, doença, viuvez, morte etc., e que enfatizam essa fase da vida como uma condição desfavorável, muitas vezes indesejada. No entanto, vem sendo divulgado pela mídia um número cada vez maior de matérias sobre pessoas idosas que de alguma forma estariam agindo como “não-velhos”. São pessoas de idade avançada praticando esportes, ginástica, dançando e se divertindo, em atividades que demonstram uma vitalidade e alegria normalmente identificadas apenas com a juventude.

de. Frequentemente, essas matérias têm como enunciado mostrar a superação da velhice, e de sua condição de degradação física e social. Em seu subtexto, ao apresentar essas pessoas como exemplos de vitória sobre o tempo, enfatizam a responsabilidade de cada indivíduo perante a forma como envelhece. Tais matérias atribuem a essas pessoas a categoria “terceira idade”<sup>2</sup>, enquanto para aquelas que não se comportam da mesma forma, porque não podem ou não querem, restaria o rótulo de “velhos” e toda a carga pejorativa que o acompanha.

O aumento da participação social dos idosos e o surgimento de novas representações sobre a velhice e envelhecimento não podem ser explicados unicamente pelo envelhecimento da população, pois são reflexos de mudanças que implicam redefinições das formas de periodização da vida, das categorias etárias que recortam a organização da sociedade e a revisão das formas tradicionais de gerir a experiência de envelhecimento. Um processo de “politização”, com características próprias das sociedades contemporâneas, está alcançando a velhice à dimensão pública, tornando mais evidentes os mecanismos e os agentes de sua construção social, bem como explicitando o papel desempenhado por cada um deles: o Estado – através de políticas sociais –, o saber científico institucionalizado e as pessoas idosas.

Uma das características deste século seria, segundo alguns autores, a presença de um processo

extremamente veloz de redefinição e reestruturação das fases da vida, bem como dos conteúdos específicos atribuídos a cada fase. Novas fases são criadas, como a meia-idade, a “terceira idade” e, recentemente, a “adulescência”, em um processo que Featherstone (1994) denominou “colonização do curso da vida”. A modernidade, ainda de acordo com este autor, teria criado uma periodização com fases bem definidas, enquanto, na pós-modernidade, as distinções entre as fases estariam se dissolvendo. Estaríamos vivendo um embotamento das fases do curso da vida, ao mesmo tempo em que, de forma contraditória, novas fases continuam sendo propostas (Stucchi, 1994; Debert, 1997). Nesse quadro, a rigidez e homogeneidade do curso da vida, padronizado pelo Estado e pelo conjunto de *experts*, cedem espaço a uma tendência à maior flexibilidade e variedade.

A “terceira idade” expressa essa situação, pois é a sensibilidade em relação à velhice que vem se transformando, como reflexo e sintoma das formas de sociabilidade que se desenvolvem contemporaneamente nos grandes centros urbanos, numa operação que encontra nos “programas para a terceira idade”<sup>3</sup> um espaço propício à sua realização. O que se pretende demonstrar neste trabalho é que a “terceira idade” consitui um código: de comportamento, de expressões corporais e, sobretudo, de expressões de subjetividade, através do qual as experiências de envelhecimento individuais podem ser partilhadas e negociadas, em um contexto marcado pelo surgimento de um

discurso científico sobre a velhice e o envelhecimento, e por mudanças na forma como indivíduos, ao envelhecer, negociam com imagens estereotipadas da velhice.

A visão de que a idade cronológica é fundamental é relativizada pela noção de “terceira idade” que, ao mesmo tempo, reforça a idéia de que é possível, com esforço individual, avançar na idade sem ficar velho. A velhice, à qual se opõe a terceira idade, é marcada por um repertório de signos que formam códigos de expressão corporal e de comportamento. Como consequência da visibilidade desses traços característicos, não é difícil manipular ou até mesmo “negar” a velhice, apagando seus sinais mais facilmente reconhecíveis, tanto em sua dimensão corporal, quanto em sua dimensão subjetiva. O indivíduo pode ler em seu corpo sinais do tempo, ao mesmo tempo em que nele pode escrever um projeto de envelhecimento. Maquiagem exagerada, roupas extravagantes e coloridas, muitas vezes vistas em pessoas de mais idade, bem como um comportamento lúdico e hedonista, são marcas que pretendem controlar a velhice, contrapondo-se à imagem do que seria o “velho”.

Se, de certa forma, o corpo informa ao indivíduo os sinais do envelhecimento, essa condição física não esgota a experiência de envelhecer. A idéia da “máscara da velhice” (Featherstone, 1994) significa o estranhamento de uma pessoa diante das evidências físicas de que está envelhecendo, sem sentir subjetivamente essa realidade da mesma

forma (Thompson, 1991). Isto somente ocorre em um contexto no qual indivíduos se representam como possuidores de uma subjetividade autônoma, quando o “eu” é visto como uma entidade capaz de administrar o processo de envelhecimento. Essa subjetividade se torna, do mesmo modo que o corpo, um texto onde se pode ler e escrever um projeto de envelhecimento. A velhice se torna “um estado de espírito”, manifestado no comportamento e na capacidade de os indivíduos sinalizarem através dele a forma como envelhecem; torna-se igualmente uma questão de autoconvencimento (Debert, 1993), quando se reconhece que ela é o resultado daquilo que o indivíduo fez de seu corpo e vida. Numa relação mediada por sua autodeterminação, e em que os fatores sociais são pouco destacados, os fatores biológicos estão, de certa forma, controlados ou relativizados, e a dimensão subjetiva posta em evidência.

O aumento da visibilidade e da importância da velhice a que se assiste hoje tem como um de seus principais aspectos o surgimento de um discurso científico sobre o envelhecimento, em nome do qual surgem *experts* que se apresentam como agentes legítimos para falar da velhice, em seus aspectos individuais, sociais e políticos. Com o aparecimento da Gerontologia (campo de estudos multidisciplinar que congrega profissionais de diversas áreas voltados para o estudo e tratamento da velhice, em seus vários aspectos), a experiência de envelhecer se torna alvo de prescrições e

cuidados. Ao mesmo tempo, a velhice aparece no discurso dos gerontólogos como uma questão social, o que ocorre a partir de um intenso trabalho social de persuasão, e não como consequência natural do aumento dos idosos no conjunto da população (Lenoir, 1990).

Mais recentemente, frente à demanda por intervenções e um mercado crescente de pessoas idosas, um conjunto, muitas vezes contraditório, de representações e homogeneizações, é acionado no sentido de demonstrar um envelhecimento adequado e uma transição bem-sucedida a essa fase da vida. Essa outra face do discurso sobre a velhice é parte de um processo crescente de socialização da gestão da experiência de envelhecer (Debert, 1992; Debert, 1997), e opera através de uma imagem mais positiva do envelhecimento, que tende a enfatizar a responsabilidade de cada indivíduo perante a forma como envelhece (ou deixa de envelhecer), divulgando que cada pessoa faça da sua experiência de envelhecer um projeto desenvolvido em meio a uma crescente quantidade de recursos e discursos, desde as UNATIs e programas de pré-aposentadoria, até as tecnologias mais sofisticadas de “profilaxia” do envelhecimento, baseadas em drogas e hormônios.

No Brasil, a Gerontologia nasce do interesse de instituições e de pessoas que já trabalhavam, de alguma forma, no atendimento a idosos. Preocupados com a ausência de iniciativas para esse

segmento da população e a carência de pesquisa e estudos científicos no país, principalmente em comparação com outros países, importam o modelo produzido nos EUA e na Europa. Incentivando a formação dos primeiros gerontólogos brasileiros no exterior, a partir do anos 60, a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Serviço Social do Comércio (SESC), pioneiros em atividades voltadas para idosos, começam a implantar no Brasil os primeiros trabalhos para idosos não-institucionalizados, baseados na percepção de que a condição marginal dos idosos poderia ser revertida com atividades de lazer, que contornassem a ausência de papéis e a solidão do idoso na sociedade contemporânea, encaradas então como os principais problemas de quem envelhece.

Com esse modelo de intervenção, aparecem junto às formas tradicionais de assistência aos idosos – como os asilos e as casas geriátricas –, outras que, a despeito da imagem negativa proposta pela Gerontologia neste contexto – um idoso pobre, doente e marginalizado pela sociedade –, apresentam a velhice como uma etapa privilegiada da vida, voltada para a satisfação pessoal e o prazer. Proliferam, hoje, nos principais centros urbanos do país, uma variedade de iniciativas que vão de cursos de teatro e dança, UNATIs, programas de pré-aposentadoria, programas de lazer e convívio organizados por administrações municipais e estaduais, agências de turismo, programações específicas para idosos, como bailes e passeios etc.

Até recentemente, os principais nomes da Gerontologia no Brasil eram provenientes do SESC, que incentivava a formação de seus profissionais fora do país, ou através de cursos promovidos no Brasil com *experts* estrangeiros<sup>4</sup>. Nos anos 90, o surgimento de cursos em instituições universitárias demonstra não só o aumento do interesse pela questão da velhice e do envelhecimento, mas uma significativa passagem do “controle” da formação dos *experts*, da área “prática” do SESC para a área mais “acadêmica”. Além de cursos formais (especialização, mestrado e doutorado), começam a surgir cursos de Gerontologia e de Geriatria, de curta duração, que se destinam a profissionais interessados na “terceira idade”. Esses cursos evidenciam um mercado emergente de idosos enquanto consumidores potenciais de serviços e, de outro lado, de um “metamercado,” disputado pelos *experts* oriundos da academia e por aqueles com formação “prática”, no qual a Gerontologia aparece como “produto” cuja incumbência é qualificar/legitimar a atuação profissional junto aos idosos.

A mais recente e complexa investida do Estado em relação à velhice – a aprovação da lei que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI) – tem como uma de suas principais características um maior reconhecimento da autonomia do idoso e de seu papel como sujeito social e político. Além disso, com esta Política os programas para a terceira idade se tornaram um modelo aceito e implementado pela ação estatal, consolidando-se



como uma alternativa de política social. Sua forma de intervenção é determinada e justificada pelos *experts* através de conhecimentos “técnicos” sobre a velhice e envelhecimento. Ao mesmo tempo em que transfere responsabilidade a instituições como as UNATIs, o Estado opta pela profilaxia do envelhecimento. Os idosos deixam de ser clientes do Estado e passam a ser consumidores de serviços “terceirizados”<sup>5</sup>.

O campo<sup>6</sup> do saber científico, em uma cultura cientificista de *biopolítica* (Foucault, 1993), constituiria uma instância privilegiada de observação dos investimentos culturais sobre o Homem e o corpo humano. Assim, a Geriatria e a Gerontologia, bem como as instituições voltadas para a velhice e o envelhecimento, podem, sob determinada ótica, ser vistas como um *locus* privilegiado para se observar as transformações pelas quais vêm passando a experiência de envelhecimento. Esse enfoque, apontado por Debert e Simões (1994) como uma alternativa, baseado sobretudo na obra de Foucault, tenderia a identificar, nos programas para a terceira idade e no conjunto de políticas sociais de assistência à velhice, estratégias típicas da época moderna de vigilância e controle social disciplinador sobre a população, através do controle sobre seus corpos. Não um controle direto, repressivo, mas, modelado no controle sobre a sexualidade que Foucault (1990) identifica na proliferação de discursos sobre a mesma. Esse controle teria no desenvolvimento de instituições e discursos

sobre “terceira idade” um suporte para constituição de mecanismos de poder.

Se, por um lado, essa perspectiva permite visualizar estratégias de controle e dominação, por outro, incorre no risco de torná-la uma dominação abstrata. Mesmo considerando uma rede de micropoderes difusos, onde se revezariam psicólogos, assistentes sociais, geriatras e gerontólogos, evitando assim o erro de procurar “o poder” em um centro, esses dispositivos não possuem a capacidade normativa pressuposta por essa perspectiva. Isto, entre outras razões, porque seus esforços não se concentram de forma exclusiva sobre a velhice, mas antes se voltam para a formação de sua legitimidade e identidade. Logo, é importante estar atento aos conflitos que envolvem a constituição da velhice como uma questão legítima e dos *experts* como agentes autorizados a normatizá-la, bem como analisar o papel dos destinatários – as pessoas idosas – e suas estratégias frente aos discursos sobre eles produzidos.

Na primeira parte deste trabalho procuro apresentar, ainda que sumariamente, formações discursivas sobre a velhice e o envelhecimento, destacando contradições e pressupostos que condicionam práticas concretas. Esta análise, antes de responder em que medida o discurso dos *experts* pode influenciar, de modo “causal”, as práticas sociais, compõe um pano de fundo que permite a inteligibilidade dessas práticas quando acionadas no universo empírico focalizado ao final do texto.

## 1. A Gerontologia e a Geriatria

A velhice, ou os fenômenos ligados ao envelhecimento do corpo, sempre foram alvo de reflexão e elaboração de teorias, uma vez que sempre houve pessoas envelhecendo, não importa até que idade ou em que quantidade. Desde os mais remotos registros da escrita – Simone de Beauvoir (1970) chega a citar textos egípcios de 2500 a.C. –, a velhice aparece como objeto de reflexão, algo que tem de ser explicado e, eventualmente, descrito. Todo discurso sobre a velhice é condicionado pela visão de mundo da época e contexto em que é elaborado. Dela extrai os argumentos, as imagens e elementos causais de que se serve para tornar visível, descrever e explicar a velhice. Mesmo a modalidade científica e disciplinar desse discurso, inicialmente ligado à medicina, que supostamente opera somente com dados da natureza, não pode prescindir da visão de mundo que, aliás, lhe confere legitimidade para falar sobre seu objeto (Guallimard, 1986).

Nos primeiros modelos que buscavam caracterizar a velhice, surgidos nessa fase científica disciplinar, a ênfase era posta no biológico como *locus* privilegiado, a partir do qual se poderia produzir conhecimento e intervir sobre a velhice. Era no corpo que envelhece que se buscava a velhice. Este, como um dado da natureza, se curvaria resignadamente ao olhar científico. Assim, a vinculação entre visão de mundo e explicação sobre o objeto do discurso estaria fora do proces-

so de produção de saber, ao mesmo tempo em que estaria garantida, em consequência da homogeneidade fisiológica humana, a universalidade desse saber<sup>7</sup>. O conjunto de representações sobre a velhice e o envelhecimento acionado e difundido em nome da Ciência tem, desde então, se visto às voltas com limitações sempre que tenta dar conta das transformações da experiência de envelhecer que acompanham as mudanças da sociedade, já que sua forma original de representar a velhice se caracterizava por tomar o fato natural do envelhecimento biológico como dimensão privilegiada e daí derivar todas suas teorias.

A questão da velhice começa a ganhar visibilidade, e ser objeto de discursos e práticas específicas, com a criação de instituições especializadas no tratamento da população de mais idade na Europa no final do século passado e início deste (Benoit-Lapierre, 1979; Lenoir, 1979; Guallimard, 1986; Debert & Simões, 1994; Katz, 1996). Nesse contexto, marcado ao mesmo tempo pelo cientificismo e pelas transformações na estrutura social advindas da expansão do capitalismo, o discurso sobre a velhice entra no que se poderia denominar sua “fase científica disciplinar”<sup>8</sup>. Sua especificidade é afirmada, e começa a se delinear um campo autônomo de estudos a partir de duas frentes, até há pouco hegemônicas na produção de discursos sobre a velhice e envelhecimento: uma baseada na ciência médica e outra intimamente ligada às questões de políticas públicas e assistenciais, correspondendo, respectivamente, ao

surgimento de duas disciplinas: a Geriatria e a Gerontologia.

Em 1868, Jean Martin Charcôt escreveu sobre a velhice em seu livro *Lessons on the Maladies of the Age and on Chronic Diseases*:

“Esta faceta de la medicina, tan interesante, ha sido largamente descuidada, y sólo en nuestros tiempos ha logrado, con dificultad, lograr su *autonomía*. Antes, las enfermedades de la vejez apenas si se mencionaban. Si dejamos de lado las obras de Floyer (1724), de Ficher (1766) y la más reciente de Welsted, la mayor parte de los trabajos médicos, en el último siglo, que se refieren en especial al período senil, tienen un *carácter especialmente literario o filosófico*; ellos son de una u otra manera, distorsiones ingeniosas del famoso tratado *De Senectude* del orador romano Cicerón” (Charcôt, 1868, citado em: Motlis, 1988:3-24. Grifos meus).

O diagnóstico de Charcôt revela sua percepção da ausência de caráter científico no estudo da velhice e do envelhecimento. Os termos utilizados sinalizam que esse autor compreende a necessidade de se tratar a velhice em um campo autônomo e apoiado unicamente na ciência, livre portanto de pressupostos não baseados na observação direta da realidade. No entanto, somente no início deste século essa autonomia ganha visibilidade e nome. Surgem aí os termos mais importantes ligados ao estudo da velhice. O termo “gerontologia” (*Geras*:

velho, *Logia*: estudo, descrição) foi criado em 1908 pelo médico russo radicado em Paris, Élie Metchinikoff<sup>9</sup>, e significa o estudo do envelhecimento. Já o termo “geriatria” (*Geras*: velho, *Iatrikos*: tratamento) foi criado pelo médico austríaco radicado nos EUA, Ignaz Nascher, em 1909. Porém, as condições da emergência de um campo autônomo de estudo da velhice e do envelhecimento, do qual se ressentia Charcôt, começam a aparecer um pouco antes.

Segundo Foucault (Foucault, 1993; Foucault, 1994), o hospital era, antes do século XVIII, uma instituição de assistência aos pobres, significando também exclusão e separação. Nos hospitais abrigavam-se idosos e indigentes que não podiam se sustentar. Com o tempo, a problemática à qual ficou ligada a instituição hospitalar se restringe ao corpo humano que precisava de algum tipo de cuidado, enquanto as funções asilares foram transferidas para entidades filantrópicas. A dissociação entre velhice e doença ocorreu paralelamente a um processo de tornar autônomas as doenças. No contexto do surgimento da clínica médica, a medicina começa a instaurar uma nova dimensão do visível, do invisível e do insondável. A partir daí, passaria ela a configurar quadros sintomáticos para constituir seu patrimônio de significados, delimitando doenças e patologias específicas.

