

FACULDADES INTEGRADAS

“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

**DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA DEMANDA PARA O SERVIÇO
SOCIAL**

Cynthia Regina Sekine
Nadime Bezerra Salomão
Priscilla Aparecida Geraldo
Rosângela de Oliveira Dias

Presidente Prudente/SP
2006

FACULDADES INTEGRADAS

“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA DEMANDA PARA O SERVIÇO SOCIAL

Cynthia Regina Sekine
Nadime Bezerra Salomão
Priscilla Aparecida Geraldo
Rosângela de Oliveira Dias

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão de Curso para obtenção do Grau de Bacharel em Serviço Social, sob orientação da Prof^a. Márcia Heloísa de Oliveira.

Presidente Prudente
2006

DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA DEMANDA PARA O SERVIÇO SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado
como requisito parcial para obtenção do
Grau de Bacharel em Serviço Social

Márcia Heloísa de Oliveira

Patrícia Esteves Sales

Simone Duran Toledo Martinez

Presidente Prudente/SP, 28 de novembro de 2006

NÃO IMPORTA A IDADE

Terceira idade, idade da sabedoria e da experiência !
Vida que merece ser vivida,
Não importa a idade.
Terceira idade, vida que merece ser bem vivida, curtida.
Vida que merece respeito, carinho e atenção
De todos que um dia, também lá, chegarão.
Vida que exige família, renda, saúde e educação.
Moradia, ocupação e diversão.
Com Deus sempre presente em cada coração
Para que a vida seja vivida com dignidade e satisfação.
Terceira idade, por que não aceitá-la?
Por que não enfrentá-la?
Por que deixá-la passar se cada estação da vida
Tem o seu perfume, o seu encanto
E a sua luz que faz a vida brilhar?
É preciso ter sempre consigo a esperança
E a vontade de lutar
Pelo direito à vida, que é sagrado, mas que é necessário conquistar.
Terceira idade, vida que merece respeito, carinho e atenção
De todos que um dia, também lá, chegarão.
Precisamos, pois, sensibilizar com mais fervor
Famílias, poderes públicos e sociedade para que entendam
Que não basta fazer leis, se na prática, esquecem de aplicar.
Que não basta falar de amor, solidariedade e atenção
Se os que estão na terceira idade,
Ainda sofrem o peso da discriminação,
Do desrespeito e o não reconhecimento do seu valor
Como gente, cidadão.
Não importa a idade,
Cada estação da vida merece ser vivida com dignidade
E satisfação.
Terceira idade, caminhemos de mãos dadas
Envolvendo crianças, jovens e adultos,
Família, poderes públicos e sociedade
Buscando construir coletivamente o sonho de uma realidade,
Para que a pessoa idosa seja vista como gente
E não como um fardo a ser carregado.
Seja vista como cidadã que pensa e pode ser útil e competente
Se a sua vida for com dignidade preservada.
Terceira idade, vida que merece ser vivida, não importa a idade.

Liduína Felipe de Mendonça Fernandes

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu forças para caminhar, e nunca desistir diante dos obstáculos.

À minha mãe, minhas irmãs e minha amiga, pelo carinho e atenção, que tiveram comigo em todos os momentos.

À nossa orientadora que nos direcionou, para a realização deste trabalho.

Nadime Bezerra Salomão

Agradeço a Deus em primeiro lugar pelas oportunidades infinitas de aprendizado durante todos estes anos e os recursos internos adquiridos a custa de muito esforço.

Aos meus pais, Tacachinge Sekine e Irene Masue Ikeda Sekine, agradeço o suporte valioso principalmente nos momentos mais difíceis da minha caminhada.

Ao Charles, meu namorado, a minha gratidão pelo apoio constante, a paciência e carinho com que me envolveu todo o tempo.

Cynthia Regina Sekine

A Deus por iluminar meu caminho, e permitir que jamais seguisse o lado obscuro da vida.

A minha mãe por estar sempre do meu lado até nos momentos mais difícil.

Aquele por quem tenho um amor incondicional, meu filho João Arthur, que me perdoe pelas minhas ausências para que eu pudesse realizar o meu sonho da faculdade.

Rosângela de Oliveira Dias

Em primeiro lugar agradeço a Deus, que com sua luz divina iluminou meu caminho para que pudesse assim alcançar meu objetivo.

A minha família, noivo, parentes e amigos que de uma forma ou de outra estiveram junto comigo presentes na minha formação acadêmica.

Aos professores e a nossa orientadora Márcia Heloisa pela dedicação e apoio, nosso obrigado por contribuir para a realização deste trabalho.