Como demonstra Foucault, a lógica por trás do surgimento da clínica médica não é apenas instituir o singular, o individual, como foco da prática

médica, mas a de tornar a doença algo mais significativo do que o corpo onde esta se assenta, estabelecendo então uma nova percepção do conhecimento médico. No hospital, o médico se volta para o doente e nele descobre qual a doença residente em seu corpo. Na clínica, ao contrário, o doente não é o sujeito para o qual se volta a prática médica, mas apenas um corpo que a doença toma emprestado (Foucault, 1994). Nesse contexto, a medicina propõe a distinção entre envelhecimento normal e patológico, possibilitada pela grande concentração de pessoas idosas nos hospitais, onde o saber se constrói e se transmite, e onde idosos oferecem seus corpos à observação em troca de cuidados e assistência (Foucault, 1993). Assim como a doença, a velhice passa a ser encarada como um fenômeno que se apodera do corpo dos homens. Essa dissociação gerou a possibilidade de o nascimento da Geriatria atuar, a partir de então, em duas frentes complementares: a) a Geriatria, como especialidade clínica, voltada para o cuidado individual, tendo como objeto as manifestações particulares de um processo natural, ainda não completamente conhecido, em corpos particulares de pacientes específicos, através do acompanhamento de casos singulares com finalidades terapêuticas; b) a Geriatria ligada ao estudo das causas do envelhecimento, tendo como área de atuação a pesquisa voltada para processos gerais do envelhecimento fisiológico.

Essa dualidade se assenta na dupla paternidade do estudo científico: Nascher seria o “fundador”

da primeira, e Metchnikoff, e suas teorias sobre o envelhecimento, da segunda. À primeira vista, essa dualidade poderia ser identificada com a distinção feita por Foucault (1990) entre anátomo-política do corpo e biopolítica da população. No entanto, os dois processos arrastam a interpretação para uma ênfase sobre o exercício do poder. Se, por um lado, apontam para dois objetos distintos – o corpo individual e o corpo espécie (ou corpo social), estruturantes do discurso sobre o envelhecimento –, por outro, sua “unidirecionalidade” ofusca o que se pretende destacar aqui, ou seja, a interdependência entre ambas, e a forma como se faz presente no estudo científico sobre o envelhecimento até hoje. Essas duas faces complementares da área médica refletem uma dualidade que acompanha o discurso científico sobre a velhice em sua fase disciplinar: ser ao mesmo tempo um *campo de saber* e de *intervenção*.

O momento em que a questão da velhice começa a ganhar visibilidade e ser objeto de discursos e práticas específicas é também um período de grande atividade intelectual e de profundas transformações sociais. A Europa vive as conseqüências da expansão do Capitalismo e, nesse momento, os principais esforços intelectuais se voltam para a análise dos problemas daí decorrentes, a partir de uma perspectiva secular. Ou seja, localizando na sociedade, sem referências transcendentais, as causas e respostas dos principais problemas vividos na época – entre eles as condições de pobreza e marginalidade de parte da popula-



ção que, com o avanço da idade, enfrentava dificuldades para garantir uma subsistência mínima. Desde então, parte significativa do discurso sobre a velhice esteve relacionado às transformações na sociedade (Attias-Donfut, 1979a), e a velhice passou a ter uma presença crescente entre as preocupações sociais.

Se na Geriatria a construção da autonomia do discurso sobre a velhice e o envelhecimento se deu a partir do reconhecimento das especificidades do organismo envelhecido e da necessidade de representá-lo cientificamente, na Gerontologia o mesmo processo pode ser compreendido em três aspectos: a) reconhecimento da existência de aspectos biopsicossociais, envolvendo o envelhecimento humano; b) reconhecimento da dimensão social da velhice e sua tradução no discurso como um problema, ou seja, de que a velhice é algo mais que o envelhecimento fisiológico de indivíduos, representando, portanto, um problema não só para o indivíduo e sua família, mas para a sociedade; c) reconhecimento de que as especificidades dos idosos justificam um tratamento diferenciado em relação às demandas de outros grupos sociais e, portanto, exigem uma “especialização” que substitua as práticas de assistência “leiga” por práticas “profissionais”.

O reconhecimento – por parte daqueles empenhados em conhecer e descrever a velhice e o envelhecimento – de que a experiência humana responde não só a determinantes biológicos, mas

também a fatores sociais e psicológicos, trouxe a necessidade de lançar mão do instrumental de outras disciplinas para enfrentar a complexidade desse objeto, e dos diferentes recortes que o condicionam. Outros domínios foram sendo incorporados sob a denominação “Gerontologia”, como a Sociologia e a Psicologia. Ao se voltar para o estudo científico da velhice e do envelhecimento, uma característica que a Psicologia manteve em comum com a Medicina foi manter a perspectiva de tratar a velhice como um fato natural e universal, cujas variantes constituiriam patologias ou desvios individuais. As representações da velhice elaboradas a partir do olhar homogeneizador dessas disciplinas se impõem por, supostamente, refletirem uma verdade natural (Neri, 1991).

A partir do reconhecimento de que a velhice é algo além do envelhecimento fisiológico e psicológico de indivíduos, as práticas de intervenção puderam ser modificadas significativamente, estendendo a Gerontologia sua esfera de intervenção a uma dimensão social<sup>10</sup>, tornando os agentes especializados capazes de propor políticas públicas e novos modelos de intervenção. Desde então, a Gerontologia tem espelhado em suas práticas, nas representações de seus profissionais e em seu corpo teórico, uma outra dualidade, o *individual* e o *social*.

Ao reconhecer a dimensão social como fator condicionante do envelhecimento, a Gerontologia de certa forma rompe com essa representação “natural” da velhice, não abandonando porém

inteiramente a constituição de seu objeto como um “universal”. A velhice sai dos limites do corpo, sem que os pressupostos homogeneizadores da representação da velhice sejam desfeitos. Para a face sociológica da Gerontologia, por exemplo, até recentemente, os problemas decorrentes da velhice nas sociedades modernas seriam invariavelmente os mesmos e de tal forma intensos que anulariam diferenças de gênero, etnicidade e classe social<sup>11</sup>. A linearidade e homogeneidade do processo de envelhecimento biológico se transfigura na linearidade e homogeneidade das fases do desenvolvimento psicológico, do *status* social (ou falta dele)<sup>12</sup> e das etapas de vida definidas a partir de papéis sociais determinados pela inserção dos indivíduos no processo produtivo ou no ciclo familiar.

Segundo Debert (1992), só recentemente esses pressupostos homogeneizadores começam a ser revisitos em pesquisas desenvolvidas nos EUA e Europa. Até então, o reconhecimento da dimensão social da velhice estava exclusivamente vinculada à sua representação enquanto problema. A partir dela, dois eixos foram importantes para institucionalizar a Gerontologia: as condições de pobreza e marginalidade dos trabalhadores idosos e uma correlação negativa entre velhice e modernidade.

Na Europa do século XVIII, a expansão do trabalho assalariado tornou o trabalhador responsável por seu sustento, através da venda de sua força de trabalho, em um contexto no qual as

condições de vida da classe operária não eram nada favoráveis, como as descreve Engels (1975). O envelhecimento das primeiras gerações de operários marcou a associação entre velhice, pobreza e incapacidade, pois se tratava de um segmento da população que não podia, devido ao avanço da idade ou incapacidade física, vender sua força de trabalho, constituindo um grupo dependente de alguma modalidade de assistência. Ao mesmo tempo, o declínio da produção familiar, seja na agricultura, seja em pequenas empresas domésticas, reduziu o sistema de remuneração familiar que permitia aos filhos cuidar dos pais envelhecidos (Debert & Simões, 1994).

O processo de reconhecimento da velhice como uma questão social se inicia, justamente, com essas primeiras gerações de operários que envelhecem (Benoit-Lapierre, 1979). Como uma das primeiras medidas para responder a esse problema, a aposentadoria significou, em parte, a separação da velhice das demais categorias da população-alvo da assistência social, pois não significava apenas mais uma modalidade de assistência, mas um direito associado à condição de trabalhador, que surgiu em substituição às intervenções pontuais de caráter filantrópico, dirigidas à população pobre de uma maneira geral (Debert & Simões, 1994; Benoit-Lapierre, 1979; Lenoir, 1979). Segundo Benoit-Lapierre (1979), essa dissociação progressiva entre a população pobre e os idosos assistidos por alguma modalidade de assistência previdenciária levou a uma especialização e profissionalização no atendi-

mento aos idosos. A tentativa de superação da imagem de inválido associada à velhice fez com que fossem vistas como ilegítimas as práticas leigas assistenciais, e contribuiu para conferir uma identidade própria aos trabalhadores velhos (Debert & Simões 1994; Benoit-Lapierre, 1979; Lenoir, 1979).

A partir do pós-guerra, com as transformações político-econômicas nos países capitalistas centrais, e com o advento do Estado de Bem-Estar, a saúde e assistência social foram deslocadas para o interior de dispositivos de seguridade social. Embora em alguns países já houvesse, desde o final do século XIX, políticas de proteção aos idosos, aos incapacitados e às mulheres, somente com a expansão e institucionalização do modelo do *Welfare State*, após os anos 50 – em um processo que, segundo Lenoir (1979), teria sido um dos fatores responsáveis pelo surgimento e expansão da “terceira idade” –, a aposentadoria e proteção aos idosos, assim como a saúde, tornam-se direitos de todos os cidadãos. Acompanhando a generalização dos sistemas de aposentadoria, surgiram novas instituições – como asilos e alojamentos. Paralelamente, os hospitais, como já mencionado, se especializaram no tratamento médico à velhice, transferindo sua assistência de caráter filantrópico para instituições especializadas, promovendo, com isso, uma separação entre velhice e doença, até então intimamente associadas.

A partir do reconhecimento da população idosa como um segmento social com especificidades, foi

possível torná-la um “campo de estudo” das Ciências Sociais e correlacioná-la, não só às diferentes sociedades e culturas, mas a diferentes estágios de desenvolvimento social. A Gerontologia vem estabelecendo, desde então, através de seus teóricos, uma correlação negativa entre velhice e modernidade<sup>13</sup>. Apesar do limitado conhecimento disponível acerca da situação dos idosos em períodos históricos distantes, ou mesmo em épocas relativamente próximas (Debert, 1997), o discurso da Gerontologia freqüentemente utiliza uma narrativa histórica que justifica tais correlações (Neri, 1991; Cohen, 1994). De acordo com essa visão, a urbanização, a industrialização e a modernização teriam levado ao declínio do *status* social do idoso e sua degradação nas sociedades contemporâneas.

Os principais aspectos de mediação entre a modernização e a condição da velhice teriam sido: a) a passagem da família extensa à família nuclear; b) as mudanças no mundo do trabalho; e c) o advento da “cultura de massas”. Estes processos têm como pano de fundo uma comparação com épocas não-modernas (e, eventualmente, com contextos não-modernos contemporâneos), tornando possível destacar uma condição desfavorável da população idosa nas sociedades contemporâneas, por oposição a uma “idade de ouro”, na qual os idosos seriam respeitados e valorizados<sup>14</sup>.

O discurso dos gerontólogos no Brasil tem encontrado dificuldades em avançar no processo contra-

ditório de socialização e reprivatização da experiência de envelhecimento. Esse processo tem levado as questões associadas à velhice para uma dimensão pública, ao mesmo tempo em que as novas imagens de envelhecimento enfatizam a velhice como “autoconvencimento” (Debert, 1993). A constituição da velhice como uma “problemática”, da qual depende diretamente a Gerontologia, foi parcialmente abortada por essa contradição, pois ao mesmo tempo em que se enfatiza a velhice como um problema social (através de imagens negativas que apresentam o idoso como uma vítima), a Gerontologia tem de se legitimar frente a seus clientes idosos, “vendendo” a idéia de que a velhice pode ser uma fase privilegiada da vida (através de imagens da velhice como uma época de lazer, auto-satisfação, prazer etc.)<sup>15</sup>. Assim, surgem freqüentemente contradições entre as imagens geradas no âmbito do discurso gerontológico e as experiências de pessoas idosas às quais estas imagens se referem. Como consequência, ao mesmo tempo em que busca a constituição de um campo autônomo, sobre o qual pretende hegemonia, a Gerontologia cede espaço a um conjunto de intervenções “leigas”, como cursos de teatro e dança, que não se sentem, necessariamente, comprometidos com a Gerontologia.

## **2. Programas para a Terceira Idade: do Lazer ao Prazer**

A partir da década de 60, instituições seculares, originalmente destinadas ao abrigo de indigentes,

se tornam institutos de Gerontologia. Essa vulgarização do termo Gerontologia ocorre ao mesmo tempo em que uma especialização progressiva de instituições asilares, a separação entre os idosos e a população carente em geral, bem como a superação do assistencialismo leigo baseado na caridade (laica ou religiosa), sinalizam a constituição de um campo autônomo de agentes e assistência especializada. No entanto, a história dessas instituições é fortemente marcada por um processo de questionamento do modelo asilar que, embora, como afirma Groisman (1998), seja menos acentuado no que se refere à velhice do que em relação aos “loucos” e aos “órfãos”<sup>16</sup>, ofusca o desenvolvimento da autonomia no âmbito das questões do envelhecimento. São os programas para a terceira idade os principais responsáveis pelo desenvolvimento dessa autonomização, buscando uma identidade própria sem abrir mão do saber científico como inspiração.

O SESC foi responsável pela implantação dos primeiros programas para a terceira idade no Brasil, na década de 60<sup>17</sup>. O conjunto de representações sobre a condição do idoso veiculados nessa época e os trabalhos que buscam explicar a condição de vida dessa população, bem como propor soluções, apontam para a “culpa” da civilização moderna quanto à condição de vida da população idosa. A sociedade industrial e de classes – com sua velocidade particular e a generalização do estatuto de “descartável” atribuído a tudo que não acompanhe essas mudanças – explicaria a margina-



lização a que os idosos são relegados no cotidiano. Valorização social e estratégias de (res)socialização apareceram assim como alternativas a essa condição marginal. Esta seria a origem e a razão de ser dos programas para a terceira idade.

Até o final da década de 60, duas teorias dominavam o cenário da produção gerontológica, cujo centro de influência se situava nos EUA: a “Teoria do Desengajamento” (Cumming & Henry, 1961) e a “Teoria da Atividade” (Cavan, 1965)<sup>18</sup>. O que ambas possuíam em comum era que entendiam a velhice como um momento de perdas sociais, perda dos papéis específicos na família e no trabalho, perda de *status* e retração do *network*. Divergiam quanto à perspectiva de como deveria ocorrer o ajustamento do indivíduo a essa situação. A “Teoria de Desengajamento” foi mais presente no início dos programas para a terceira idade. Sua influência junto ao SESC é reconhecida por seus técnicos, e sua principal característica, absorvida no país, é propor como chave para um envelhecimento adequado o abandono progressivo de atividades como o trabalho, que passaria a ser tido como ilegítimo na velhice, e sua substituição pelo lazer.

A centralidade do lazer na proposta do SESC tem levado a que, em diferentes momentos, essa entidade tenha promovido a discussão conceitual do que seria “lazer”<sup>19</sup>. Nessas discussões, parte-se de diferentes concepções para se eleger a mais próxima da realidade dos trabalhos com idosos. A observação dessas discussões indica a passagem

de um modelo baseado na socioterapia para um modelo que incorpora os efeitos subjetivos das práticas de lazer, e assinala a passagem de um modelo mais sociológico de individualismo (que supõe o indivíduo dado pelo social) para um modelo mais subjetivo (que supõe, na dimensão subjetiva, uma autonomia para autodeterminação). É como se os programas deixassem de representar apenas uma mediação entre o indivíduo e a sociedade, para promover a mediação do indivíduo e seu *self*. A educação, apresentada através de conceitos como “educação permanente”, foi eleita a principal ferramenta de tal mediação. A partir dela, o SESC sofisticou suas práticas e, com a assessoria de gerontólogos franceses da Universidade de Toulouse, inaugurou, em 1977, em Campinas, sua primeira “Escola Aberta para a Terceira Idade”, tendo como referência um modelo “universal” de velhice que torna possível o intercâmbio internacional.

As discussões sobre a importância da educação para idosos têm levado o SESC a patrocinar debates e publicar artigos de *experts* no assunto (Cunha, 1980; Pereira, 1980; Salgado, 1977; Washington, 1980). Nesses debates são vinculadas duas perspectivas teóricas: a primeira concebe a educação como estratégia de socioterapia, promovendo e estimulando a integração social. Nesta perspectiva, a educação é um instrumento de promoção social. A segunda concebe um envelhecimento melhor para aqueles que mantêm a mente ativa através de atividades educativas. Segundo esta

perspectiva, a educação seria tanto uma espécie de ginástica mental – que evita a deterioração das atividades cognitivas – quanto um instrumento para a aquisição de novos conhecimentos.

As discussões e desdobramentos da segunda perspectiva se tornaram um veículo para expressar uma concepção de envelhecimento fortemente derivada da Psicologia do Desenvolvimento e da “Teoria do Desengajamento”. Daí resultam atividades nas quais o conteúdo psicológico ganha novo *status*. A ênfase no aspecto “social”, que inspira o surgimento dos programas para a terceira idade, cede espaço para características mais recentes, que tendem a “psicologizar” as atividades. O lazer continua sendo, ao lado da educação, o principal instrumento para a promoção de um envelhecimento adequado. Porém aparece, atualmente, com freqüência, justificado antes pelos efeitos subjetivos que promove do que por seu papel social. O que antes era visto como um antídoto ao tédio e à falta de atividades, e como um recurso de promoção e integração social, passa a ser valorizado pelo seu papel no desenvolvimento da personalidade individual.

A partir do início dos anos 60 começam a surgir, na França, as primeiras atividades voltadas para idosos no meio universitário<sup>20</sup>, ou a partir de colaboração com as universidades. A generalização do termo “universidade” se justifica, ao que parece, por envolverem atividades que visam à formação por meio de conferências e palestras, produção de conhecimento através de pesquisas, ou

por desenvolverem suas atividades dentro do *campus* universitário. No entanto, quando essas iniciativas apareceram, seus objetivos não se caracterizavam unicamente pelo compromisso com alguma alternativa de aprimoramento intelectual. Com uma origem próxima à dos programas para a terceira idade, as UnATIs surgiram voltadas para promoção de sociabilidade através do lazer (Peixoto, 1997:46). Em meio a outras justificativas, como promover a integração entre gerações, ou a divulgação de novas imagens da velhice, de modo a sensibilizar a opinião pública e as autoridades, as UnATIs sempre estiveram marcadas pela ambigüidade de serem, simultaneamente, centros de produção de conhecimentos e espaços destinados ao lazer (Lenoir, 1979). No Brasil, as UnATIs aparecem nos anos 80<sup>21</sup>, evidenciando um interesse no atendimento à população idosa diverso daquele desenvolvido junto às práticas assistenciais tradicionais e das experiências do SESC.

### **3. A UnATI/UERJ: Entre o Saber e o Lazer**

A UnATI iniciou suas atividades em agosto de 1993, vinculada à Sub-Reitoria de Extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Embora sua origem esteja ligada à área médica, foi formada a partir de uma compreensão distinta daquela veiculada na área médica tradicional, representada pela Geriatria. Dentro da área médica existem dois caminhos para a especialização no estudo e tratamento da velhice e envelhecimento: um mais ligado à medicina social, ou saúde cole-

tiva, e outro mais próximo da prática clínica. A UnATI/UERJ surge desse primeiro caminho, da percepção de que o sujeito de intervenção não deveria ser o homem individual, mas sim a coletividade, e que os fatores causais determinantes da saúde e da doença, assim como do bem-estar geral, incorporam dimensões sociais. Outra singularidade da perspectiva que orienta a concepção da UnATI/UERJ é que, devido à sua origem acadêmica, entende-se que as UNATIs devam constituir um fórum para a produção de conhecimento e pesquisa (Camargo & Veras, 1995).

Embora em muitos pontos haja convergência entre as propostas desta UNATI e alguns dos conceitos do discurso gerontológico, em nome do qual ela se apresenta, assim como convergências com as propostas de diversas outras instituições, na prática ela busca se diferenciar, afirmando sua originalidade. Constrói, assim, uma identidade própria, justificando sua posição diferenciada em relação às instituições congêneres. Ao ser enfatizada a origem acadêmica e sua ligação orgânica com a universidade, a UnATI/UERJ se distingue, por um lado, do SESC e do modelo de atenção aos idosos lá desenvolvido e, por outro, se diferencia também da Geriatria e Gerontologia, corporificadas em suas respectivas entidades profissionais – a SBBG e a ANG. Essa identificação entre a UnATI/UERJ e a universidade se dá por uma analogia à academia, em função de seu papel comum na produção de conhecimento, ou através de uma identificação metonímica com a universidade, da qual ela seria um modelo em miniatura.

Assim, a UnATI/UERJ é estruturada e apresentada como uma “microuniversidade temática”, resultado da união de ensino, pesquisa e extensão<sup>22</sup>.

Está em discussão a transformação da UnATI/UERJ em Instituto da Terceira Idade, criando uma graduação que viabilize uma carreira para os alunos, através de um curso formal de três anos, e uma pós-graduação que ofereça cursos de Gerontologia. No entanto, o que mais se espera da UnATI/UERJ, ao se transformar em Instituto, é consolidar-se como um centro nacional e internacional de referência nas questões de terceira idade, uma vez que já considera “o que há de mais moderno no país em ensino, pesquisa e assistência nas áreas de Gerontologia e Geriatria” (UnATI, 1996). No documento que define a proposta do Instituto da Terceira Idade, a UnATI/UERJ se apresenta como “centro irradiador do pensar gerontológico no Brasil” e, ainda nesse mesmo documento, afirma ser considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Centro de Referência Mundial na área de atenção à terceira idade (UnATI, 1996).

#### **4. Entre o Saber e o Lazer**

Um dilema de difícil resolução cerca a identidade da UnATI/UERJ: ser um centro de convivência, ou um centro de ensino e pesquisa. Esta dualidade atualiza, nesta instituição, outra que acompanha todo o discurso científico sobre a velhice em sua fase disciplinar: ser, ao mesmo tempo, um campo de saber e de intervenções. Para alguns de seus

profissionais, a denominação “centro de convivência” chega a ser ofensiva, enquanto outros a utilizam normalmente. A principal característica dos centros de convivência (cujo modelo é o SESC), que leva alguns dos *experts* da UnATI/UERJ a rejeitar qualquer identificação com esse tipo de iniciativa, é o núcleo da sua proposta, em torno da “socioterapia”, ou seja, ocupar o tempo livre, através de atividades de lazer, visando à promoção da sociabilidade e o desenvolvimento da personalidade individual, sem que isso seja feito através de reflexões teóricas e sem um compromisso com a “qualidade” acadêmica. Essa “qualidade” – que se revelaria na qualificação dos técnicos e na produção de pesquisas, artigos, participação em congressos etc. –, ausente dos “centros de convivência”, os tornaria mais próximos do assistencialismo das atividades “leigas”.

A forma de se referir à UnATI/UERJ como uma “microuniversidade temática” a coloca como uma superação dos centros de convivência. Além disso, ao inserir a intervenção junto aos idosos no universo acadêmico, pretende ampliar o escopo de tais práticas, pois seus objetivos extrapolam os limites imediatos do atendimento direto (Camargo & Veras, 1995). Ao mesmo tempo, tem como objetivo contribuir para reduzir o isolamento e a solidão dos idosos, e reintegrá-los à sociedade, resgatando sua cidadania e sua participação na produção de novos valores, bem como atuar na redefinição das imagens da velhice e do envelhecimento, e das relações entre as gerações, apro-

ximando-se, com esses objetivos, das propostas mais gerais dos centros de convivência.

O tempo livre, o lazer, a educação, a pesquisa e a socioterapia, entre outras questões recorrentes que envolvem as instituições voltadas para idosos, são destacadas nas propostas da UnATI/UERJ como significativas ou secundárias, de acordo com o contexto em que são acionadas, tendo em vista a imagem com a qual a instituição pretende se apresentar, ou com a qual pretende se contrapor a outras instituições. Porém as defasagens entre essas imagens e o que de fato acontece nas atividades da UnATI/UERJ refletem contradições próprias a esse universo, freqüentado por pessoas muito diferentes entre si. Em relação às atividades, o mesmo dilema reaparece, tendo como eixo a dicotomia entre, por um lado, atividades de lazer e recreação (que a associam aos modelos de centro de convivência do SESC) e, de outro, atividades didáticas, que repassam algum “saber” aos alunos – conferindo uma identidade própria à instituição.

O “saber” é um fator constantemente acionado para diferenciar a UnATI/UERJ dos demais programas para a terceira idade, saber este simbolizado não somente por sua inserção em um meio universitário ou pela qualificação acadêmica de seus *experts*. Esse “saber” também aparece como um dos principais produtos oferecidos pela UnATI/UERJ, e aquele que torna suas atividades distintas das oferecidas por outras instituições. Isto, em que pese, sobretudo ao se considerar a perspec-



tiva dos alunos, o fato de muitas atividades não poderem ser definidas com clareza como didáticas ou recreativas<sup>23</sup>.

A transformação da UnATI/UERJ em Instituto da Terceira Idade seria a coroação de sua identidade acadêmica, e o fim das dúvidas sobre suas especificidades em relação aos centros de convivência. Tal transformação é vista pelos dirigentes como uma necessidade para a manutenção de suas atuais atividades e para a implementação de outras. Por exemplo: o aprimoramento e a divulgação da Gerontologia através de pesquisas e publicações, além de cursos formais que ofereçam diplomas aos alunos. Seriam criadas, assim, atividades consideradas necessárias e inovadoras, que se destacam por “materializar” e instrumentalizar a formação dada aos alunos, ou seja, dar visibilidade ao “saber” repassado aos alunos.

## **5. A “Terceira Idade” como um Código**

O perfil socioeconômico dos alunos da UnATI/UERJ aponta para algo mais próximo do universo de “classe média”, mesmo que em seus estratos menos abonados<sup>24</sup>. Se, por um lado, isso permite singularizá-los frente à população idosa em geral, evitando assim generalizações apressadas, por outro, pode induzir ao simplismo de derivar da condição socioeconômica de seus alunos o conjunto de valores e significados presentes nesta instituição. Embora a autonomia que viabiliza a participação dos idosos em programas como as

UNATIs e a manutenção de seu estilo de vida possa, em parte, estar associada a fatores como melhores aposentadorias e melhores condições de vida, alimentação e acesso a serviços de saúde, assim como a uma oferta diferenciada de equipamentos urbanos e serviços, encontrados no universo dito de “classe média”, as representações da velhice e do envelhecimento, traduzidas pelo termo “terceira idade”, extrapolam limites de estratos sociais e fronteiras definidas por fatores como renda, escolaridade, ocupação etc. Além disso, não é possível inferir, dos dados socioeconômicos, a diversidade de práticas e representações presentes na UnATI/UERJ e o modo como agem e pensam seus alunos.

No universo constituído pelos alunos da UnATI/UERJ, são muitas as experiências de vida e trajetórias individuais que articulam recortes mais “econômicos” com outros mais “sociológicos”, como, por exemplo, identidade étnica, religião, ideário político etc. Na faixa etária desses alunos encontram-se indivíduos de vários segmentos da sociedade, oriundos de diversos meios culturais. É preciso, portanto, estar duplamente atento à heterogeneidade da vida social contemporânea, pois nessa faixa etária a diversidade é vivida juntamente com outra experimentada ao longo dos anos. A sucessão de gerações atua cumulativamente sobre a heterogeneidade observada entre indivíduos que, em sua trajetória de vida, passaram por várias situações próprias à sua história pessoal – como a imigração, a inserção no mundo

do trabalho, na família etc. –, e da história social – como a guerra, o regime militar, entre outras.

Diante da heterogeneidade presente na UnATI/UERJ, seus alunos não poderiam ser considerados propriamente “um grupo”, a não ser pela violência do olhar do pesquisador, ou pela construção, reconhecidamente arbitrária, de recortes analíticos a partir da seleção de características comuns em um imenso universo de distinções. Uma das questões mais interessantes que tem percorrido a Antropologia diz respeito a laços simbólicos e suas implicações em problemas como: as características ou experiências que seriam significativas a ponto de operarem limites e distinções para um determinado grupo, de forma que este se reconheça enquanto tal e assim seja visto pelos de fora (Velho, 1981). Para os grupos constituídos pela participação em um programa específico de determinada camada etária, como os programas para a terceira idade, a questão não é simples.

Por um lado, se a participação em um programa dessa natureza sinaliza uma identificação do indivíduo com a “terceira idade”, por outro, essa participação não esgota os conteúdos dessa identificação a ponto de torná-la de fato diferenciadora do ponto de vista analítico. Não se pode reduzir a questão do sujeito que pertence à “terceira idade” à do sujeito que participa de um programa para a terceira idade, mesmo porque o convívio dentro de programas desta natureza tem demonstrado que essa participação responde a vários

fatores, em muitos dos quais não pesa a questão etária, como, por exemplo, a possibilidade de frequentar uma universidade<sup>25</sup>. Uma forma possível de atribuir sentido à “terceira idade” como um grupo de pessoas que se reconhecem ou são reconhecidas como possuindo características comuns que as diferenciam, dos velhos em geral e dos adultos, seria através do recurso ao conceito de “geração”.

O conceito sociológico de geração tem sido utilizado de diversas formas nas Ciências Sociais, com imenso valor heurístico, mas sem uma definição comum. Escrevendo na década de 50, Mannheim criticava a falta de sistematicidade, debates e intercâmbios sobre o tema<sup>26</sup>. Para esse autor, o enfoque geracional é imprescindível para a compreensão dos movimentos sociais e intelectuais, sobretudo em contextos de mudanças constantes e cada vez mais velozes, como as que caracterizam este século:

“A geração não é um grupo concreto no sentido de uma comunidade, isto é, um grupo que não pode existir sem os seus membros terem um conhecimento concreto uns dos outros, e que cessa de existir como uma unidade mental e espiritual assim que é abolida a proximidade física. Por outro lado, ela não é de modo algum comparável a associações, tais como as organizações formadas para um objetivo específico, pois estas se caracterizam por um ato deliberado de fundação, estatutos escritos e uma maquinaria para desenvolver a organização – características que servem para

manter coeso o grupo, mesmo no caso de inexistirem laços de proximidade espacial e de comunidade de vida” (Mannheim, 1982:69).

A característica do conceito de geração que nos interessa reter aqui é a identificação, não de um grupo, no sentido efetivo do termo, mas de alguma unidade conferida pela experiência comum partilhada por indivíduos dentro de um universo comum de significados em uma dada época. Assim, antes de pensar os idosos como constituindo uma geração unicamente pelo fato de pertencerem a uma determinada camada etária, interessa pensá-los como uma geração, por partilharem uma experiência (envelhecer), em um meio cujas particularidades lhes permitem viver essa experiência de uma forma singular e com tal intensidade que, apesar da diversidade, seja possível construir um código comum para expressar e partilhar suas experiências. A terceira idade é o termo para designar essa experiência e os códigos que a definem.

## **6. Psicologismo e a Terceira Idade**

Sobre o universo “classe média”, acumula-se na produção das Ciências Sociais brasileira, em particular na Antropologia, um volume cada vez maior de trabalhos<sup>27</sup>. Isto tem permitido refletir sobre as condições particulares de que se reveste, contemporaneamente, a vida nos grandes centros urbanos brasileiros, e uma descrição empírica de amplos aspectos dessa realidade. Porém, definir o que são

classes médias urbanas, de forma a tornar o conceito um conceito propriamente analítico, não é simples. Se, por um lado, a caracterização do que seria o meio urbano não é muito difícil – pela possibilidade de sua comparação com o meio rural e *folk*, e pela tradição das Ciências Sociais que vem de Weber, Simmel e da Escola de Chicago –, as “camadas médias” nos espaços urbanos não têm sido definidas sem alguma complexidade nas etnografias que começam a se acumular com rapidez.

Vêm sendo adotados como critérios para definir os contornos e limites dessas camadas médias, não a sua particular posição no processo produtivo, nem a sua posição em termos de estratificação social ou ocupacional de seus membros. Definir classes médias urbanas através de variáveis da estrutura social tem-se mostrado ineficaz no sentido de dar conta das descontinuidades de *ethos* e visões de mundo diferenciadas no interior das grandes cidades (Salem, 1986). Para superar essa limitação, um critério mais próximo da classificação por fronteiras simbólicas vem sendo utilizado, a partir de definidores tais como valores, que expressam não só as identidades com que se autodefinem indivíduos dessa camada, como também diferentes códigos associados à heterogeneidade de experiências no meio urbano – não estando, contudo, ausentes critérios como renda, condições de moradia, trabalho etc.

Dentro da estratégia mencionada acima, vários autores têm enfatizado as conseqüências, no contex-

to das classes médias brasileiras, da presença de uma “cultura psicanalítica” ou “cultura *psí*”. Ou seja, uma *visão de mundo* fundamentada nos pressupostos da concepção da natureza do homem oriundo das Ciências Psicológicas (a Psicanálise, em particular), generalizada não somente pela extensão da prática psicanalítica no meio social, mas – apoiada pelo prestígio e fascínio que esta exerce – através de revistas, jornais e outros meios da cultura de massa (Figueira, 1981; Figueira, 1985; Salem, 1989; Salem, 1993; Velho, 1989; Velho, 1994; Santos, 1991)<sup>28</sup>. Uma das manifestações dessa “cultura psicanalítica” é a presença de um discurso psicologizante, e um vocabulário próprio (Figueira, 1985), que tem entre suas conseqüências a difusão de uma visão sobre a natureza do homem como uma representação do sujeito humano (ou uma “noção de pessoa”, nos termos de Mauss, ou “ordens simbólicas de definição-pessoa”, em Geertz) caracterizada por uma “Psicologização”. Esta, segundo Salem:

“... aponta para um movimento de individualização, interiorização e privatização dos sujeitos, de tal modo que estes se identificam como uma substância inteligível em seus próprios termos. Ou seja, o indivíduo se percebe fundamentalmente, como um sujeito psicológico: despojado de qualquer transcendência; ele se justifica segundo uma lógica interna a ele próprio. Decorre daí não só uma retórica fortemente centrada no individual e no idiossincrático, como também uma intensa disposição cultural de escrutínio e cultivo de cada *self*

por meio de uma alta sensibilidade para observar emoções, sentimentos e subjetividade” (Salem, 1989:25)<sup>29</sup>.

O vocabulário que expressa a presença dessa “cultura psicanalítica” e a visão de mundo que ela informa se faz presente no universo dos programas para a terceira idade, sobretudo pela presença de profissionais da área de Psicanálise e Psicologia, embora não exclusivamente. Na UnATI/UERJ, muitas atividades, ainda quando não desenvolvidas por esses profissionais, possuem um forte conteúdo psicológico ou estão respaldadas nessa visão de mundo psicologizante<sup>30</sup>. A principal característica dessas atividades, que também se apresenta com menos ênfase em quase todas as demais, é a possibilidade de discutir experiências de vida. Nelas, os alunos podem falar de suas experiências e discuti-las sobre uma base relativamente elaborada de conceitos e pressupostos oriundos das Ciências Psicológicas. O mais significativo em relação a essas atividades é que, por um lado, seus objetivos não deixam dúvida quanto à tentativa de generalizar seus respectivos códigos para expressar vivências individuais; por outro, a receptividade dos alunos sugere haver não apenas alguma eficácia no uso desses códigos, quanto existir, por parte deles próprios, uma predisposição a esta recepção.

A presença dessa visão de mundo “psicologizante” na UnATI/UERJ tem múltiplas conseqüências. Em primeiro lugar, representa uma tendência a “sub-



jetivar” a velhice para, em seguida, torná-la um “dado” controlável. Ou seja, expressa, ao mesmo tempo em que estimula, uma tendência a “identificar” a velhice com uma dimensão subjetiva que constituiria um espaço duplamente significativo, tanto para os *experts* quanto para os alunos. Para os primeiros, essa dimensão subjetiva, devidamente mapeada por suas ferramentas teóricas, possibilita uma leitura da “velhice” de cada pessoa, e se transforma no espaço de intervenção dos diferentes “tratamentos” para tais “velhices”. Paralelamente, os alunos veriam tal dimensão como constitutiva de suas identidades individuais e uma ferramenta a mais para a gestão da experiência de envelhecer.

O efeito imediato e de maior alcance dessa tentativa é a difusão de normas e critérios de validação da “terceira idade” e da negação que esta promove da velhice. O discurso “psicologizante” veiculado nessas atividades fornece uma matriz, que tem como principal pressuposto a idéia de que, ao contrário do corpo, a *psique* humana não envelhece. Logo, sentir-se jovem é ser jovem, e ser jovem implica expressar constantemente um sentimento de juventude. Essa matriz dá coerência e consistência à “terceira idade”, pois articula representações do que seria a velhice<sup>31</sup> com a forma como os alunos vivem sua experiência de envelhecimento cotidianamente. O próprio formato das atividades – discussões sobre as experiências vividas pelos alunos – faz com que os pressupostos do discurso psicologizante apareçam

como um ordenador dos sentimentos envolvidos nessas experiências.

Não se trata, no entanto, de afirmar que o discurso acionado durante essas atividades seja determinante do comportamento dos alunos, mas sim de que ele fornece uma “gramática” de desempenho de comportamentos. O comportamento dos alunos não é “determinado” por essa gramática, mas é resultado de sua manipulação. Essa matriz, ou “teia de significados”, permite que determinadas ações dos alunos sejam “compreendidas” pelos colegas e pela equipe (e por cientistas sociais). O que aqui nos interessa destacar é que esta matriz permite que o modo como os alunos se comportam rotineiramente na UnATI/UERJ seja apropriado como um veículo para construção/expressão de suas identidades individuais.