Priscilla Aparecida Geraldo

RESUMO

O presente trabalho busca uma reflexão sobre as possibilidades de intervenção do Serviço Social junto aos cuidadores e famílias de pacientes com Alzheimer, interpretando-a como uma doença que provoca um transtorno mental em seus portadores e destacando as conseqüências que a mesma causa no âmbito familiar. Constitui-se em pesquisa bibliográfica sustentada por estudos e conhecimentos já produzidos e reunida em livros, artigos científicos, revistas e etc. No seu referencial teórico, o trabalho aborda as transformações do envelhecimento, a sua concepção e as várias teorias que explicam este conceito. Aborda também as doenças decorrentes do processo de envelhecimento, entre elas a doença de Alzheimer, o seu significado para a família e cuidadores e o autocuidado desses portadores. Destaca-se a importância de intervenção do profissional de Serviço Social, frente às famílias e cuidadores dos idosos portadores de transtorno mental. Para isso é necessário compreender como o serviço social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, que irá trabalhar diretamente com as questões sociais geradas pela sociedade capitalista. A demanda do cuidado aos idosos é uma demanda para o serviço social, porque é necessários profissionais capacitados para articular, propor e fazer com que esses idosos e familiares recebam a dignidade da plena cidadania e de seus direitos.

Palavras-Chave: Alzheimer. Saúde Mental. Família e Cuidadores. Serviço Social. Intervenção Profissional. Cidadania.

ABSTRACT

The present work searches a reflection about the possibilities of an intervention of the social work into caregivers and families of patients with Alzheimer. It's pictured as an illness which provokes a mental disorder in their carriers, underlining its consequences in the familiar environment. It has been sustained, produced and known through bibliographies researches, books, scientific articles, magazines, etc. In its theoretical reference, the work mentions transformations on aging and its conception and also various theories explaining this concept. It also mentions the illnesses arisen from an aging process, such as Alzheimer illness, its meaning to the family and caregivers and also the self care with these carriers. It's detached the importance of the intervention of the social service professional before the families and elderly caregivers carrier of mental disorder. It's necessary to comprehend how the social service holds itself and develops as a recognized profession in the social division of work which will work directly with social matters generated by the capitalist society. Therefore it's a demand for the social service. Its necessary qualified professionals to articulate, propose and make these elderly and their family be worthy of an entire citizenship and rights.

Keywords: Alzheimer. Mental Greet. Family and Caretakers. Social Service. Professional Intervention. Citizenship.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO.....	12
1.1 Conceituação de velhice e envelhecimento	12
1.2 Teorias que explicam o envelhecimento	15
1.3 Dimensão histórica e cultural do envelhecimento	17
1.3.1 Cultura indígena.....	19
1.4 Dimensão sócio política e econômica do envelhecimento no Brasil	20
1.5 Envelhecimento na Contemporaneidade	25
1.6 Características da população idosa no Brasil	27
1.7 Envelhecimento ativo	29
2 CONSIDERAÇÕES DECORRENTES NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.....	32
2.1 A doença de Alzheimer	35
2.1.1 As causas da doença.....	36
2.1.2 Diagnóstico e tratamento da doença de Alzheimer.....	39
2.2 Quem são os cuidadores dos idosos em situação de dependência.....	40
2.3 O significado do Alzheimer para a família.....	42
2.3.1 A família enquanto cuidadora.....	46
3 POSSIBILIDADE DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO À FAMÍLIA CUIDADORA.....	51
3.1 Considerações iniciais sobre o Serviço Social	51
3.1.1 Serviço Social na Contemporaneidade	52
3.1.2 O projeto ético- político	55
3.2 O Serviço Social na efetivação dos direitos e da plena cidadania	61
3.3 O trabalho do Serviço Social junto à família cuidadora.....	65
3.3.1 Ações sócio educativas dos profissionais de Serviço Social	70
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

INTRODUÇÃO

O presente estudo partiu do interesse de pesquisar-se a doença de Alzheimer enquanto categoria de transtorno mental que atinge os idosos, de verificar-se as possibilidades do trabalho do Serviço Social em relação à essa questão e os reflexos que essa doença causa no âmbito familiar. Dessa forma, identificamos como problema a falta de uma equipe multidisciplinar, incluindo o Serviço Social nas esferas público e privado, trabalhando como equipe de apoio às famílias e cuidadores desses idosos portadores da Doença de Alzheimer.

Para compreender a experiência do envelhecimento e a novidade com que os mais velhos se defrontavam, é preciso conhecer o modo pelo qual a velhice é transformada em um problema que preocupa a sociedade, ganhando visibilidade e definindo não só as necessidades dos idosos, mas também os problemas que eles enfrentam na atualidade.

De acordo com Debert (1999, p. 249):

Já não posso pensar na reinvenção do envelhecimento sem procurar imaginar como estará sendo reconfigurado o processo de negociação público e privado entre gerações: como os debates sobre a realocação de recursos públicos redefinirão as relações na família e delas com o Estado; como os custos elevadíssimos das técnicas de prolongamento da vida que definirão os usos das heranças e o direito ao trabalho e ao não-trabalho; como serão rearticulados mercados de consumo e demandas políticas em um contexto em que ser jovem é um dever de todos.

Diante dessa realidade as pessoas com mais idade, na certeza de que hoje não podem mais viver como antigamente, ocupam e redefinem os novos espaços criados para envelhecer.