## **7. Conclusão**

Com a idéia de “terceira idade”, a velhice (categoria científica e fenômeno natural) se dissolve no comportamento dos “novos velhos”, e ganha coloridos e significados que destoam de seus estereótipos, e das imagens construídas pelo discurso da Gerontologia. A idéia de que a velhice é um investimento cultural sobre um processo biológico faz parte desses novos modelos de gerir a experiência de envelhecimento que se “desnaturaliza” e, tornando-se maleável, passa a ser vivida como um estilo de vida. A experiência de envelhecimento tende a ser vista como uma opção

individual frente a um leque variado de produtos e serviços, e não mais uma imposição inexorável do passar dos anos. Essa visão permeia cada vez mais as práticas dos que envelhecem, as disciplinas que se voltam para seu estudo e as iniciativas destinadas à população idosa. Ao mesmo tempo, surgem cada vez mais recursos e discursos para negação dos efeitos do envelhecimento.

Na Europa, no final do século passado e início deste, se inicia a modalidade científica e disciplinar recente de discurso sobre a velhice, inicialmente ligado à medicina, e que se consolida através de duas disciplinas: a Geriatria e a Gerontologia. A primeira, como especialidade médica, tem como objeto o envelhecimento fisiológico; e a segunda, que em vários países engloba a Geriatria como um de seus ramos, se propõe a entender e atender a velhice em seus diferentes aspectos: sociais, psicológicos, existenciais e políticos. Desde seu surgimento, esse discurso disciplinar possui pressupostos como o de que a velhice é uma experiência homogênea e universal, juntamente com uma tendência a alternar imagens positivas ou negativas da velhice, com as quais negociar com seus diferentes interlocutores, não apenas indivíduos idosos, mas o Estado, a sociedade, a academia e, recentemente, com um mercado de consumidores de bens e serviços relativos ao envelhecimento. Outra característica importante é que esse discurso afirma simultaneamente um campo de saber e de intervenções, cujos alvos são: o indivíduo e a sociedade, o corpo individual e o homem espécie.

Tais pressupostos são atualizados de forma significativa na instituição onde se desenvolveu esta investigação, uma vez que ela fundamenta sua legitimidade por sua relação com a universidade e, portanto, como representante do saber acadêmico e científico. Parte dos dilemas que enfrenta se refere às suas aspirações de instituição de caráter acadêmico, voltada à produção de conhecimentos, ao mesmo tempo em que oferece atividades que mobilizam um contingente significativo de idosos. Sua imagem externa preza a ênfase nesse aspecto acadêmico, mas seu papel junto à Universidade e à comunidade depende em grande parte de seu sucesso como um programa de prestação de serviços, ou, dito de outra forma, como fornecedor – na condição, ao mesmo tempo modesta e pretensiosa, de “centro de referência” – de uma “tecnologia” que responda aos problemas da velhice, em nível individual e coletivo.

Na época moderna, a produção sistemática de conhecimentos sobre a vida cotidiana a desloca dos eixos da tradição (Giddens, 1991a; Giddens, 1991b; Giddens, 1993; Giddens, 1997). Conhecimentos de caráter técnico ou científico progressivamente substituem as tradições como definidores dos comportamentos. O mundo do trabalho, primeiro e de modo mais intenso; depois a família, como demonstra Lasch (1991) e, finalmente, a intimidade das pessoas passam a ser descritos e prescritos por esses saberes técnicos ou sistemas peritos (Giddens, 1991a; Giddens, 1991b). A modalidade científica moderna de reflexão sobre

a velhice, corporificada especialmente na Gerontologia, estaria de certa forma desempenhando este papel em relação à velhice, ocupando o “vácuo” criado pelo declínio da influência da tradição sobre os modos de gerir a experiência de envelhecer, através dos programas para a terceira idade.

Na UnATI/UERJ, no entanto, seus *experts*, ao se utilizarem de um discurso que enfatiza o controle e a negação da velhice através de uma “tecnologia” gerontológica própria – ainda que apenas vagamente formulada e compreendida – vão ao encontro do uso que fazem os alunos de sua participação na instituição. O convívio com os alunos em sala de aula nos permite compreender que os alunos buscam no “consumo” do saber que lhes é oferecido, ou mesmo na possibilidade mesma de participar de um espaço caracterizado pelo “saber”, não apenas uma “tecnologia” de “envelhecimento adequado”, mas subsídios para uma construção auto-reflexiva de suas identidades. A mídia e o discurso científico sobre a velhice e o envelhecimento contribuem para desconstruir imagens e estereótipos sobre a velhice e coincidem ao propor uma representação da velhice como uma responsabilidade individual. Participar das atividades da UnATI/UERJ representa a escolha de um modo de gerir a experiência de envelhecer e o exercício dessa responsabilidade individual.

No universo investigado, essa sensibilidade é vivida através de um código: de comportamento, de expressões corporais e, sobretudo, de expressões

de subjetividade, através do qual as experiências de envelhecimento individuais podem ser partilhadas e negociadas, em um contexto marcado pelo declínio dos modelos tradicionais de gerir a experiência de envelhecer e pelo surgimento de um discurso científico sobre a velhice e o envelhecimento.

Uma das manifestações mais visíveis do (des)encontro entre o que é oferecido pela instituição e seus profissionais, ora implicitamente, ora de forma explícita – o saber gerontológico (e suas pretensões sobre o que deveria ser um “envelhecimento adequado”) – e o que buscam e esperam os alunos, é a repetição contínua, por parte dos alunos, de uma narrativa sobre o significado da UnATI/UERJ em suas vidas. Essas narrativas são um manifesto de adesão à UnATI/UERJ, enfatizando o valor e o significado positivo atribuído à participação em suas atividades sobre a forma como os alunos vivem sua experiência de envelhecer, em contraposição à forma como viviam antes da UnATI/UERJ, ou viveriam sem ela. Essas manifestações são “autenticadas” pelo conteúdo subjetivo que as acompanha. Os alunos tanto afirmam verbalmente quanto se esforçam por demonstrar em suas atitudes entusiásticas o nexo causal entre participar das atividades da UnATI/UERJ e poder experimentar um “envelhecimento adequado”. E o fazem através de um código próprio que permite que seus enunciados sejam compreendidos e partilhados com os profissionais e demais alunos.

Ao utilizar o discurso da Gerontologia – bem como de outras disciplinas, em particular a Psicologia – para orientar sua concepção e suas práticas, os profissionais da UnATI/UERJ acionam uma visão de envelhecimento que dá ênfase à subjetividade como dimensão privilegiada do controle do envelhecimento. Guardadas as devidas proporções, a *biologização da velhice*, herança dos primórdios da reflexão científica disciplinar sobre a velhice, e atualizada recentemente em discursos como o da “medicina ortomolecular”, teria como equivalente na UnATI/UERJ uma *psicologização da velhice*, que acaba por determinar uma “gramática” para esse código de comportamento. Ao expressar vitalidade, felicidade, satisfação, alegria, e tudo o mais que possa demonstrar algo como um “enfrentamento bem-sucedido da velhice”, os alunos estão se servindo de um instrumento de reforço cotidiano de alianças e de confiança mútua com os profissionais da UnATI/UERJ. Ao mesmo tempo, reforçam o ideal “gerontofóbico” da instituição e a crença de que é possível envelhecer sem ficar “velho”. Esse instrumento de *confiança ativa* (Giddens, 1997) faz com que os *experts* se sintam realmente *experts* e os idosos como “não-velhos”.

## Referências bibliográficas

- ARIÈS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- . Une histoire de la vieillesse? *Le Continent Gris: Communications*. Paris: Seuil, 1983.

- ASSIS, D. de. Trabalho social com idosos no SESC de São Paulo, realizações e perspectivas. *Cadernos da Terceira Idade* 4:37-39, 1979.
- ATTIAS-DONFUT, C. Clubes para pessoas idosas: nascimento de uma nova força social. *Cadernos de Lazer* 3:1-10, 1976.
- . Seminário de estudos sobre a terceira idade. *Cadernos da Terceira Idade* 3-a:1-52, 1979a.
- . Seminário de estudos sobre a terceira idade: 2ª parte. *Cadernos da Terceira Idade* 3-b:1-54, 1979b.
- . Lazer e aposentadoria: aspectos conceituais. *Cadernos da Terceira Idade* 5:7-10, 1980.
- . La génération, mythe, symbole, concept. *Génération, Annales de Vaucresson* 30:79-92, 1991.
- BARROS, MML de. Testemunho de Vida: Um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: Barros, MML (ed.). *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.
- BEAUVOIR, S. *La Vieillesse*. Paris: Gallimard, 1970.
- BENOIT-LAPIERRE, N. Guérir de la vieillesse. *Le Continent Gris: Communications*. Paris: Seuil, 1979.
- BERGER, P. Para um compreensão sociológica da Psicanálise. In: Figueira, SA. (org.). *A Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na Psicanálise. In: Veras, RP (ed.). *Terceira Idade: Um Envelhecimento Digno para o Cidadão do Futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ/UnATI, 1995.
- BOURDIEU, P. O campo científico. In: Ortiz, R. (org.). *Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática, 1983.
- . *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.



- . *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso*. Brasília: Secretaria de Assistência Social, 1996.
- CALDAS, CP. A produção social da velhice (Série *Estudos em Saúde Coletiva* 29). Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992
- CAMARGO, K & VERAS, R. Idosos e universidade: Parceria para qualidade de vida. In: Veras, RP (org.). *Terceira Idade: Um Envelhecimento Digno para o Cidadão do Futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ-UnATI, 1995.
- CANÔAS, CS. *A Condição Humana do Velho*. São Paulo: Cortez, 1985.
- CAVAN, R. *Family Tensions between the Old and Middle-aged*. Springfield: Thomas Publishing Co., 1965.
- COHEN, L. Não há velhice na Índia: os usos da Gerontologia. In: Debert, GG. *Antropologia e Envelhecimento*. Campinas: UNICAMP / IFCH, 1994.
- . Old Age: Cultural and critical perspectives. *Annual Review of Anthropology* 23:137-58, 1996.
- COLLADO, A. *Efectos no deseados del processo de envejecimiento de la sociedad española*. Barcelona, n. 48/49, p. 199-209, s/d.
- COWGIL, D O & HOLMES, LD. *Aging and Modernization*. Nova York: Appleton-Century-Crofts, 1972.
- CUMMING, H & HENRY, W. *Growing Old*. Nova York: Appleton Century-Crofts, 1961.
- CUNHA, RV da. Introdução. In: *Envelhecimento e Gerontologia*. São Paulo: Instituto Sedes Sapientiae, 1976.
- . Educação permanente como perspectiva da integração

- social do idoso. *Cadernos da Terceira Idade* 6:7-8, 1980.
- DEBERT, Guita Grin. Envelhecimento e representações sobre a velhice. *Ciência Hoje*, vol. 8, 44:60-68, 1988.
- . Família, classe social e etnicidade: Um balanço da bibliografia sobre a experiência de envelhecimento. *BIB (ANPOCS)* 33:33-49, 1992.
- . O discurso gerontológico e as novas imagens do envelhecimento. Campinas (mimeo), 1993.
- . Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: Debert, GG (ed.). *Antropologia e Envelhecimento*. Campinas: UNICAMP/IFCH, 1994a.
- . Gênero e envelhecimento. *Estudos Feministas* 2:3-51, 1994b.
- . & SIMÕES, JA. A aposentadoria e a invenção da terceira idade. In: DEBERT, GG (ed.). *Antropologia e Envelhecimento*. Campinas, UNICAMP/IFCH, 1994.
- . A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 12:39-56, 1997.
- DRAIBE, Sônia. O *Welfare-State* no Brasil: Características e perspectivas. *Ciências Sociais Hoje*, 29-61, 1989.
- DUARTE, LFD. A pesquisa em Ciências Sociais e um fantasma psicológico. *Religião e Sociedade* 11/2:184-191, 1984a.
- . Grupo e Singularidade: Um reflexões antropológicas sobre um texto de Freud. *Religião e Sociedade* 11/2:138-145, 1984b.
- DUMAZEDIER, J. *Sociologia Empírica do Lazer*. São Paulo: Perspectiva, 1979.
- ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora em Inglaterra*. Porto: Afrontamento, 1975.
- FEATHERSTONE, M. O curso da vida: corpo, cultura e

- imagens do processo de envelhecimento. In: Debert, GG (ed.). *Antropologia e Velhice*. Campinas: UNICAMP / IFCH, 1994.
- FIGUEIRA, S. *O Contexto Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.
- . Introdução. Psicologismo, Psicanálise e Ciências Sociais na ‘cultura psicanalítica’: Modernização, família e desorientação. Uma das raízes do psicologismo no Brasil. In: Figueira, SA (ed.). *A Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- FORTES, M. O ciclo de desenvolvimento do grupo doméstico (*Textos de Aula – Antropologia*, 6). Brasília: Universidade de Brasília, s/d.
- FOUCAULT, M. *A História da Sexualidade 1. A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- . *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- . *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FRUTUOSO, DLF. A terceira idade na universidade: estudo do campo de representação. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Educação / UFRJ (mimeo), 1996.
- GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- GIDDENS, A. The sequestration of experience. In: Giddens, A. *Modernity and Self-identity*. Cambridge: Polity, 1991.
- . *As Conseqüências da Modernidade*. São Paulo: UNESP, 1991b.
- . *A Transformação da Intimidade: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas*. São Paulo: UNESP, 1993.
- . A vida em uma sociedade pós-tradicional. In: Beck,

- U; Giddens, A & Lash, S. *Modernização Reflexiva*. São Paulo: UNESP, 1997.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GROISMAN, D. Asilo de velhos. In: Reunião da Associação Brasileira de Antropologia, *Anais*, 1998.
- GUALLIMARD, A-M. Les politiques de la vieillesse. In: *Le Continent Gris: Communications*. Paris: Seuil, 1986.
- GUEDES, NM. Participação da Universidade Federal de Santa Catarina na questão social da velhice. *Temas Sociais* 22:13-26, 1990.
- GUERREIRO, P. *A experiência de envelhecimento e a Universidade para Terceira Idade da PUCCAMP*. Monografia apresentada ao IFCH / UNICAMP (mimeo), 1993.
- GUGGENHEIN, S. & PACE, N. Encontros com a Psicologia. In: Sayd, J. (ed.). Seminário de Preparação para a Aposentadoria, *Anais*, v. 2, 1996.
- HADDAD, EGM. *A Ideologia da Velhice*. São Paulo: Cortez, 1986.
- KAPLAN, M. *Leisure in America*. Nova York: Wiley, 1960.
- KATZ, S. *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville: Virginia University, 1996.
- KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1990.
- LASCH, C. *Refúgio num Mundo sem Coração, a Família: Santuário ou Instituição Sitiada?* São Paulo: Paz e Terra, 1991.
- LENOIR, R. L'invention du 'Troisième âge: Constitution du champ des agents de gestions de la vieillesse. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 26/27: 57-82, 1979.

- . Objet sociologique et problème social. In: Champagne, P. et al. *Initiation a la Pratique Sociologique*. Paris: Dunond, 1990.
- MANNHEIM, K. O problema sociológico das gerações. In: Forrachi, MM (ed.). *Mannheim*. São Paulo: Ática, 1982.
- MAUSS, M. Une catégorie de l'esprit humain: La notion de personne d'elle de moi. In: Mauss, M. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF, 1973.
- MEAD, M. *Coming of Age in Samoa*. Nova York: The New American Library, 1949.
- METCHINIKOFF, E. Introduction à l'étude scientifique de la vieillesse. In: *Étude sur la nature humaine*. Paris: A. Maloine et Fils Editeurs, 1917.
- MOTLIS, J. *La Vejez y sus Múltiples Caras*. Israel: Aurora, 1988.
- MOTTA, E. Envelhecimento social. *Temas Sociais* 22:25-57, 1990.
- MOTTA, F de M. Velha é a vovozinha: A faceirice como identidade de mulheres na velhice. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (mimeo), 1990.
- NERI, AL. *Envelhecer num País de Jovens: Significados de Velho e Velhice segundo Brasileiros não Idosos*. Campinas: UNICAMP, 1991.
- NUNES, MB de ML. Profissões e mundos sociais: O caso da Psicanálise nos Estados Unidos. *Anuário Antropológico* 85:3-223, 1986.
- OLIVEIRA, RC de. *Identidade, Etnia e Estrutura*. São Paulo: Pioneira, 1976.
- PATARRA, N. Transição demográfica, novas evidências, velhos desafios. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais* 11:27-37, 1994.

- PEIXOTO, C. A sociabilidade dos idosos cariocas e parisienses: A busca de estratégias para preencher o vazio da inatividade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 10:138-149, 1995.
- . De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: Veras, RP (ed.). *Terceira Idade: Desafios para o Terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UERJ-UnATI, 1997.
- PEREIRA, JV. Educação para a participação. *Cadernos da Terceira Idade* 6:9-12, 1980.
- PRATA, LE. Os programas especificamente destinados à 3ª Idade. In: *O Idoso na Grande São Paulo*. São Paulo: SEADE, 1990.
- REBOUÇAS, CM de Paula. Programas para terceira idade: Alternativa de mudança da imagem social. *Mente Social* 2: 41-52, 1996.
- . Influência de grupos de convivência da terceira idade sobre a mudança de atitude de seus membros em relação à velhice. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Gama Filho (mimeo), 1996.
- RODRIGUES, LC. *Rituais na Universidade. Uma Etnografia da UNICAMP*. Campinas: UNICAMP / IFCH / Centro de Memória, 1997.
- SÁ, JLM de. *A Universidade da Terceira Idade da PUCCAMP: Proposta e Ação Inicial*. Campinas: Universidade Católica de Campinas, 1991.
- SALEM, T. Famílias em camadas médias: Uma perspectiva antropológica. *BIB (ANPOCS)* 21:25-39, 1986.
- . O casal igualitário: Princípios e impasses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 3:24-37, 1989.
- . A 'desposseção subjetiva': Dos paradoxos do individualismo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 7:62-77, 1993.

- SALGADO, MA. Escola aberta para idosos: Uma nova abordagem sócio-educativa. *Cadernos da Terceira Idade* 1:19-24, 1977.
- . *Velhice, Uma Nova Questão Social*. São Paulo: SESC, 1982a.
- . O significado da velhice no Brasil: Uma imagem da realidade latino-americana. *Cadernos da Terceira Idade* 7:7-13, 1982b.
- . Gerontologia social: Teorias do envelhecimento. *Temas Sociais* 22:1-8, 1990.
- SAN ROMAN, T. *Vejez y Cultura: Hacia los Limites del Sistema*. Barcelona: Fundación Caja de Pensiones, 1989.
- SANT'ANA, MJG. UnATI, a velhice que se aprende na escola: Um perfil de seus usuários. In: Veras, RP (ed.). *Terceira Idade: Desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará / UnATI-UERJ, 1997.
- SANTOS, TC dos. Psicologismo e mudança social. *Physis* 1:77-111, 1991.
- SECCO, CLTR. As rugas do tempo nas dobras do literato. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Letras / UFRJ (mimeo), 1992.
- SIMMONS, Leo. *The Role of the Aged in Primitive Societies*. New Haven: Yale University Press, 1945.
- STUCCHI, D. Os programas de preparação para aposentadoria e o remapeamento do curso da vida do trabalhador. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas / UNICAMP (mimeo), 1994.
- TEIXEIRA, A. Do seguro à seguridade: A metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro (*Texto para Discussão*, 249). Rio de Janeiro: UFRJ /

- Instituto de Economia Industrial, 1990.
- THOMPSON, P. 'I don't feel old': Subjective ageing and the search for meaning in later life. Mestrado em Sociologia da UFRJ (mimeo), 1991.
- UNESCO. Un plan mundial de acción. *El Correo de la UNESCO* 10:32-34, 1982.
- UNITED NATIONS. *Report of World Assembly on Aging*. Nova York: United Nations, 1982.
- . *Aging and the Family*. Nova York: Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1994.
- UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Universidade Aberta da Terceira Idade. *Instituto da Terceira Idade: proposta de criação*. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, 1996.
- VELHO, G. *Individualismo e Cultura: Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- . *Subjetividade e Sociedade, Uma Experiência de Geração*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- . *Projeto e Metamorfose, Antropologia das Sociedades Complexas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.
- WASHINGTON, ML. Educação permanente na terceira idade. *Cadernos da Terceira Idade* 6:13-15, 1980.

## Notas

\* Mestre em Antropologia Social pela UNICAMP e Especialista em Envelhecimento e Saúde do Idoso pela ENSP/FIOCRUZ, pesquisador da UnATI/UERJ.

<sup>1</sup> Este texto corresponde a uma condensação dos principais aspectos discutidos na minha dissertação de mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UNICAMP, em



1999, com o título: *A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade: a UnATI/UERJ*.

<sup>2</sup> O termo “terceira idade”, de acordo com diversos autores, surge no final dos anos 60, na França, para expressar novos padrões de comportamento de uma geração que se aposenta e envelhece ativamente. O conjunto de representações em torno do termo aponta para uma forma de envelhecer de modo ativo, associada ao lazer, à autonomia e à auto-satisfação. A “terceira idade” tende a ser vista, tanto pelos *experts* no tema quanto pelos próprios idosos, como uma nova forma de viver a velhice ou como uma nova etapa da vida que se intercalaria entre a idade adulta e a velhice propriamente dita.

<sup>3</sup> Os assim denominados “programas para a terceira idade”, apesar das suas diferentes propostas voltadas para um público acima de 50 ou 60 anos (em alguns casos menos de 50), têm como principal característica a atenção ao idoso não-institucionalizado, baseada no lazer e na ocupação do tempo livre. Representam um espaço no qual o convívio e a interação com e entre os idosos permitem a construção de laços simbólicos de identificação, e onde é possível partilhar e negociar os significados da velhice, construindo novos modelos de envelhecimento. Sobre a adesão dos idosos e a possibilidade de constituição de novas identidades sociais, ver Debert (1994b e 1994c), Attias-Donfut (1976) e Rebouças (1996). Para um levantamento desses programas em São Paulo, ver Prata (1990).

<sup>4</sup> As primeiras iniciativas para a formação de gerontólogos no país datam da década de 70. O Instituto Sedes Sapientiae iniciou um curso para a formação de Gerontólogos Sociais em 1979, após ter realizado, em 1975, um seminário de Gerontologia que contou com a participação de 30 profissionais. Desse seminário surgiu o Centro de Gerontologia Social (Cunha, 1976).

Em 1978, o SESC promoveu um seminário, que contou com a participação da socióloga francesa Claudine Attias-Donfut, e que se repetiu no ano seguinte para técnicos do SESC (Assis, 1979). O objetivo desses cursos era suprir as deficiências de formação na área de Gerontologia no país.

<sup>5</sup> Estratégias de atenção à população idosa podem ser encontradas em um conjunto disperso de iniciativas, desde o início do Estado Brasileiro, se for considerada, por exemplo, a política previdenciária (Teixeira, 1990). Porém, falar em políticas sociais para a velhice, no mesmo sentido em que se fala de política de habitação ou política de saúde, supõe uma integração e articulação, que teria se iniciado recentemente, resultado do esforço dos *experts* em transformar a velhice numa questão pública. Uma política social voltada para idosos, que considere que esse grupo etário possui especificidades que o tornam distinto da população de modo geral, é recente no país, e se acelera a partir da década de 70, coincidindo com a intensificação do papel do Estado como agente promotor de bem-estar social. Embora o modelo de intervenção estatal, que se convencionou chamar de Estado de Bem-Estar ou Estado Protetor, não seja uma noção plenamente adequada à realidade brasileira (Draibe, 1989).

<sup>6</sup> Um campo científico é, de acordo com Bourdieu (1983, cap. IV; 1987, caps. II e IV; 1989, caps. I e III), um espaço de disputas onde são expressas relações de força. Essas forças provêm de posições conquistadas e capital acumulado, adquiridos em disputas anteriores. Nas suas palavras (1983:122-123): “O campo científico, enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nesta luta é o monopólio da autoridade científica, definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quiser-

mos, o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado”.

<sup>7</sup> Esse processo se deu como parte de um movimento de representação científica do homem, sobre o qual afirma Duarte (1984b:143-144): “Como veríamos, o Homem só se apresentou como objeto de um investimento científico a partir do momento em que se o encarou sob a forma – literalmente transposta das Ciências Naturais – de uma ‘espécie’ composta de ‘indivíduos’ desnudados das qualificações culturais tradicionais e assim apresentados à análise tão iguais entre si como são iguais dois sapos da mesma ‘espécie’ sob a lupa e o bisturi de um biólogo vivissecante”.

<sup>8</sup> A distinção entre uma “fase” científica e uma fase disciplinar é aqui utilizada de forma analítica e não histórica.

<sup>9</sup> Metchnikoff recebeu naquele ano o Prêmio Nobel de Medicina por seus estudos sobre fagocitose ao mesmo tempo em que idealizava uma teoria explicativa do envelhecimento, segundo a qual este seria uma consequência de intoxicação crônica do organismo causada por micróbios que produzem putrefação progressiva no interior do intestino. Ver Metchnikoff (1917).

<sup>10</sup> Uma das passagens mais significativas no reconhecimento dessa dimensão social da velhice é a introdução de fatores sociais como elementos causais determinantes das condições e do modo como se envelhece em uma determinada sociedade. Um dos marcos dessa passagem pode ser localizado nos anos 40, no trabalho de Leo Simmons (1945), em que o autor, investigando os arquivos etnográficos da Universidade Yale (Human Relations Area Files),

selecionou 71 sociedades, modernas ou da Antigüidade, classificadas por variáveis culturais e ambientais – como o clima e o meio ambiente físico, a economia, a organização social e política, crenças e rituais, entre outras – para depois agrupá-las em tipos de sociedades, correlacionando-as então com o *status* dos idosos e o tratamento a eles dispensados em cada sociedade. A perspectiva exemplificada no trabalho de Simmons, ao incorporar elementos de ordem sociocultural, se esforça por demonstrar como a velhice deixa de ser uma questão apenas da esfera privada ou familiar, sendo igualmente conseqüência do modo de organização da sociedade, permitindo assim que se postule uma dimensão pública de intervenção.

<sup>11</sup> Para uma resenha da mudança dessa perspectiva no discurso gerontológico, ver Debert (1993).

<sup>12</sup> Burgess (1960) *apud* Debert (1992), por exemplo, pensa a velhice nas sociedades modernas pela ausência de papéis (*roleless role*).

<sup>13</sup> Dentre os desenvolvimentos mais significativos da perspectiva que correlaciona velhice e modernidade, um dos mais importantes foi a assim denominada “Teoria da Modernização”, formulada por Cowgill e Holmes, em um Congresso preparado por eles, em 1966, para discutir o impacto da modernização em sociedades tradicionais. As discussões desse Congresso foram publicadas por ambos em 1972 (Cowgill & Holmes, 1972). Nessa obra, os autores estabelecem uma revisão das teorias então usuais em Antropologia e, a partir das conclusões do Congresso, formulam suas próprias propostas teóricas. O objetivo dos autores era estabelecer generalizações sobre os processos de mudança que ocorreriam em todas as sociedades na medida em que estas se modernizam, que teriam, invariavelmente, como conseqüência, a perda de *status* para os idosos. Com um enfoque evolucionista, esses

autores aplicam a tipologia tradicional/moderno, que tomam de empréstimo às Ciências Sociais e Econômicas, para estudar as condições de vida dos idosos a partir do seguinte cenário: à medida que os Estados anteriormente colonizados pelo Ocidente vão sendo incorporados ao mercado mundial, um processo de modernização, com profundas repercussões, altera as estruturas sociais tradicionais. Os autores formulam então suas próprias previsões, de que, apesar da melhora geral nas condições de vida da população, ou parte dela, o *status* social dos idosos declina na mesma proporção e velocidade com que as sociedades se modernizam (Cowgill & Holmes, 1972 *apud* Cohen, 1994; San Román, 1989).

<sup>14</sup> Nessa narrativa, frente ao declínio do padrão familiar baseado em unidades domésticas multigeracionais – dentro das quais os idosos, supostamente, teriam sido membros privilegiados, personalidades sociais importantes e de prestígio (ou pelo menos poderiam contar com seus familiares para assisti-los na velhice) – e sua substituição pelo padrão de organização doméstica baseado na família nuclear moderna, esse espaço de assistência e de manutenção de papéis específicos para os idosos teria sido perdido. Além disso, invoca-se um passado mítico no qual a experiência de vida dos mais velhos permitiria-lhes acumular grande sabedoria. Isto, diante dos limites da transmissão oral de conhecimento, fazia deles grandes “contadores de história”, figuras centrais e de grande importância na comunidade. Com a decadência da forma oral de transmissão de conhecimentos, e sua superação pela moderna comunicação de massa, os idosos teriam perdido sua condição de guardiães do saber, deixando de exercer a tarefa de transmitir conselhos aos mais jovens. Teria, com isso, se perdido o elo de ligação entre o passado e o presente. Nesse novo universo sem lembranças, as histórias dos idosos, assim como eles mesmos, não interessariam

a mais ninguém (Secco, 1992). Os idosos seriam associados à memória e à tradição e, por isso, marginalizados por uma sociedade que opõe, de forma hierárquica, o novo ao velho, o moderno ao tradicional. Isto agravado pela perda do valor de uso dos corpos dos trabalhadores. Velhice, como sinônimo de incapacidade para o trabalho, significaria, nas modernas sociedades, inutilidade e marginalização.

<sup>15</sup> Desde de que surgiu, a Gerontologia tem espelhado em suas práticas e representações modos antagônicos de pensar a velhice e o envelhecimento. Um primeiro “modelo”, que Lars Tornstam denominou “perspectiva da miséria” (*apud* Debert, 1993), desempenha um papel importante para a institucionalização da Gerontologia como um saber legítimo, capaz de propor a velhice e o envelhecimento como questões sociais urgentes, definindo demandas de políticas públicas. O mesmo autor identifica ainda outra perspectiva, na qual denomina o idoso “fonte de recursos” (*apud* Debert, 1993). Nessa perspectiva, partindo de pressupostos contrários ao da “perspectiva da miséria”, os estereótipos negativos relacionados à velhice e ao envelhecimento são abandonados em favor de uma imagem mais positiva, na qual os idosos aparecem como pessoas ativas, criativas, capazes de responder às transformações decorrentes da experiência de envelhecer.

<sup>16</sup> De acordo com esse autor, um processo de medicalização dos espaços institucionais determinou a substituição dos “asilos. Em relação à velhice, no entanto, segundo o mesmo autor, esse processo de medicalização não rompeu completamente como o modelo asilar, identificado com as instituições totais de Goffman (1992), persistindo até hoje, ainda que sob denominações como “lar dos idosos” ou “recanto para a terceira idade” (Groisman, 1998).

<sup>17</sup> O SESC, instituição criada em 1946, para servir como o braço para-estatal de serviço social no Brasil, patrocinou sua primeira atividade destinada a idosos não-institucionalizados em 1963, em São Paulo (Assis, 1979).

<sup>18</sup> Para considerações sobre ambas, ver: Debert (1993) e Attias-Donfut (1979a).

<sup>19</sup> Como exemplo dessas discussões, ver: Attias-Donfut (1979a e 1980); Salgado (1982b). Nessas discussões, as referências básicas dos autores são: Kaplan (1960) e Dumazedier (1979).

<sup>20</sup> A primeira UnATI teria sido criada por Pierre Vellas, em 1973, na Faculdade de Direito da Universidade de Toulouse. Para uma discussão geral sobre as UnATIs, ver Frutuoso (1996), Lenoir (1979) e Peixoto (1997).

<sup>21</sup> Parece não haver consenso quanto à primeira UNATI a surgir no país. A UNITI, da Universidade Federal de Santa Catarina, iniciou suas atividades em 1983, a partir da criação do Núcleo de Estudos da Terceira Idade (NETI) e se apresenta como a pioneira no meio universitário brasileiro, sendo, porém, seu modelo distinto em vários aspectos do modelo francês. Para uma apresentação desse trabalho junto aos idosos, ver: Guedes (1991). Ainda na década de 80, em parceria com o SESC, a PUCCAMP realizou um levantamento do perfil dos idosos na região de Campinas, dos recursos e programas assistenciais disponíveis para esta população, e, em 1990, criou a Universidade da Terceira Idade da PUCCAMP, a primeira a ser divulgada na mídia em caráter nacional, servindo de exemplo, juntamente com o Plano de Ação Mundial da ONU, e os exemplos franceses, para a implementação subsequente de várias outras UNATIs.

<sup>22</sup> A UnATI/UERJ é dividida em três módulos: Ensino e Desenvolvimento de Recursos Humanos;

Pesquisa e Extensão. Cada módulo é coordenado por uma Gerência.

<sup>23</sup> O aspecto simbólico da universidade tem um papel importante na dualidade: saber/lazer, não apenas para a instituição, mas também para seus alunos. Frutuoso (1996) e Guerreiro (1993) destacam o peso simbólico da Universidade como importante na opção por frequentar uma UNATI. A valorização da universidade no universo sócio-simbólico ao qual pertencem os alunos é comum, não apenas devido ao fato de uma parte desses alunos ter curso superior, mas também por terem filhos ou netos cursando, ou já tendo cursado, a universidade, opção normalmente associada ao saber e à possibilidade de ascensão social, profissional e mesmo existencial. Comparando as UnATIs francesas, predominantemente de classe média, com os Clubes para Terceira Idade, de caráter mais popular, Attias-Donfut (1976) identifica na distinção social um fator determinante da participação em um ou outro programa.

<sup>24</sup> Para um perfil desses alunos, ver Peixoto (1997) e Santana (1997).

<sup>25</sup> Assim, buscar uma demarcação para as fronteiras do grupo, unicamente, a partir de critérios como auto-identidade pode conduzir a distorções. Há na UnATI/UERJ alunos que se recusam a ser identificados, ou se identificarem, com a expressão “terceira idade”. Outros assim se denominam unicamente por participarem de um programa dessa natureza, e há aqueles que já se caracterizavam desse modo antes de frequentá-lo.

<sup>26</sup> Comentando o trabalho de Mannheim, Attias-Donfut (1991) critica-o principalmente quanto à efetividade do grupo geracional, que seria, para Mannheim, na perspectiva da autora, uma unidade mítica. Ariès (1983) utiliza a perspectiva de geração



para dar conta das transformações da experiência de envelhecer, que se mostram relacionadas às transformações da sociedade, sobretudo quanto às condições de vida, e diante do confronto com as formas de viver a experiência de envelhecer das gerações anteriores. A formulação da perspectiva de geração que se segue inspira-se em Velho (1989).

<sup>27</sup> Para resenha de alguns desses trabalhos, ver Salem (1986).

<sup>28</sup> Sobre o prestígio da Psicanálise no Brasil, em termos comparativos com os Estados Unidos e a Inglaterra, ver Figueira (1985) e Nunes (1986). Ver também Berger (1985).

<sup>29</sup> Sobre essa “psicologização” dos sujeitos, ver Velho (1989).

<sup>30</sup> No segundo semestre de 1997, as atividades mencionadas acima tiveram cerca de 125 inscrições. Se, por um lado, este número não pode ser um indicador preciso do interesse por essas atividades – uma vez que existem sempre menos alunos participando do que inscritos, assim como outros participam sem que se inscrevam –, sua relação com o número de vagas oferecidas (128) indica uma razoável procura. A demanda pelas atividades mais procuradas, como dança de salão, por exemplo, sempre excede o número de vagas oferecidas, formando-se uma “fila de espera”. No entanto, a grande maioria das atividades não preenche totalmente suas vagas.

<sup>31</sup> Representações que gozam de especial legitimidade, pois apresentadas em nome de um saber consolidado e de grande prestígio: as Ciências Psicológicas. São representações oriundas da Psicologia do desenvolvimento e da Psicanálise, mas que também estão ligadas aos estereótipos associados à velhice.

# Perfil da População Idosa no Brasil

Tereza Cristina Nascimento Araujo\*

Maria Isabel Coelho Alves\*\*

## Introdução

Até o final do século XX, a expectativa de vida da população terá aumentado em 20 anos. A longevidade é uma das grandes conquistas do século que se findou, juntamente com a queda da natalidade, vem determinando um drástico envelhecimento da população mundial. O envelhecimento das populações se iniciou em épocas distintas nos diferentes países e vem evoluindo segundo padrões igualmente distintos. Pode-se, no entanto, afirmar que, no curso de algumas gerações, a proporção de idosos, com idade de 60 anos ou mais, em termos mundiais, estará aumentando de, aproximadamente, de 1:14 para 1:4 habitantes” (ONU, 1999).

Cada vez mais, o tema do envelhecimento vem sendo abordado, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países do terceiro mundo. No Brasil, o envelhecimento da população é um fenômeno

relativamente recente e os estudos sobre o tema não são numerosos. Entretanto, os poucos estudos brasileiros têm apontado, de forma recorrente, que o processo de envelhecimento da população brasileira é irreversível – diante do comportamento da fecundidade e da mortalidade registrado nas últimas décadas e do comportamento esperado de ambas para as próximas décadas –, enfatizando a importância dos estudos sobre a população idosa.

O objetivo principal deste trabalho é apresentar um perfil dos idosos no Brasil, a partir de indicadores construídos com as informações de diversas fontes produzidas pela FIBGE. Para tal foram selecionados dados publicados, tomando-se como referência algumas dimensões tidas como relevantes no sentido de caracterizar as condições de vida dos idosos brasileiros. Para a seleção destas dimensões utilizou-se como referência básica um texto que compõe a página do *Bureau* do Censo dos EUA (na *Internet*): “Profile of Older Americans, 1997”.