Dessa forma, discutir-se-á, no primeiro capítulo, as considerações gerais sobre o envelhecimento, sua conceituação, as teorias que explicam esse conceito, e a maneira como os especialistas e a sociedade em geral classificam a velhice.

Também foi visto o envelhecimento em algumas sociedades antigas, entre elas as do Egito e da Grécia, bem como as sociedades dos mesopotâmios e dos indígenas. Tratar-se-á aí, da importância e do respeito que essas sociedades devotavam aos idosos e de quais eram os mitos presentes na sua vivência.

Destacar-se-á a forma como o índio tratava o idoso e qual a função que este exercia dentro de sua tribo.

E, finalmente, focar-se-á o envelhecimento no Brasil nos tempos atuais, na chamada era contemporânea. Procurará verificar-se quais os mitos que foram superados e como vive o idoso na dimensão sócio-política e econômica, bem como a forma que o envelhecimento é visto e a forma pela qual o atual sistema capitalista neoliberal reduz os idosos à condição de mercadoria.

Diante deste sistema o idoso no Brasil não é mais “valorizado”, ou seja, o que prevalece é a mão-de-obra jovem em torno da qual tudo gira na era tecnológica.

No segundo capítulo discutir-se-á as doenças decorrentes do processo de envelhecimento, especialmente a doença de Alzheimer, assim como tratar-se-á dos cuidadores de idosos portadores da doença, do significado da doença para a família e da família como cuidadora.

Além da doença de Alzheimer tratar-se-á aqui: a doença de Parkinson, Osteoporose, Esquizofrenia, Esclerose, Hipertensão Arterial, Depressão dentre outras doenças que são decorrentes do processo de envelhecimento, podendo assim limitar as habilidades e o desempenho das atividades com e dos idosos.

No tópico seguinte será abordada a doença de Alzheimer desde sua fase inicial, intermediária e final da doença, o seu diagnóstico e tratamento demonstrando também que a doença diminui o tempo de vida previsto, mas se acompanhado adequadamente por médico e demais cuidados possibilitam aos portadores idosos viverem vários anos em seus lares ou até mesmo em lugares especializados.

No que se refere aos cuidadores de idosos dependentes estes são as pessoas cuja responsabilidade é de cuidar do idoso. Podem ser membros ou não da família, pessoas que voluntariamente assumem essa atividade cujo papel é o de reconhecer as necessidades, possibilidades e limitações do idoso a ser cuidado, sendo de suma importância que este seja tratado com respeito e atenção.

Em relação ao significado da doença de Alzheimer para a família, destacar-se-á que quando esta é surpreendida pela doença, toda sua “estrutura” fica

fragilizada e seus comportamentos variam ocasionando incerteza, insegurança e sentimentos negativos devidos à não preparação para responsabilidade de cuidar do portador de doença de Alzheimer.

No ultimo tópico será abordada a família enquanto cuidadora demonstrando a sua importância no cuidado aos idosos dependentes, cuidados estes relacionados com a comunicação, manejo do cotidiano, adaptação do ambiente onde convivem paciente e cuidador, tratamento medicamentoso, entre outras medidas que são importantes e que devem ser adotadas pela família.

No que se refere o terceiro capítulo serão abordadas as possibilidades de atuação do Serviço Social frente às famílias cuidadoras.

Primeiramente demonstrar-se-á como o Serviço Social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, que irá trabalhar diretamente com as questões sociais geradas pela sociedade capitalista, questões estas que são enfrentadas pela classe trabalhadora através de lutas e movimentos sociais nas reivindicações por melhores condições de trabalho e de vida.

Diante desta realidade o Estado responde a esses enfrentamentos através de políticas sociais amenizando as revoltas dos trabalhadores. A questão social não é senão a expressão do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu egresso no cenário político da sociedade.

Verifica-se então na sociedade atual as múltiplas expressões da questão social no que diz respeito à globalização, informatização e tecnologias avançadas, gerando cada vez mais a falta de informação e exclusão das classes desfavorecidas.

Contudo, pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e desvendar as mediações que refletirão no seu cotidiano.

Frente às transformações do mundo contemporâneo a categoria fez clara opção por uma nova direção social que ficou referendada nos princípios do Código de Ética (1993), na Lei de Regulamentação da Profissão (866/93) e nas Diretrizes Curriculares (1996) indicando o processo de amadurecimento e comprometimento com a cidadania e com os usuários.

No que se refere à cidadania, o Assistente Social pode contribuir de várias formas com as lutas desenvolvidas pelas classes menos favorecidas, em busca de uma cidadania real.

No entanto a cidadania, para o portador de transtorno mental, é um processo mais atribulado, o que vem exigindo uma luta específica dessa classe para a legitimação dos seus direitos.

Embora a cidadania das pessoas com transtorno mental ainda não seja clara aos olhos da sociedade o Serviço Social, enquanto profissão que atua para tal consolidação pode intervir, junto com outros profissionais, diretamente com as famílias no intuito de formar grupos de apoio de caráter instrutivo com objetivo de ajudar e apoiar os membros do grupo a lidar e superar os acontecimentos vitais.