## **A População Idosa**

Segundo projeção feita a partir dos dados do Censo Demográfico de 1980, a população idosa, aqui definida como a população de 60 anos<sup>1</sup> ou mais, alcançaria 12.674 milhões de pessoas em 1999. Representa ela assim 7,7% da população brasileira<sup>2</sup>, distribuída pelos seguintes grupos de idade:

60 - 64 anos	2,7
65 - 69 anos	2,0
70 - 74 anos	1,5
75 - 79 anos	0,9
80 anos ou +	0,7

Fonte: Estimativas e Projeções - DEPIS/FIBGE

Enquanto a população com menos de 20 anos cresceu 12% de 1980 a 1999, neste mesmo período a população idosa cresceu 70%, passando de aproximadamente 7,2 milhões para 12,6 milhões de idosos, um acréscimo, portanto, de 5,4 milhões de idosos.

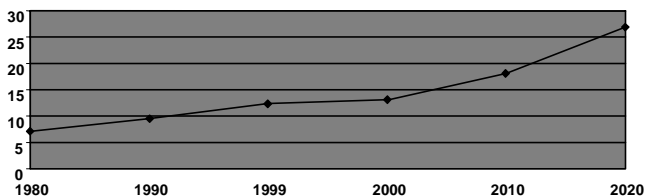
Em 1999, existiriam, portanto, 6,9 milhões de mulheres idosas e 5,7 milhões de homens idosos no Brasil, com uma razão de sexo de 1,2:1,0 mulheres/homens. Esta razão de sexo aumenta com a idade, variando de 1,18, para o grupo de 65-69, a 1,41 no grupo de 80 anos ou mais.

Desde 1940, a percentagem de brasileiros com 60 anos ou mais quase duplicou (4,1% em 1940 para 7,7% em 1999), e seu número absoluto aumentou aproximadamente 24 vezes (de 528,1 mil para 12,7 milhões).

Em 1999, as mulheres que alcançam a idade de 60 anos teriam uma expectativa média adicional de 19,3 anos de vida, enquanto os homens idosos de idade comparável teriam um adicional de vida menor – 16,8 anos.

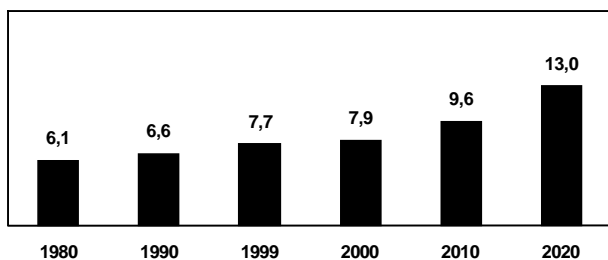
**Figura 1**

Número de pessoas com 60 anos ou mais: 1980 a 2020  
(números em milhões)



**Figura 2**

Proporção de idosos na população

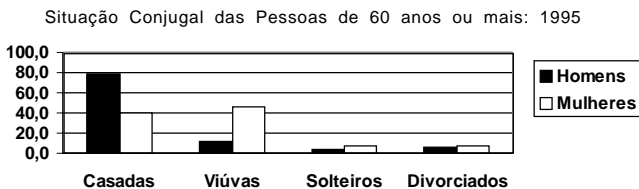


*Indicadores construídos com estimativas e projeções calculadas pelo Departamento de População e Indicadores Sociais da FIBGE.*

## Situação Conjugal

Em 1995, os homens idosos tinham mais chances de estar casados do que as mulheres – 79,1% para os homens, 40,5% para as mulheres. Metade de todas as mulheres idosas eram viúvas (45,6%). Havia cinco vezes mais viúvas do que viúvos.

**Figura 3**



**Quadro 1**

Pessoas de 60 anos ou mais por grupos de idade e sexo segundo a situação conjugal

	60-64 anos		65-69 anos		70+ anos	
	homens	mulheres	homens	mulheres	homens	mulheres
Casadas	84,7	53,8	81,8	47,5	72,6	26,6
Viúvas	5,2	30,1	8,4	39,1	19,3	60,8
Solteiros	3,8	6,5	3,8	6,9	3,3	7,7
Divorciados	6,4	9,5	6,0	7,4	4,7	4,9

*Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1995.*

## Cor

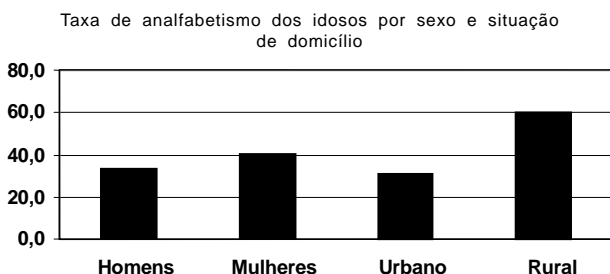
Em 1996, mais da metade (63,3%) dos idosos se declararam brancos, 35,6% pretos e pardos e menos de 1% amarelos.

Entre a população branca, os idosos representavam 9,7%. Já entre os pretos e pardos, a proporção de idosos alcançava 10,2% e 6,7%, respectivamente. Considerando as 650 mil pessoas de cor amarela apontadas pela PNAD, 15,3% delas tinham 60 anos ou mais.

## Educação

O grau de alfabetização dos idosos é baixo. Cerca de 37% dos idosos, em 1996, se declaravam analfabetos. As mulheres são analfabetas em maior proporção do que os homens, assim como os idosos que residem nas áreas rurais (comparativamente aos que moram nas cidades).

**Figura 4**



*Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1996.*

## Trabalho

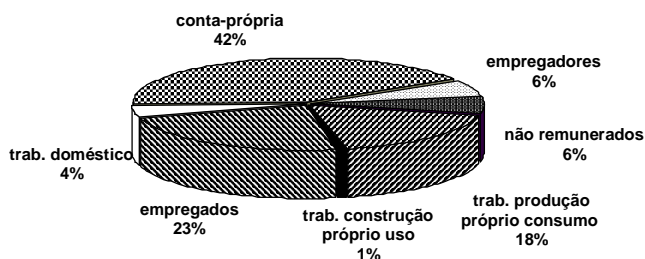
Aproximadamente 4,1 milhões de idosos estavam ocupados em 1996, dos quais 2,7 milhões eram homens e 1,3 milhões mulheres. Estas pessoas representavam cerca de 6% do total de idosos ocupados – 6,7% dos homens e 5% das mulheres.

Entre as pessoas ocupadas, em 1996, era maior a proporção de idosos no setor agrícola (12,7%) do que no setor não agrícola (3,8%).

A figura 5 mostra que 41,4% dos idosos trabalhavam por conta própria. As diferenciações por sexo são importantes, os homens trabalhando majoritariamente por conta própria e como empregados (49% e 29,4%, respectivamente) e as mulheres trabalhando na produção para o próprio consumo e por conta própria (35,1% e 26,1%, respectivamente). Também são expressivas as proporções de mulheres inseridas em trabalhos sem remuneração (14,6%) e como trabalhadoras domésticas (10,9%).

**Figura 5**

Proporção de idosos ocupados segundo a posição na ocupação



*Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1996.*

Entre os idosos que trabalhavam como empregados, 47,5% possuíam carteira de trabalho assinada (49,3% dos homens e 37,6% das mulheres). Quanto à contribuição previdenciária, apenas 22,5% dos ocupados contribuía, sendo que os homens o faziam em maior proporção do que as mulheres, com 26,8% e 13,8%, respectivamente.

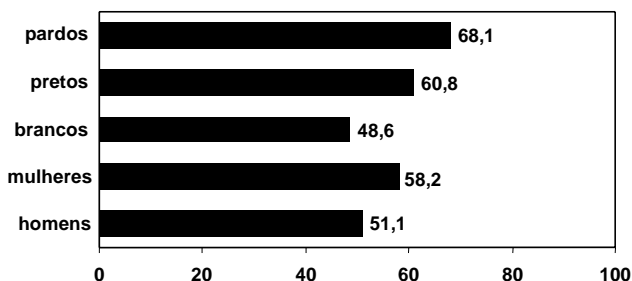


## Morbidade e Acesso aos Serviços de Saúde

Em 1997, 55% dos idosos afirmaram possuir um estado de saúde regular ou ruim (comparando com os 19,4% declarados pelo total da população). Observou-se pouca diferença entre homens e mulheres, mas a proporção de idosos pretos e pardos que declararam um estado de saúde regular ou ruim (60,8% e 68,1%, respectivamente) era significativamente mais elevada do que a dos brancos (48,6%).

**Figura 6**

Proporção de idosos que declararam um estado de saúde regular ou ruim segundo o sexo e a cor



Mais da metade das pessoas idosas referiram algum problema de saúde (53,3%). Muitos deles declararam ter alguma doença crônica (23,1%), enquanto que 19,2% dos idosos referiram múltiplas afecções, crônicas e não-crônicas.

Os problemas crônicos de saúde referidos pelos idosos com maior frequência foram: problemas do coração (16,8%), hipertensão (26,4%), proble-

mas ósteo-musculares (17,8%) e diabetes (11,9%). Também foram mencionados, embora com menor frequência, problemas respiratórios, digestivos e distúrbios neuro-psiquiátricos.

O idoso, de uma maneira geral, tem maior propensão a conviver com problemas de saúde, o que não necessariamente o incapacita física e emocionalmente. O indicador sobre “restrição de atividade devido a problemas de saúde” relaciona-se à capacidade de manutenção das atividades rotineiras, independente das condições de saúde. A existência de algum problema de saúde não necessariamente incapacita a pessoa para as atividades diárias, e, a despeito da existência de uma ou mais de uma afecções, existe a possibilidade de manter uma boa qualidade de vida.

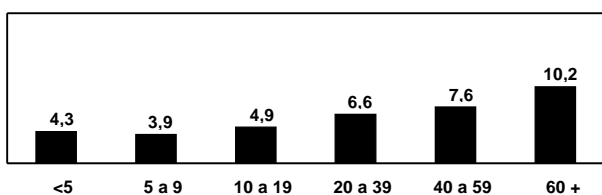
Dispomos por ora de poucas informações, no âmbito das pesquisas domiciliares, no sentido de construir um indicador sobre incapacidade. A Pesquisa sobre Padrões de Vida/ FIBGE fornece algumas informações que possibilitam a construção de uma *proxy* deste indicador: do total das pessoas idosas que relataram problemas de saúde, 34,1% delas deixaram de realizar as atividades normais em virtude deste problema.

Quando se considera o total de dias em que essas pessoas deixaram de realizar suas atividades normais, observa-se que, para o conjunto da população, a média é de seis dias por mês. Entretanto, este indicador está intimamente associa-

do à idade: na medida em que aumenta a idade, cresce o número médio de dias com restrição das atividades normais, chegando a 10 dias entre os idosos. Os homens e as mulheres idosas não apresentaram diferenças importantes em relação a este indicador (10,7 e 10,0, respectivamente).

**Figura 7**

Número médio de dias que deixou de realizar atividades normais

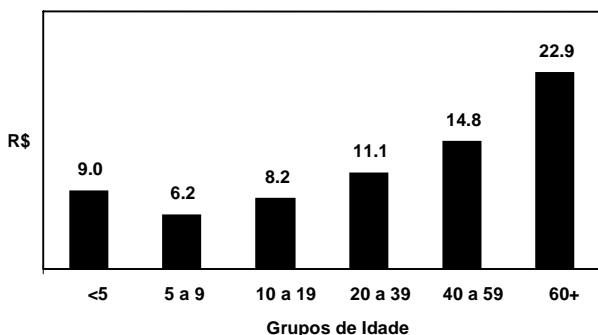


Os idosos procuraram os serviços de saúde com maior freqüência do que as pessoas dos demais grupos etários. Em 1997, 39,9% deles procuraram atendimento médico. A procura por motivo de doença crônica foi mais elevada do que por doenças não-crônicas (28,9% e 8,1%, respectivamente).

A prevalência das doenças crônico-degenerativas é muito acentuada entre os idosos, e entre as conseqüências da maior presença destas doenças neste grupo populacional destacam-se o maior tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e uma maior freqüência de reinternações e de invalidez. Todos estes fatos fazem com que o custo dos tratamentos de saúde das pessoas idosas seja mais elevado do que nas demais faixas etárias. De fato, considerando-se o gasto *per capita* com a

**Figura 8**

Gasto médio per capita segundo os grupos de idade  
(Valores em reais)



*Os indicadores foram construídos com base nas informações da Pesquisa sobre Padrões de Vida 1996/97 (PPV). As informações da PPV são representativas para o total das pessoas das regiões Nordeste e Sudeste do país.*

saúde, observa-se que o montante do gasto, em reais, aumenta progressivamente com a idade.

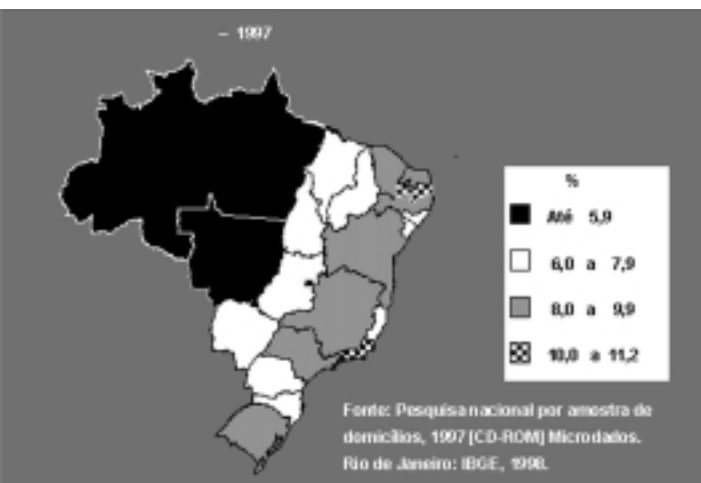
### **Distribuição Geográfica**

Em 1997, cerca de 75% das pessoas de 60 anos ou mais viviam em oito estados da federação. Em São Paulo viviam mais de 3 milhões, no Rio de Janeiro e Minas Gerais, cerca de 1,5 milhões em cada um, enquanto no Rio Grande do Sul e Bahia viviam, em cada um, aproximadamente 1 milhão de idosos.

As pessoas idosas representavam mais de 10% da população total em dois estados (Figura 9): Rio de Janeiro (11,2%) e Paraíba (10,6%).

**Figura 9**

Proporção de pessoas de 60 anos ou mais  
Brasil e UF's



*Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1997.*

Observa-se que a distribuição espacial da população idosa é concentrada nos estados onde a ocupação do território é mais antiga, próximo ao litoral, principalmente nos estados que possuem menores taxas de mortalidade infantil, uma expectativa de vida mais longa e, em alguns casos, como nos estados do Nordeste, onde ocorrem altas taxas de migração da população adulta para os demais estados.

### **Participação Social e Relações de Convivência**

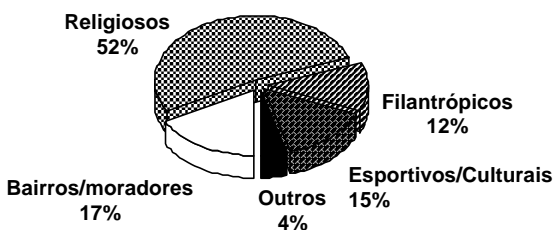
A dimensão da sociabilidade, que inclui as relações de convivência familiar e o estabelecimento

de vínculos sociais com a comunidade, comporta indicadores relevantes para qualificar a condição de saúde da população idosa. Muitos estudos têm sublinhado uma relação entre os vínculos sociais e o *status* de saúde do idoso, pois a existência destes laços possibilitaria uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, uma maior capacidade de sobrevivência para o idoso.

Parte desses vínculos se refere à participação do idoso em atividades relacionadas à vida na comunidade, tais como associações de moradores, religiosas e recreativas. Entre as pessoas de 60 anos ou mais, 24,7% delas estão associadas a órgãos comunitários, a maior parte deles constituída por associações religiosas (52,4%).

### Figura 10

Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade associadas a órgão comunitário, segundo o tipo de órgão comunitário



*Indicadores construídos com base nas informações da PNAD 1997 e nas informações da Pesquisa Mensal de Emprego (PME), de 1996. As informações da PME são representativas para o total das pessoas das regiões metropolitanas do país.*

As informações da PNAD mostram que mais de 85% dos idosos no Brasil vivem em domicílios onde

vivem outros parentes e que somente uma pequena parcela destes idosos (11,6%) vive sozinho ou com pessoas sem laço de parentesco. Estudos sobre transferências intergeracionais demonstram que os idosos contribuem, freqüentemente, com sua pequena aposentadoria para o orçamento domiciliar e desempenham um papel importante nas estratégias de sobrevivência do grupo doméstico.

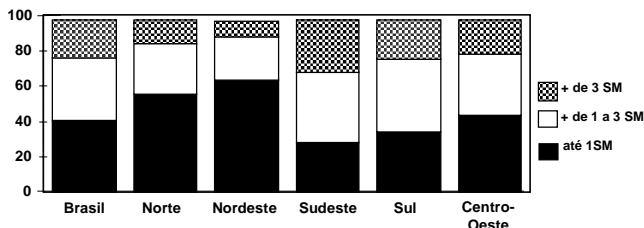
## Renda e Pobreza

A desigualdade de renda, flagrante na sociedade brasileira, está presente, também, entre os idosos. Segundo a PNAD de 1997, 40% dos idosos brasileiros têm uma renda familiar *per capita* de menos de 1 salário mínimo.

A região Nordeste apresenta os piores índices de pobreza. Nela, aproximadamente 63% dos idosos têm renda familiar *per capita* inferior a 1 salário mínimo. Os idosos das regiões Sul e Sudeste apresentam uma distribuição de renda mais favorável, embora ainda bastante desigual (Figura 11).

**Figura 11**

Proporção de idosos por classes de rendimento médio familiar *per capita* – Grandes Regiões – 1997



Uma conseqüência fundamental desta desigualdade de regra é o padrão de mortalidade da população idosa nos grandes centros urbanos. Esta apresenta, no grupo dos idosos de renda mais alta, características próprias de populações de países desenvolvidos –pequena relevância das doenças da pobreza (como a desnutrição ou a diarréia), observando-se ainda a redução nos riscos de mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Já no grupo dos idosos mais pobres, se mostram prevalentes as “doenças do subdesenvolvimento e da pobreza”, tais como a desnutrição, a diarréia e outras doenças infecciosas e parasitárias.

### **Referências bibliográficas**

- FIBGE. *Pesquisa Mensal de Emprego (PME)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1996.
- FIBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1995.
- FIBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1996.
- FIBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1997.
- FIBGE. *Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV)*. Rio de Janeiro: FIBGE, 1996/1997.
- ONU. *Programa para Preparação e Comemoração do Ano Internacional do Idoso*. Genebra: ONU, 1999.
- U.S. Census Bureau (*Internet*). *Profile of Older Americans*. 1997.



## Notas

\* Socióloga e Pesquisadora do Departamento de População e Indicadores Sociais da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (DEPIS/FIBGE)

\*\* Doutoranda em Epidemiologia do IMS/UERJ e Pesquisadora do DEPIS/FIBGE.