É através desses grupos que há a prevenção do estresse e do esgotamento do cuidador sendo que, dessa forma, o cuidador que recebe apoio adequado e busca aprender e descobrir novas estratégias para lidar com seu familiar.

A intervenção do Assistente Social no trabalho junto às famílias dos idosos portadores da Doença de Alzheimer deverá fornecer a eles informações criando mecanismos para que a família possa ter autonomia e enfrentar as dificuldades.

Dessa forma os profissionais que atuam com essa demanda só serão capazes de enfrentar e articular-se profissionalmente mediante a aprendizagem teórica-metodológica que rege sua profissão.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO

1.1 Conceituação de velhice e envelhecimento

Segundo Branco (1999, p.107) “o envelhecimento é um processo biológico universal. Na maior parte dos seres vivos, e em particular nos seres humanos, este processo não permite definições fáceis, não se resumindo a um simples transcurso de tempo”.

De acordo com Martinez (1994) apud Branco (1999, p.107) “Ele é dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por diversas manifestações nos campos biológico, psíquico e social, que ocorrem ao longo da vida de forma diferenciada em cada indivíduo”.

Os especialistas classificam o envelhecimento do ser humano pelas idades: cronológica, biológica, psicológica e social.

É necessário distinguir a idade cronológica da idade biológica. A idade cronológica é o tempo transcorrido a partir de um ponto: a data de nascimento; porém, esta medida, apesar de simples, tem um sentido apenas legal ou social. O tempo, em si, não produz efeitos biológicos. Os eventos ocorrem no tempo, mas não devido à sua passagem. Os eventos biológicos posteriores ao nascimento acontecem em momentos diversos e em ritmos diferentes em cada um de nós. Este processo também é influenciado pelo aparecimento de enfermidades, por fatores sócio-econômicos e ambientais.

Desta maneira, o processo de envelhecimento é influenciado não apenas pela idade, mas, em grande medida, pelo modo como o indivíduo vive. É provável que as mudanças relacionadas à idade comecem em diversas partes do corpo em momentos diferentes, e que o ritmo anual de mudanças varie entre diversas células, tecidos e órgãos, bem como de pessoa para pessoa.

Ao contrário do envelhecimento cronológico, facilmente mensurável, é difícil medir o envelhecimento biológico uma vez que não se dispõe de um marcador universal que espelhe todas as mudanças biológicas associadas à idade sem se referir exclusivamente à passagem do tempo.

Várias tentativas de definir este marcador já foram feitas; há, porém, uma grande variabilidade individual com relação a estes possíveis marcadores, o que dificulta a sua utilização. O envelhecimento biológico é multiforme e envolve diferentes órgãos e funções, produzindo-se de forma estrutural e funcional, e de maneira diferenciada nos níveis molecular, celular, tecidual e orgânico.

Por outro lado, o envelhecimento, do ponto de vista psicológico, pode se manifestar em duas esferas: a cognitiva, afetando a capacidade de pensamento, e a afetiva, incidindo na personalidade e no afeto.

Com o passar do tempo, as dimensões psíquicas da pessoa se transformam, transformações estas que não têm de ser necessariamente negativas. Ressalta-se, hoje, um enfoque positivo do envelhecimento, que minimiza as perdas e potencializa a experiência de vida. Tais experiências são o resultado dos acontecimentos vividos em toda trajetória de vida do indivíduo, de maneira a valorizar como produtivas vivências afetivamente negativas, tais como a aposentadoria, as perdas por afastamento e por morte e outras.

Assim, a capacidade de adaptação às perdas e às demais mudanças que ocorrem durante a vida determinam profundamente a capacidade de adaptação à idade avançada.

Do ponto de vista social Branco (1999, p. 109) afirma:

[...] o envelhecimento reflete uma inter-relação de fatores individuais e sociais, fruto da educação, trabalho e experiência de vida. A sociedade determina a cada faixa etária funções específicas que o indivíduo deve desempenhar, tais como estudo, trabalho, matrimônio, aposentadoria e outras.

Deve-se considerar que a adaptação social à velhice, à aposentadoria e à outras situações está condicionada, em grande parte, ao passado. Assim, o comportamento de uma pessoa diante de determinadas situações ocorrerá de acordo com os hábitos, gosto e estilo de vida adquiridos e elaborados ao longo dos anos.

Pode-se considerar o envelhecimento como o conjunto de processos que contribuem para aumentar progressivamente a probabilidade de doenças degenerativas. Isto é, o envelhecimento não é um processo de adoecimento

porque enquanto envelhecemos estamos experimentando mudanças normais, esperadas e associadas à idade.

Mas a probabilidade de adoecer aumenta com a idade, porque estas mudanças nos tornam mais vulneráveis à doenças que, na juventude, seriam combatidas com maior facilidade.

De acordo com Mascaro (1997, p.40) “Assim, as mudanças no curso de vida se expressam nos relacionamentos interpessoais, nas atitudes, sentimentos e no auto conceito dos próprios idosos”.

O conceito de velhice varia enormemente. Alguns especialistas acreditam que a velhice começa com o nascimento, já outros com o começo da vida sexual, e há aqueles que dizem que o início da velhice é aos 20 anos, quando termina o desenvolvimento físico. Outros determinam que o início da velhice se dá aos 40 anos (seriam os denominados gerantinos, porque começam a interessar à gerontologia).

O conceito de velhice é relativamente recente, mas a experiência do envelhecimento e da velhice remonta a tempos imemoriais, acompanhando o homem desde sua origem.

Como em qualquer outra etapa do desenvolvimento do homem, na velhice atuam mecanismos de duas ordens: de um lado, aqueles mais gerais e universais, próprios dos homens enquanto espécie; de outro, aqueles que resultam de opções particulares e que respondem pelos desafios de tempos e lugares específicos. Assim a velhice, além de representar um destino do ser, é uma categoria social: tem um estatuto contingente, pois cada sociedade vive e dá significados específicos ao declínio biológico do homem.

Em determinado ponto há unanimidade: a gerontologia, a geriatria, a antropologia e a sócio-economia estão de acordo em que a velhice, além de ser atualmente um problema individual, será em um futuro próximo um sério problema econômico-social.

1.2 Teorias que explicam o envelhecimento

Todas as espécies envelhecem e sofrem alterações notáveis desde o nascimento até a morte. Os cientistas desenvolveram teorias tentando explicar a razão pela qual as pessoas envelhecem, embora nenhuma delas tenha sido comprovada.

Dentre as várias teorias propostas para explicar o processo de envelhecimento, a mais abrangente, e mais amplamente aceita cientificamente na atualidade, é a teoria do envelhecimento pelos radicais livres.

Esta teoria foi proposta em 1954 pelo médico Denham Harman, pesquisador da universidade de Nebraska nos EUA, mas só adquiriu aceitação na comunidade científica depois dos anos 70, quando se descobriu a toxicidade do oxigênio. Segundo a teoria de Harman, o envelhecimento e as doenças degenerativas a ele associadas, resultam de alterações moleculares e lesões celulares desencadeadas por radicais livres. Essa teoria é ancorada nas inúmeras evidências científicas de que os radicais livres estão envolvidos praticamente em todas as doenças típicas da idade como as doenças coronárias, o câncer, a catarata, as doenças neurodegenerativas e outras.

A teoria dos radicais livres propõe que as células envelhecem em decorrência de danos acumulados devidos às reações químicas que ocorrem no interior das células. Durante essas reações são produzidas toxinas denominadas radicais livres. Os radicais livres terminam lesando as células e fazendo com que o indivíduo envelheça.

Com o passar do tempo, mais e mais lesões são causadas, até muitas células não funcionarem normalmente ou morrerem. Quando isso acontece, o organismo também morre. Espécies diferentes envelhecem em velocidades diferentes, dependendo de como as células produzem e respondem aos radicais livres.

Outros autores propõe várias outras teorias que são levadas em conta nos estudos à respeito do envelhecimento. Entre elas temos:

a) Teoria do envelhecimento programado que diz respeito à velocidade com que uma espécie envelhece e que é pré-determinada por seus genes sendo estes que determinam quanto tempo às células vivem. À medida que as células

morrem, os órgãos começam a apresentar um mau funcionamento e, finalmente, não conseguem manter as funções biológicas necessárias para manutenção da vida.

O envelhecimento programado ajuda na preservação da espécie: os membros mais idosos morrem em uma velocidade que permite o espaço para os mais jovens.

A teoria genética do envelhecimento assume que esse fenômeno é uma continuação do processo de desenvolvimento e diferenciação, e é uma seqüência de eventos codificados pelo genoma. Outro aspecto dessa teoria considera o encurtamento do telômero como o relógio molecular que dispara o processo de envelhecimento. Telômeros são estruturas encontradas no final dos cromossomos de células eucarióticas e sua presença permite a completa replicação do DNA cromossomal, além de proteger o final do cromossomo de danos.

b) Teoria de acúmulo de danos: focaliza a explicação para o envelhecimento no acúmulo progressivo de danos, em função do reparo e manutenção serem menores do que os necessários para a sobrevivência indefinida. O erro de síntese e/ou falha no reparo ou degradação de moléculas defeituosas seriam então os grandes responsáveis pela perda progressiva da função.

Até o final da década de 60, duas grandes teorias dominaram os enfoques no interior do campo da gerontologia social: a teoria da atividade e a teoria do desengajamento. Para ambas, a velhice é definida como um momento de perda de papéis sociais e trata-se de entender como se dá o ajustamento pessoal a essa situação definida como “perda”, e medir o grau de conformidade e o nível de atividade dos idosos.

Segundo Cavan (1965) apud Debert (1999, p.72) “a teoria da atividade considera mais felizes os idosos que encontram atividades compensatórias, permanecendo ativos”.