<sup>1</sup> Muitos autores têm utilizado a idade de 60 anos como ponto de corte para definir o “idoso”. Este corte foi utilizado, também, pela Organização Mundial de Saúde, em 1984, no “Relatório do Grupo de Especialistas sobre Epidemiologia e Envelhecimento”. Embora exista uma definição internacional neste sentido, muitos países utilizam idades mais baixas e mais elevadas do que 60 anos para definir os idosos, alguns deles definindo esta população de acordo com a idade em que a pessoa se torna elegível para a aposentadoria.

<sup>2</sup> As informações produzidas por estimativas e projeções populacionais tendem a ser mais conservadoras do que aquelas que são levantadas nas pesquisas censitárias ou amostrais. Segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), de 1997 – informação oficial mais recente – os idosos representavam, já neste ano, 8,7% da população brasileira, ou seja, 13,5 milhões de pessoas. A PNAD é uma pesquisa amostral realizada anualmente pela FIBGE em cerca de 100 mil domicílios, sendo representativa para o conjunto da federação, com exceção da área rural da região Norte do país.

# Automedicação na População Idosa do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/NERJ

Jane Dutra Sayd\*

Marcelo Cardoso Figueiredo\*\*

Michel Luciano H. Toledano Vaena\*\*

## Introdução e justificativa

O uso de drogas pela humanidade, com os mais diversos fins, é antiqüíssimo, e permanece como um ato, ainda hoje, repleto de conteúdos simbólicos, nas mais diversas culturas. A produção crescente, na sociedade ocidental contemporânea, de drogas terapêuticas sempre mais potentes e de custos crescentes impôs a necessidade de avaliação deste uso (Haaiger-Ruskamp & Hemminki, 1993). Pesquisas vêm sendo realizadas com o intuito de se conhecer melhor a motivação e os fatores a determinar a decisão de tomar remédios e a sua escolha, tanto por parte da pessoa que se auto-medica ou cumpre uma prescrição, quanto por parte do médico que prescreve.

Há, em princípio, uma racionalidade técnica, de base experimental ou empírica, a guiar o uso de drogas terapêuticas, que, freqüentemente, não é seguida, inclusive por profissionais médicos (Hulka & Wheat, 1989; Pepe & Veras, 1995). Considera-se que a utilização de critérios como o hábito, ou a aceitação

pouco crítica da propaganda da indústria farmacêutica, a atração pelo aparentemente novo, e mesmo a falta de conhecimentos atualizados induzem uma utilização inadequada de medicamentos. Esta utilização inadequada levaria ao aumento de complicações iatrogênicas evitáveis e a um custo desnecessariamente elevado para o tratamento de inúmeros problemas de saúde.

Paralelamente ao uso pouco criterioso da medicação, eventualmente praticado por médicos, o Brasil convive ainda com a falta de controle em todos os pontos da cadeia do consumo: desde a dificuldade na fiscalização do controle de qualidade, passando pela propaganda antiética e a distribuição de medicamentos já proscritos em seus países de origem, até um ponto crucial: o da venda no varejo de medicações de valor reconhecido, mas também de produtos de eficácia duvidosa, baseada em tradições populares, e ainda de alguns produtos importados desconhecidos pela Vigilância Sanitária do Brasil (Rozenfeld & Porto, 1992).

A virtual ausência de um controle rígido nas farmácias da obrigação de se apresentar receita médica para adquirir drogas, torna o problema da automedicação particularmente importante entre nós. Os estudos a respeito revelam uma multiplicidade de fatores a determinar a prática da automedicação, a variar de uma realidade social a outra, mas sempre mais intensa onde a fiscalização é mais precária (Loyola, 1984; Cordeiro, 1985). A prevalência da automedicação entre nós é elevada em todos os grupos etários (Arrais et al., 1997). Este estudo pretende dimensionar

a importância do fenômeno da automedicação em uma população específica, a dos idosos usuários do NAI (Núcleo de Atenção ao Idoso).

A média de medicamentos habitualmente tomados por idosos é elevada, como demonstram uma série de estudos realizados em diferentes países, variando de 3 a até 7,3 diferentes substâncias por pessoa (Bernstein et al., 1989).

Ademais, a população idosa apresenta peculiaridades em relação ao uso de medicamentos. Alterações da massa corporal, com diminuição da proporção de água, diminuição das taxas de excreção renal e do metabolismo hepático, tendem a aumentar as concentrações plasmáticas dos medicamentos, aumentando a frequência de efeitos tóxicos (Benet et al., 1996). Como consequência, cerca de 10% a 20% das internações hospitalares de idosos, nos EUA, ocorrem em decorrência de reações adversas a medicamentos (Nikolaus, 1996).

A transição demográfica brasileira, com o envelhecimento da nossa população em ritmo acelerado, faz desse fenômeno um problema de saúde de dimensões crescentes; particularmente se esse envelhecimento vem acompanhado de uma “avalanche” de medicamentos supostamente capazes de prolongar a vida, manter a juventude e evitar os males temidos da velhice.

Este trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa realizada junto ao Núcleo de Atenção ao Idoso, da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ), visando conhecer o padrão de automedicação e alguns

outros aspectos do uso de medicamentos de sua clientela, e deverá ser utilizado pela equipe profissional da UnATI em seu trabalho de educação em saúde.

### Objetivos:

Conhecer os hábitos da população idosa do NAI, quanto ao uso de medicamentos sob os seguintes aspectos principais:

- ▶ frequência de automedicação;
- ▶ fonte mais utilizada de informação, quando da prática de automedicação;
- ▶ possível associação entre automedicação e algumas variáveis sócio-culturais: grau de escolaridade, ingestão de bebidas alcoólicas, café e tabaco e padrões de morbidade;

### Metodologia:

O estudo é de caráter exploratório, sem pretensões a testar hipóteses, embora o cruzamento de variáveis nas análises finais possa sugerir fatores determinantes para o padrão de automedicação encontrado. Optou-se pela técnica de *survey*, com amostra aleatória e aplicação de questionário fechado.

### Amostra:

O universo amostral abrangeu todos os pacientes que procuraram o NAI/UnATI de 12/1996 a 30/04/1997. Após consulta à enfermagem que afirmou não haver

critérios específicos para marcação de horário, optou-se por entrevistar sempre os primeiros quatro pacientes do dia, com rodízio pelos dias da semana (diante da impossibilidade de se proceder a sorteios em um universo fechado, por deficiências de registro).

#### Variáveis do estudo:

- ▶ idade em anos completos e sexo;
- ▶ grau de alfabetização e etapas colegiais atingidas;
- ▶ se ainda trabalha ou não; e se tem aposentadoria ou pensão;
- ▶ hábitos de tabagismo, ingestão de álcool e café;
- ▶ percepção de doença crônica, tabulada segundo uma lista de 12 causas, a partir das tabulações propostas na CID, 10<sup>a</sup> revisão, de 1975, da Organização Mundial de Saúde;
- ▶ ingestão de remédio nas últimas 24 horas, sim ou não, qual(is);
- ▶ ingestão de remédio na última semana, sim ou não, qual(is);
- ▶ ingestão de remédio no último mês, sim ou não, qual(is).

Em todas as situações acima e para cada medicamento – origem da escolha do(s) medicamento(s),

classificada em:

- ▶ prescrição médica atual ou em outra ocasião;
- ▶ recomendação leiga (vizinho, parente, amigo);
- ▶ recomendação de farmacêutico ou balconista de farmácia;
- ▶ auto-escolha por propaganda na imprensa, rádio ou TV ou outro motivo.

### Questionário:

O questionário, composto de perguntas fechadas, foi montado após a definição final das variáveis, utilizando o *software* EPI6. Os entrevistadores foram treinados para a aplicação do questionário em dois momentos: por dramatização, no âmbito do grupo de pesquisa e na realização do pré-teste, dando origem a algumas modificações suplementares.

### Resultados:

A amostra, inicialmente prevista para 200 questionários, foi reduzida para um total de 140, em virtude de uma greve de 35 dias, que paralisou as atividades ambulatoriais no NAI. Ademais, a previsão de mudança do ambulatório para outra área física, diminuiu o volume de atendimentos e dificultou a coleta de dados. Acreditamos, no entanto, que, embora a possibilidade de generalização dos resultados tenha sido prejudicada pela perda da homogeneidade na coleta

de dados (passou-se a entrevistar todos os pacientes, e, pela diminuição do fluxo, mesmo isto tornou-se impossível pela repetição de pacientes), a perspectiva de avaliação preliminar das atividades se mantém válida

### **Variáveis sócio-demográficas**

A população entrevistada é composta, em sua maioria, por mulheres – cerca de 76% (Tabela 1). A distribuição por idade é idêntica para ambos os sexos, com maior concentração na faixa dos 70 anos (grupos 70-74 e 75-79).

A grande maioria da população possui o primeiro grau incompleto, sendo dez entrevistados analfabetos e cinco pessoas que sabem ler e escrever a despeito de não terem freqüentado escola. A escolaridade é mais elevada no sexo masculino: cerca de 23% tem segundo grau completo ou nível superior, contra apenas 8% das mulheres (Tabela 2).

Apenas sete entrevistados realizam algum trabalho remunerado, três deles pertencentes à faixa etária acima de 75 anos. Quase todos são aposentados, e o grupo de pensionistas é composto exclusivamente por mulheres.

### **Hábitos de consumo**

O hábito de beber café é generalizado; apenas 9% dos entrevistados não o ingerem (Tabela 3). O sexo masculino apresenta um percentual maior de bebe-



**Tabela 1.** Distribuição da população do NAI por sexo X idade, RJ, 1997

	<65	%	65-69	%	70-74	%	75-79	%	80-84	%	>85	%	Total	%
Feminino	5	71	26	79	25	76	29	76	18	82	5	71	107	76
Masculino	2	29	7	21	8	24	9	24	4	18	2	29	33	24
<b>Total</b>	7	100	33	100	33	100	38	100	22	100	7	100	140	100

**Tabela 2.** Distribuição da população do NAI por sexo X escolaridade, RJ, 1997

	1º Grau	%	1º Grau	%	2º Grau	%	Superior	%	Total	%
	<i>Incompleto</i>		<i>Completo</i>		<i>Completo</i>					
Feminino	75	79	12	13	4	4	4	4	95	100
Masculino	18	60	5	17	4	13	3	10	30	100
<b>Total</b>	93	74	17	14	8	6	7	6	125	100

dores de mais de seis xícaras por dia, mas, para ambos os sexos, a maioria dos entrevistados (67%) bebe café com moderação.

Apenas dez entrevistados são fumantes, cerca de 6% do total, sem diferença significativa entre os sexos. Quanto à ingestão de bebidas alcóolicas, verifica-se uma frequência maior entre o sexo masculino: mais da metade respondeu positivamente à pergunta se tem o hábito de beber, contra apenas um quarto do sexo feminino. A maioria situa-se na faixa de “menos de uma vez por semana” (Tabela 4).

### **Percepção de morbidade**

A percepção de morbidade (a resposta à pergunta: “tem alguma doença”) segue o que se poderia esperar de uma população idosa: praticamente todos (à exceção de dois casos) referem ter algum distúrbio ou doença crônica (Tabela 5).

Observa-se que apenas 20% dos pacientes declaram apenas uma doença crônica. A maioria relata apresentar dois ou três problemas de saúde, e 13 pacientes, exclusivamente do sexo feminino, referem quatro ou mais problemas de saúde.

Um terço das doenças relatadas é referente ao aparelho circulatório (98 casos), com uma prevalência de 70% na população estudada. Para o sexo masculino, este é o agravo mais freqüente, com uma prevalência de 28 casos numa população de 33 homens. As pacientes do sexo feminino apresentam uma dispersão

maior entre diferentes problemas crônicos. O item “sistema músculo-esquelético” responde por ¼ das queixas, valores próximos àqueles referentes ao aparelho circulatório. A prevalência de doenças metabólicas é semelhante para ambos os sexos – cerca de 19% -, bem como a de doenças do SNC e dos órgãos dos sentidos, com cerca de 15%. Não houve relatos de neoplasias.

**Tabela 3.** Distribuição da população do NAI por consumo de café X sexo, RJ, 1997

	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
>6 xíc./dia	6	6	4	12	10	7
3 a 6 xíc./dia	20	19	3	9	23	16
<3 xíc./dia	72	67	22	67	94	67
Não bebe	9	8	4	12	13	9
<b>Total</b>	107	100	33	100	140	100

**Tabela 4.** Distribuição da população do NAI por ingestão alcoólica e sexo, RJ, 1997

	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Diariamente	2	2	1	3	3	2
2 a 3 x Semana	0	0	3	9	3	2
1 x Semana	2	2	2	6	4	3
< 1 x Semana	20	19	13	39	33	24
Não bebe	83	78	14	42	97	69
<b>Total</b>	107	100	33	100	140	100

**Tabela 5.** Distribuição da população do NAI quanto ao sexo e percepção do número de doenças crônicas, 1997

	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
1	21	19,6	8	25,8	29	21,0
2	39	36,4	14	45,1	53	38,4
3	34	26,1	9	29,0	43	31,1
4+	13	12,1	0	0	13	9,4
<b>Total</b>	107	100	31	100	138 (*)	100

(\*) excluídos e casos do sexo masculino que negam percepção

**Tabela 6.** Distribuição da população do NAI/HUPE quanto ao perfil de morbidade percebida para doenças crônicas por sexo, RJ, 1997 (\*)

<i>Doenças Percebidas</i>	<i>Feminino</i>	<i>%</i>	<i>Masculino</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
Infeciosas e Parasitárias	3	12,2	1	1,5	4	12,9
Metabólicas e Endócrinas	21	8,5	6	9,5	27	8,7
Hematológicas	15	6,0	4	6,3	19	6,1
Doenças Mentais	16	6,5	5	7,9	21	6,8
SNC e Órgãos dos Sentidos	12	4,8	3	4,7	15	4,8
Aparelho Circulatório	70	28,4	28	44,4	98	31,7
Aparelho Digestivo	16	6,5	3	4,7	19	6,1
Aparelho Genito-Urinário	0	0	1	1,5	1	0,3
Sistema Músculo-Esquelético	60	4,4	8	1,2	68	22,0
Outros	33	13,4	4	6,3	37	11,9
<b>Total</b>	246	100	63	100	309	100

(\*) Os totais referem-se ao universo de doenças relatado. Para se conhecer a prevalência de cada item se pode considerá-lo sobre a população estudada (total 140, 107 mulheres e 33 homens).

## Consumo de medicamentos

Dos 140 participantes, 19 não tomaram qualquer medicamento na véspera, e apenas 5 não ingeriram nenhuma droga nos últimos 30 dias (Tabela 7). O número de medicamentos consumidos variou de 1 a 12 (este, um caso que tomou todas as drogas nos últimos 30 dias). A média de medicamentos tomados na véspera foi de 2,31 medicamentos por entrevistado, excluindo os que não tomaram nenhum medicamento. Com relação à última semana, a média foi de 2,72 medicamentos por entrevistado, e nos últimos 30 dias foi de 2,91, sempre excluindo os que não tomaram nada no período. Os dados relativos a cada pergunta não podem ser somados cumulativamente, dada a natureza do questionário, e ilustram antes a confiabilidade da resposta com relação ao prazo. Assim, o índice da véspera é o mais confiável, e as respostas relativas aos últimos 30 dias, embora ampliem o espectro dos que se medicaram, são, habitualmente, subestimadas por esquecimento (não necessariamente associado à idade: os questionários relativos a condutas relatam essa perda de informação como um achado universal – Festinger & Katz, 1953).

Na Tabela 8, verifica-se que a maioria das drogas foi ingerida segundo prescrição médica: cerca de 87,8% para os medicamentos ingeridos na véspera, caindo para 76,59% para os últimos 30 dias. A fonte de automedicação mais freqüente são “amigos e parentes”, variando de 6,42%, na véspera, até 14,25, nos últimos 30 dias. O item “por conta própria” está certamente influenciado pela propaganda na mídia, ainda que o usuário não se perceba sob tal influência (Carlini, 1995; Barros, 1995).

**Tabela 7.** Distribuição da população por número de medicamentos ingeridos, por períodos investigados, NAI, 1997

	<i>Véspera</i>	%	<i>Última Semana</i>	%	<i>Últimos 30 dias</i>	%
0	19	13,6	10	7	5	3,6
1	43	30,7	29	2,1	27	19,3
2,3	55	39,3	64	45,5	64	45,7
4+	23	16,4	37	26,5	44	31,4
<b>Total</b>	140	100	140	100	140	100

Somando-se as categorias outras que não a prescrição médica, obtemos um índice de 12,14% de automedicação, para a *véspera*, índice que aumenta para 23,40, para os últimos 30 dias.

Cruzando-se a presença de automedicação, para cada um dos períodos investigados, com as variáveis escolaridade/faixa etária, em períodos de 5 anos, e número de diagnósticos, encontrou-se uma distribuição homogênea. Não é possível, portanto, associar nenhuma dessas variáveis ao hábito da automedicação.

Optou-se por não analisar o padrão farmacológico utilizado pela população. O dado obtido a partir da percepção do paciente não permite uma correta avaliação da qualidade da prescrição ou do uso do medicamento. Para tal, seria necessário que o entrevistado portasse as receitas ou embalagens de sua medicação, como no estudo realizado por Mosegui (1997), entre alunos da UnATI/UERJ. Não foram raras as respostas “remédio para pressão”, “para o coração” ou “para os nervos”.

Foi possível observar, no entanto que, paralelamente à medicação, a população fez ampla utilização de chás e infusões caseiras a título de tratamento, com

**Tabela 8.** Distribuição da fonte de prescrição de medicamentos por período, por droga ingerida, NAI 1997 (\*)

<i>Fonte</i>	<i>Prescri- ção médica</i>	<i>%</i>	<i>Indicação amigos/ parentes</i>	<i>%</i>	<i>Conta própria</i>	<i>%</i>	<i>Propa- ganda/ Mídia</i>	<i>%</i>	<i>Balconista/ Farmácia/ Outros</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>	<i>%</i>
<i>Período</i>												
Véspera	246	87,9	18	6,4	10	3,6	2	0,7	4	1,4	280	100
Última Semana	283	79,9	36	10,3	24	6,7	4	1,1	7	1,9	354	100
Últimos 30 dias	301	76,6	56	14,3	28	7,1	4	1,0	4	1,0	393	100

(\*) Os dados acima referem-se a três padrões de resposta e não se constituem em um somatório.

uma lista de 40 preparados. Os mais comuns são: chá de erva-cidreira, 26; boldo, 14; erva-doce, 12; camomila, 10 e carqueja, 6. Foi observada, ainda, a utilização de chás de berinjela, alho, couve com melancia, pata-de-vaca, quebra-pedra, cana do brejo e frutas, como goiaba, caju, carambola e jamelão, entre outros. Três pacientes relataram ainda o uso de medicação homeopática.