E, de acordo com Cumming e Henry (1961) apud Debert (1999, p. 73) “a outra teoria vê, no desengajamento voluntário das atividades, a chave do envelhecimento bem sucedido”.

Embora as pesquisas realizadas nas últimas duas décadas tenham tornado complexas as discussões sobre o tema, o que marca o debate atual ainda são os modelos antagônicos de se pensar o envelhecimento.

De acordo com Debert (1999, p.73):

No primeiro deles, trata-se de construir um quadro apontando a situação de pauperização e abandono a que o velho é relegado, em que ainda é, sobretudo, a família que arca com o peso dessa situação. Esse modelo é criticado porque estaria, sem pretender, alimentando os estereótipos da velhice como um período de retraimento em face da doença e da pobreza, uma situação de dependência e passividade que legitima as políticas públicas, baseadas na visão do idoso como um ser doente, isolado, abandonado pela família e alimentado pelo Estado.

[...]

No segundo, trata-se de apresentar os idosos como seres ativos, capazes de dar respostas originais aos desafios que enfrentam em seu cotidiano, redefinindo sua experiência de forma a se contrapor aos estereótipos ligados à velhice. Levado ao extremo, esse modelo rejeita a própria idéia de velhice ao considerar que a idade não é um marcador pertinente na definição da experiência vivida.

Esse segundo modelo, também sem pretender, acaba fazendo coro com os discursos interessados em transformar o envelhecimento em um novo mercado de consumo, prometendo que a velhice pode ser eternamente adiada através da adoção de estilos de vida e formas de consumo adequadas.

Debert (1999, p.74) diz que:

As revisões desses pressupostos apresentam uma série de dados que são fundamentais para pensar na experiência contemporânea. Entretanto, a imagem que projetam é ora a de uma sociedade cujas formas de controle se fundamentam cada vez mais na idade cronológica, ora a de que caminhamos para uma situação em que as diferenças de idade tendem a ser apagadas e a velhice é, sobretudo, uma questão de autoconvencimento.

1.3 Dimensão histórica e cultural do envelhecimento

O processo de envelhecimento sempre foi motivo de preocupação para o homem, segundo demonstram os mais antigos documentos médicos conhecidos. A primeira referência à medicina, entre os mesopotâmios, confunde-se com o

aparecimento do próprio símbolo médico: o caduceu. Nessa referência já se expressa a expectativa do rejuvenescimento, representado pela troca periódica da pele das cobras.

Uma das primeiras representações gráficas do envelhecimento ligado à debilidade veio do Egito: o hieróglifo que significa “velho” ou “envelhecer”, encontrado a partir de 2880-2700 a.C., representa uma pessoa deitada, sendo ideograma representativo de fraqueza muscular e perda óssea.

Desejar a imortalidade, a longevidade e a eterna juventude, derrotar a morte e a velhice, é um sonho mítico do ser humano, acalentado desde os tempos mais arcaicos. Essa busca incessante tem sido expressa por meios dos mitos, das fábulas, dos rituais mágicos e das receitas dos alquimistas.

Os mitos nos ensinam que encontrar a fonte da juventude, o exilir da longa vida, a pedra filosofal, é uma tarefa heróica. E o herói que deseja realizar tal façanha, deverá enfrentar inúmeros perigos e lutar contra terríveis obstáculos.

Durante o período hipocrático da história grega, aproximadamente 500 anos antes da Era Cristã, a teoria predominante de envelhecimento dizia respeito ao calor intrínseco. Segundo essa teoria, cada pessoa possuía uma quantidade limitada de matéria, inclusive calor, para ser usada durante toda a vida. O modo de utilizar esse calor e o tempo necessário para isso variaria de pessoa para pessoa. O calor intrínseco poderia ser reforçado ou restaurado, mas nunca ao seu nível inicial. Assim, a reserva total diminuiria até a morte da pessoa.

Os gregos glorificavam com ardor a juventude e viam a velhice como um flagelo e um castigo que aniquilava a força do guerreiro. Os gregos imaginavam a existência de um povo lendário, os hiperbóreos, que viviam numa terra misteriosa, ao extremo norte do mundo, onde o sol brilhava o ano todo e seus habitantes eram imunes à doença e a velhice.

Aristóteles expôs de maneira detalhada sua teoria do envelhecimento nos livros sobre a juventude e a velhice, a vida e a morte e a respiração. Segundo sua teoria, a alma seria combinada, ao nascer, ao calor intrínseco, e dele dependeria para se manter unida ao corpo. A vida consistiria na manutenção desse calor e de sua relação com a alma que se localizaria no coração. Para continuar aquecido, o

calor intrínseco exigiria combustível. À medida que esse combustível fosse consumido, o calor intrínseco diminuiria, sobrevivendo o envelhecimento.

As teorias de Hipócrates, posteriormente assumidas por Galeno, o mais famoso médico romano, foram aceitas como verdadeiras por quase 2.000 anos. Só no início do Renascimento um famoso médico alemão, Teophrastus Philipus Aureolus Bombastus von Hohenheim, conhecido como Paracelsus, propôs que as doenças e o envelhecimento poderiam ser causados pelo acúmulo de substâncias nocivas no organismo.

Muitas imagens e símbolos difundidos nas tradições religiosas e populares do mundo inteiro referem-se a plantas, alimentos e substâncias miraculosas que tinham o poder de curar os doentes, rejuvenescer os velhos e até ressuscitar os mortos.

Os alquimistas chineses da Antiguidade, por exemplo, procuravam a imortalidade e a longevidade ao mesmo tempo em que tentavam realizar a transmutação dos metais em ouro. Acreditavam que as pílulas preparadas com ouro em pó poderiam transformar os velhos em jovens novamente. Os alquimistas indianos, por outro lado, preferiam encontrar a planta que regenera e rejuvenesce, em vez de conquistar a imortalidade. As dietas médicas e alquímicas procuravam prolongar a vida e tornar o homem jovem e potente.

Conhecer a realidade da velhice nas sociedades antigas é uma tarefa muito árdua para os historiadores, pois não se tem dados suficientes para calcular a proporção de idosos na Antiguidade. A vida nessa época era muito dura e era necessário ter bastante saúde e resistência física para poder vencer inúmeras enfermidades. A velhice começava cedo e a longevidade era rara e “selecionada”, composta de pessoas muito resistentes. Isso porque cuidar da saúde era um privilégio da minoria.

1.3.1 Cultura indígena

Na maior parte das sociedades indígenas a transmissão dos elementos culturais como a mitologia, os rituais e os costumes são feitos oralmente e são os idosos que desempenham essa função fundamental para a sobrevivência dos

povos. Há relatos de velhos sábios com conhecimentos e poderes sobrenaturais que reuniam uma legião de seguidores. A importância da figura desses sábios está também na organização e reorganização social fundamental para a sobrevivência do grupo. Os saberes tradicionais englobam vários aspectos da vida nas aldeias, desde a medicina, com as curas através dos conhecimentos dos remédios feitos de ervas, até os cantos e as danças para os dias de festas. A valorização das tradições passou a ser mais freqüente, principalmente a partir da organização política e social que aconteceram nas últimas décadas para exigir o respeito aos direitos indígenas e a demarcação das suas terras. Esses processos utilizam os velhos como principais fontes para o resgate cultural das tradições que foram abandonadas e perdidas com o contato com as áreas urbanas.

Eles recriam o mundo através do pensamento, lembrando e contando os episódios e os mitos. Como conhecedores dos mitos, os velhos têm a função de ensinar para os mais novos o conhecimento dos antepassados. Além da transmissão desse conhecimento, os idosos têm outras funções importantes, como a de liderar os cantos e as danças na condução de vários rituais e de fazer brincadeiras com as pessoas. Como eles estão fora do sistema social, já cumpriram suas obrigações sociais, políticas e econômicas, eles têm essa figura de palhaços, fazendo piadas e brincando com as pessoas. Mas o papel social mais marcante entre os idosos é o de sábio ou profeta. Destaque-se que a cultura desses povos é marcada pela coletividade e pela falta de individualismo.

1.4 Dimensão sócio política e econômica do envelhecimento no Brasil

O chamado projeto neoliberal que ora se espalha por quase todos os países do mundo e vem se consolidando no Brasil, tende a acirrar os problemas sociais políticos e culturais do contingente excluído da chamada Revolução Técnica e Científica. A população idosa engrossa essa massa excluída, pois, dentre outras causas, tem oportunidades restritas de acompanhar o acelerado ritmo das mudanças tecnológicas.

Evidencia-se que as sociedades, sob a lógica do capital, tendem a transformar as pessoas em mercadorias e reduzem os velhos à condição de “mercadorias descartáveis”.

Beauvoir (1990) apud Fortes (2000, p.14) diz:

Para a sociedade a velhice aparece como uma espécie de segredo vergonhoso, do qual é indecente falar [...]. Com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada mas criminosa. Abrigada por de trás dos mitos da expansão e da abundância, trata os velhos como párias.

[...]

Exigir que os homens permaneçam homens em sua idade mais avançada implicaria uma transformação radical. Impossível obter esse resultado através de algumas reformas limitadas que deixariam o sistema intacto: é a exploração dos trabalhadores, é a atomização da sociedade, é a miséria de uma cultura reservada a um mandarinato que conduzem essas velhices desumanizadas. Elas mostram que é preciso retomar tudo, desde o início. É por isso que a questão passa tão cuidadosamente em silêncio [...].

A conjuntura marca a correlação de forças e sua análise permite detectar formas diferenciadas de poder da população idosa em contextos históricos determinados. A força política desta população vem, pouco a pouco, conquistando espaço e se tornando visível como fenômeno social relevante no Brasil.

Essa contradição é agravada por fatores culturais que idolatram o moderno, o novo, o jovem e ridicularizam o antigo e o velho. Assim, o idoso se depara com problemas de rejeição da auto-imagem e tende a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza. Dessa forma a marginalização do idoso se processa ao nível social e é quase sempre assumida pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o colocam à margem da sociedade.