## **Conclusões**

A população estudada apresenta algumas peculiaridades inerentes à sua faixa etária. Por um lado, como sempre sucede em pacientes ambulatoriais, as mulheres constituem a grande maioria da população. A idade mais avançada, porém, faz com que os homens refiram doenças crônicas na mesma proporção que as mulheres, o que não acontece nas populações de ambulatório gerais – onde o sexo masculino comparece com queixas agudas e nega problemas crônicos de saúde. Ressalta-se que o dado colhido se refere à percepção que o entrevistado tem de sua saúde, e não à avaliação médica.

Outra peculiaridade da população é a grande disparidade de níveis de escolaridade entre os sexos, observada nas populações mais idosas no Brasil, e que diminui bastante nos grupos etários mais jovens (FIBGE, 1994). Do mesmo modo, o hábito de beber álcool foi significativamente distinto entre os sexos.

O padrão de percepção de morbidade sugere que o ambulatório em questão é de atenção primária, fun-



cionando mais como porta de entrada – não se encontraram, por exemplo, portadores de neoplasias. O fato de não existirem enfermarias geriátricas específicas no Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ faz com que os egressos de internações sejam atendidos em outras unidades ambulatoriais, próprias à enfermaria de referência da internação. O padrão de morbidade dos pacientes do ambulatório é, portanto, menos severo do que se esperaria.

Observa-se, outrossim, que os índices de automedicação aqui observados são mais baixos do que os observados em outros estudos. Gilbert et al. (1993) verificaram que 40% de idosos utilizavam medicação não prescrita; Simons et al. (1992) encontraram índices variando de 29% a 44% para populações semelhantes. O presente estudo apresentou um índice de automedicação que variou de 12,14%, para medicamentos tomados na véspera, de 20%, referente à última semana, até 23,4%, com referência ao último mês.

As maiores fontes de indicação de medicamentos relatadas foram “amigos, vizinhos e parentes”, com percepção muito baixa da influência da propaganda na mídia. Causa espécie, igualmente, a rara referência aos balconistas da farmácia como fonte de orientação quanto ao consumo de medicamentos. Tendo em vista, no entanto, que a ingestão medicamentosa não se mostrou particularmente elevada, é possível que os dados correspondam à realidade.

Os resultados desse trabalho tornam-se especialmente interessantes se comparados a outro, realizado em

população muito próxima deste estudo: a de alunos da UnATI/UERJ, de onde provém uma parcela dos pacientes do NAI (Mosegui, 1997). Consistiu o estudo de Mosegui de uma avaliação sobre o uso de medicamentos numa amostra de 634 alunos da UnATI do sexo feminino, matriculados desde 1993, todos, como na população do NAI, de 60 ou mais anos de idade.

Em primeiro lugar, na população de alunos da UnATI (Mosegui, 1997), 9,1% não tomariam, habitualmente, qualquer tipo de medicação, enquanto para os entrevistados do NAI este índice é de apenas 3,5% quanto à ingestão nos últimos 30 dias – o que se explica por se tratar de uma amostra de pacientes ambulatoriais, enquanto a primeira corresponderia a uma fração da população geral de idosos.

Para os que fazem uso de medicação, no entanto, os padrões divergem em sentido oposto. O presente estudo encontrou um máximo de doze medicamentos para um caso isolado, enquanto na amostra da UnATI o número de medicamentos ingeridos habitualmente chegou a 17 (Mosegui, 1997). A média foi, para a UnATI, de 4,4 medicamentos por pessoa e, para a amostra ambulatorial, de 2,31, para a véspera, e de 2,91, ao longo do último mês, um índice mais baixo, portanto.

Cerca de 53% das alunas da UnATI utilizaram de um a quatro medicamentos; os restantes 47% utilizaram mais de cinco. Já o presente estudo, encontrou que 68% dos entrevistados haviam tomando

de um a três medicamentos nos últimos trinta dias. Verifica-se, portanto, um padrão de utilização mais baixo de medicamentos na população sob o controle ambulatorial por parte do NAI. Tal dado sugere um fato – cuja investigação não consta do protocolo inicial do trabalho – o de que os profissionais do NAI apresentam um padrão de prescrição bastante sóbrio, e capaz de influenciar de forma consistente a população atendida. Tal achado, embora exija investigações adicionais que o consubstanciem, funcionaria como uma avaliação do serviço ambulatorial (NAI), por sinal uma avaliação inicial positiva.

A reforçar este ponto de vista, temos ainda o padrão de automedicação na população de alunas da UnATI – de 15,5%. Este índice, baixo se comparado à literatura, e intermediário para os padrões encontrados em nosso estudo, aponta que fração substancial dos fármacos ingeridos por este grupo é prescrita por médicos. Efetivamente, cerca de 83,8% dos medicamentos empregados pelos alunos da UnATI provêm de prescrição médica.

Como conclusão final pode-se apontar, portanto, que o paciente do ambulatório NAI apresenta um padrão de uso de medicamentos diferente e melhor do que o encontrado na bibliografia. São necessários estudos junto à equipe de profissionais do mesmo para conhecer em maior profundidade seus padrões de decisão e, eventualmente, divulgá-los, incrementando, em nosso meio, um uso mais criterioso de medicamentos.

## Referências bibliográficas

- ARRAIS, PS. et al. Perfil de automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública* 31:71-7, 1997.
- BARROS, JAC. *Propaganda de Medicamentos: Atentado à Saúde?* São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME, 1995.
- BENET, A et al. Pharmacokinetics: the dynamics of drug absorption, distribution, and elimination. In: GOODMAN, AG et al. (eds.). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 9.ed. Nova York: McGraw-Hill, 1996.
- BERNSTEIN, L et al. Characterization of the use and misuse of medications by elderly ambulatory population. *Medical Care* 27:654-663, 1989.
- CARLINI, AE. *Medicamentos, Drogas e Saúde*. São Paulo: Hucitec/SOBRAVIME, 1995.
- CORDEIRO, H. *A Indústria de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FESTINGER, L & KATZ, D. *Los Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1953.
- FIBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro:FIBGE, 1994.
- GILBERT, A et al. Medication use and its correlates among the elderly. *Australian Journal of Public Health* 17:18-22, 1993.
- HAAIGER-RUSKAMP, F & HEMMINKI, E. The social aspects of drug use. In: DUKES MNG. (ed.) *Drug Utilization Studies: Methods and Uses*. Helsinki, Finlândia: WHO, 1993.
- HULKA, B & WHEAT, J. Patterns of utilization: The patient perspective. *Medical Care* 23:438-58, 1989.
- LOYOLA, MA. *Médicos e Curandeiros: Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

- MOSEGUI, GMG. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (mimeo), 1997.
- NIKOLAUS, T. Elderly patient's problems with medication: An hospital and follow-up study. *European Journal of Clinical Pharmacology* 49:255-9, 1996.
- PEPE, V LE & VERAS, CMT. A prescrição médica. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, (Série *Estudos em Saúde Coletiva*, 111), 1995.
- ROZENFELD, S & PORTO, MA. Vigilância Sanitária: Uma abordagem ecológica da tecnologia em saúde. In: LEAL et al. (ed.). *Saúde, Ambiente e Desenvolvimento: Processos e conseqüências sobre as condições de vida*. V. 2. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.
- SIMONS, L A et al. Multiple medication use in the elderly. Use of prescription and non-prescription drugs in Australian community setting. *Medical Journal of Australia* 157:242-6, 1992.
- VERAS, R. *País Jovem de Cabelos Brancos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

## Notas

\* Professora Adjunta do Instituto de Medicina Social da UERJ

\*\* Aluno de graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e bolsista do PIBIC/UERJ (iniciação científica)

\*\* Aluno de graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ e bolsista do PIBIC/UERJ (iniciação científica)



**Tabela 1.** Distribuição da população do NAI por sexo X idade, RJ, 1997

	<65	%	65-69	%	70-74	%	75-79	%
Feminino	5	71	26	79	25	76	29	
Masculino	2	29	7	21	8	24	9	
<b>Total</b>	7	100	33	100	33	100	38	100

<65    %    65-69    %    70-74    %    75-79    %

# *O Cuidado em uma Relação muito Delicada*

Mabel Imbassahy\*

*A ciência pode classificar os órgãos de um sabiá  
Mas não pode medir seus encantos.  
A ciência não pode calcular quantos cavalos de força  
existem nos encantos de um sabiá.*

*Quem acumula muita informação perde o condão de  
adivinhar: divinare.*

*Os sabiás divinam.*

Manoel de Barros

**A**presento neste breve relato uma experiência inusitada: a de cuidadora de uma pessoa de 92 anos, minha mãe. Esta iniciativa é resultado de uma proposta feita pela Coordenação Editorial do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento da UNATI-UERJ, da qual sou parte integrante. A Coordenação considerou pertinente incluir, em forma de relato, a experiência de quem cuida de idosos e de sua visão diante do fato, junto a produções acadêmicas que trazem contribuição teórica para o ato de cuidar, objeto de renovadas e infindáveis reflexões.

Inicialmente, senti-me intimidada em construir uma narrativa cujo enfoque incidiria sobre a experiên-



cia que venho tendo junto à minha mãe, uma pessoa de idade muito avançada, extremamente lúcida, sem lapsos de memória, porém devastada devido à perda de seu companheiro, meu pai, com quem partilhou a vida dos 17 aos 91 anos.

Essa tarefa constitui um desafio na medida em que exige um recorte conciso sobre uma experiência vivida no meu cotidiano, repleta de sutilezas e fatos inesperados, que me surpreendem a cada momento. As minhas atitudes, algumas vezes contraditórias, sinalizam-me limitações inerentes ao ato de existir.

Minha mãe, com a viuvez, perdeu, além do marido, sua casa, seus amigos e parentes próximos. A sua casa, outrora ocupada, ficara vazia e grande demais. Foi então necessário abrir mão de seu mundo e juntar-se ao meu. Estilos de vida diferentes tiveram de proceder a ajustes. Optamos, então, por juntar nossos pertences, construindo um novo *locus*, o qual nos abrigaria em mútua proteção.

De imediato senti o despreparo que havia em mim diante daquele confronto: assistir ao processo de finitude de uma pessoa amada, por quem sou responsável, a única responsável.

A dor da perda provocou e acentuou outras perdas. A saúde de minha mãe sofre, diariamente, alguma alteração: a visão se reduz; uma antiga fibrose pulmonar agrava-se; surge um quadro

anêmico; há perda do apetite e, conseqüentemente, de peso; a tosse noturna e a presença obrigatória da bomba de oxigênio – tão incômoda – trazem interrupções ao seu sono. A isso se somam, a angústia provocada diante desse quadro, o inconformismo em ter que conviver com uma acompanhante no fim-de-semana.

Sente-se ela humilhada em demonstrar perda de autonomia. Para isto, esforça-se em fazer suas rotinas sem apelar para outros, o que me assusta pelos riscos a que se expõe e a dúvida diante do que é menos penoso: uma queda ou a subtração de sua integridade ameaçada?

Apodera-se de mim o sentimento de inconformismo. Vejo-me isolada de um momento para o outro, lutando contra a instalação de sentimentos que me vitimizem. A perda de um mundo, em qual duas pessoas – meus pais – estavam cercadas por amigos em diferentes ocasiões, por terem sido pessoas extremamente versáteis, sem os estigmas trazidos pela velhice. Pessoas cultas, interessadas no mundo externo; “raras”, como se diz. As pessoas que antes os cercavam, desapareceram, o luto as espantou e, apesar de toda a delicadeza que minha mãe conserva, de suas habilidades como artista plástica, que ainda trabalha confeccionando “batikes” de excelente qualidade, ela é outra pessoa.

Indica a dor mal-disfarçada, um sorriso discreto. Concluo que exista verdadeira recusa em reco-

nhecer a fragilidade e aceitar a finitude. O convívio com o seu próximo, reduz-se àquilo que garanta o “agradável”. Evidentemente, há exceções; pessoas que se fazem presentes.

Foi-me necessário grande esforço para não acumular ressentimentos, não me alimentar de decepções, procurando assim entender que me deparo com a oportunidade de aprimorar meus sentimentos, vivê-los em sua grandeza, adotando novo olhar para o mundo e não de buscar subterfúgios e fazer de conta que quem envelhece é o outro e que não tenho nenhuma participação nesse processo.

O “cuidado” vai me conduzindo a novos caminhos, reforçando meus sentimentos de fé e amor. Aceitando meus momentos de irritabilidade diante da inversão de funções: hoje cuido de quem me cuidou.

Neste quadro surgem situações prazerosas, por vezes surpreendentes: minha mãe acaba de expor os seus trabalhos em um “atelier aberto” em Santa Tereza, rodeada por gente jovem, que lhe rendeu eloqüentes homenagens. Não se sentiram diante de uma velha senhora enlutada e sim de uma velha guerreira que, com sua beleza e coragem, oferecia a um e a outro ensinamentos de técnicas por ela praticadas em seus artefatos. Sentiu o reconhecimento público. Nesse momento, voltou à sua antiga postura, empertigando-se.

Gosto, emociono-me ,quando a vejo em seu pequeno ateliê caseiro, portando um avental manchadíssimo de tintas, mãos igualmente manchadas pelas cores que dão asas à sua criatividade. “Não as vejo mais, sou pré-cega, estão no meu imaginário”, diz ele com ligeira melancolia.

Desde que me senti responsável por uma pessoa fragilizada, não dei tréguas à minha sabida intenção de controle dos “perigos desta vida”. De celular em punho quando saio, quero estar sempre informada se houve alguma coisa: uma queda, um episódio novo que tenha agravado seu estado. Dou-me conta de meus sentimentos de impotência e, dentro do possível, procuro amenizá-los, nem sempre com sucesso. O sentimento de culpa torna-se uma sombra acompanhando os meus passos. A ansiedade será um traço de quem cuida?

Todos nós, obviamente, estamos expostos aos descuidos; há, contudo, maior predisposição entre as pessoas muito idosas, sempre a um passo do inevitável.

A tristeza e a alegria no convívio dos netos e bisnetos ficam mescladas. Situações vividas pelas crianças, antes geradoras de alegria, trazem lembranças, evocações de um tempo em que partilhava a vida com o marido, não estava só. Essas inversões de sentimentos produzem um imenso vácuo entre as duas pessoas – eu e ela –, que pelas incongruências da vida se encontram lado-a-lado.

Os segredos de uma pessoa muito idosa guardam tesouros jamais explorados. Os longos silêncios e o olhar absorto exigem de quem está perto enorme atenção e cuidado, para não se sentir excluído nem romper o desejo do outro em silenciar. Nesses momentos nem sempre consigo não me inquietar, interrompendo, por vezes, o fluxo ali estabelecido e ocultado. Travo conversas nem sempre oportunas como suposta proteção ao estado de solidão.

Os segredos a serem respeitados revelam-se durante o tempo dos silêncios. Não há porque sustá-los.

Essas nuances de sentimentos que ocorrem, simultaneamente, a duas pessoas, sentimentos díspares – alguns afins outro não – misturam medos, saudades, mágoas e alegrias, e criam necessidades novas: temos que nos reinventar para não sucumbir às mesmices de uma grande dor. A queixa desnecessária pode nos anular enquanto seres criativos e pensantes e obstruir o dom de “divinar”, como disse o poeta. Estamos sempre intuindo, o velho necessita de quem o intua e o respeite em seu mundo de recolhimento. Foi o que me trouxe esta experiência.

Em todas as relações, “o cuidado” se opõe ao descuido, como diz Boff: “o cuidar é mais que um ato, é uma atitude, é uma fonte que gera muitos atos.”

É nesta atitude a que se refere Boff que a todo instante somos surpreendidos com um novo modo

de ser, antes oculto. Modo até então inexprimível, por, talvez, estarmos aturdidos, voltados para as fugazes pressões externas, que não nos estimulam a nos voltarmos para dentro de nós.

Posso concluir que o cuidar é um exercício constante de amor e compaixão, sem o qual nos tornamos meros executores de normas pré-estabelecidas, que nos orientam, sem dúvida, mas são insuficientes diante dos enigmas do ser humano.

Cada pessoa apresenta singularidades: um olhar, um gesto, uma expressão fazem parte de uma “pesquisa”, que pode ser o instrumento para chegarmos ao ser que sofre. Os “estereótipos”, tão comuns aos “cuidadores”, tais como “o idoso é assim...”, são meros enganos... Há que ter sensibilidade, sobretudo para não perder o que o conhecimento tem a nos oferecer.

Recorro com pouca frequência aos profissionais qualificados. Apenas o médico é solicitado quando algum transtorno físico se apresenta. Gostaria que esse convívio – médico/cuidador – fosse mais freqüente. Entendo as dificuldades que os profissionais alegam. Isso não invalida a necessidade de um paciente – principalmente idoso – ter no seu médico aquele que o vê, escuta e entende. A participação do profissional médico junto a quem cuida é de extraordinária importância. Tive em meu convívio médicos de família – pai, irmão e marido. À lembrança desses momentos, assustome ao constatar, hoje, sua ausência.

Procurei ressaltar o que de mais significativo ocorreu-me durante o processo de relatar esta experiência. Estou ciente de que não dei conta de inúmeras questões que me escapam. Em *Uma Morte Muito Suave*, Simone de Beauvoir relata a descoberta de sua mãe nos dias que precederam a sua morte. Admirei-me com o fato dela declarar que se fazia acompanhar de um caderno de apontamentos, onde anotava suas observações. Aliás ela declara o espanto que isso suscitou por parte de certos críticos. Considero uma disposição válida, pois nestes momentos nos escapam tantos fatos expressivos que a vida nos proporciona que não vejo espanto na disciplina da famosa escritora.

Quanto mais freqüentes forem os registros de experiências, mais saberes poderemos construir. Há de haver, porém, a coragem e a disposição de lembrar e perseverar.

### **Referências bibliográficas**

- AMÂNCIO, A. Aprendizagem sem ensino, assistência com identificação e pesquisa heterodoxa. *Revista de Educação Médica* 3:1-3, 1997.
- BEAUVOIR, S. *Uma Morte Muito Suave*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- *A Velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- BOBBIO, N. *O Tempo da Memória: De senectude e outros escritos autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- BOFF, L. *Saber Cuidar: Ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

CALDAS, CP (ed.). *A Saúde do Idoso: A arte de cuidar*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

GAGNEBIN, JM. *História e Narração em W. Benjamin*. Campinas: Perspectiva/Ed. Unicamp, 1994.

MORAGAS, R. *Gerontologia Social: Envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas, 1997.

## **Notas**

\* Professora e pesquisadora da UnATI/UERJ



---

Este livro foi diagramado no Page Maker 6.5, em formato  
110 X 200 mm ♦ Tipologia: Gatineau (corpo do texto)  
e John Handy Let (Títulos) ♦ Fitolito de capa: Dressa  
Color ♦ Impressão e acabamento: Gráfica Lidador

---