A marginalização dos idosos parece mais gravemente evidenciada no modo de produção capitalista, em sociedades que atingiram certo grau de urbanização e industrialização e que requerem contingente de trabalho produtivo, jovem e dinâmico.

De acordo com Haddad (1992) apud Fortes (2000, p.22) “o drama da velhice vivido por crescentes segmentos da população, constitui a mais contundente denúncia da trajetória de vida imposta pelo reino do capital”.

O problema dos idosos no Brasil não se apresenta isolado do seu contexto social. Pelo contrário: resulta do sistema social global numa determinada sociedade e em determinado momento histórico.

Segundo Ianni (1963) apud Fortes (2000, p.22)

[...] o desenvolvimento industrial no Brasil repercute simultaneamente e sucessivamente sobre cada um e todos os níveis da realidade, processando-se uma reintegração do universo psico-social e cultural. Por intermédio de modificações contínuas e profundas deflagradas com a expansão do modo capitalista de produção, alteram-se as instituições sociais, a cultura, as estruturas básicas da personalidade e as concepções de mundo, constituindo-se a civilização industrial, que impregna os usos e os costumes de grupos cada vez mais amplos da nação.

De acordo com Beauvoir (1970) apud Debert (1999, p.198) “Contudo, o interesse alcançado pela velhice surpreende o discurso gerontológico brasileiro que inspirado em Simone Beauvoir, denuncia a ‘conspiração do silêncio’ como a forma característica do tratamento dado aos velhos no país.”

Essa denúncia é organizada em função de quatro elementos recorrentes no discurso dos gerontólogos brasileiros, empenhados em transformar a velhice em uma questão política. Esses elementos são: a iminência de uma explosão demográfica; a crítica ao capitalismo; a crítica à cultura brasileira que tenderia a valorizar o jovem e o novo e por último, aquele que diz respeito ao Estado.

O primeiro é a iminência de uma explosão demográfica, que exigirá o aumento dos gastos públicos para atender às demandas da população idosa. Os dados demográficos são usados não apenas para traçar o perfil atual da população idosa brasileira, que em 1980 representava 6,1 % da população total, mas, sobretudo para enfatizar projeções para o futuro próximo. A população brasileira de 60 anos ou mais, a partir do ano 2000, está crescendo a taxas oito vezes superiores aos índices de crescimento da população jovem. O Brasil já é o quinto ou sexto país com maior população idosa no mundo, uma situação alarmante e desafiadora para a sociedade civil e para o Estado, especialmente

num país que ainda se auto define como de jovens e, nesses termos, reflete suas potencialidades e problemas.

O segundo elemento que organiza o discurso gerontológico é uma crítica ao capitalismo, à forma selvagem como o sistema econômico impõe-se no contexto brasileiro. O velho, por não se constituir em mão-de-obra apta para o trabalho, é desvalorizado e abandonado pelo Estado e pela sociedade. A miséria e exclusão que acompanham vastos segmentos da população brasileira se tornariam mais amargas na velhice.

Segundo Salgado (1992) apud Debert (1999, p.200):

O século atual recebeu e desenvolveu essa imagem negativa (da velhice), sobretudo a fragilidade biopsíquica e a decadência. Isso aconteceu exatamente em uma época em que crescia a moral que valorizava os homens pela sua força física e capacidade de produção. Como resultado, a importância social dos idosos e as funções a eles atribuídas se tornaram praticamente inexpressivas. [...] Ressaltam-se, no velho, apenas as perdas. Nunca se enaltecem as conquistas [...].

O terceiro elemento é o da crítica à cultura brasileira que tenderia a valorizar o jovem e o novo, uma cultura mais preocupada em incorporar as últimas novidades produzidas no exterior do que em olhar para suas próprias tradições. A idéia de um país sem memória, que despreza seu passado, usada por historiadores e políticos, é para o discurso gerontológico a prova do descaso com que os velhos são tratados pela sociedade.

Conforme Vera e Camargo (1995) apud Debert (1999, p.201)

[...] a sociedade [...] tende a desqualificar o idoso, seu saber e acúmulo de experiências. Vivemos em um mundo que cultua o 'jovem' como valor de produção e de consumo, um mundo de rápidas transformações em que tudo que é 'velho' é necessariamente obsoleto e ultrapassado.

O quarto elemento diz respeito ao Estado. A modernização nos países de capitalismo avançado foi acompanhada de um declínio da família extensa, mas corresponde também à criação do *welfare state*. No Brasil, o declínio da família extensa, combinado com um Estado incapaz de resolver os problemas básicos da maioria da população, deixa os idosos em situação de extrema vulnerabilidade.

Segundo Saad (1992) apud Debert (1999, p.202):

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos - atualmente em uma etapa já bastante adiantada - transcorreu de forma gradual, durante um período que coincidiu com grandes transformações de cunho socioeconômico que possibilitaram avanços consideráveis no que diz respeito às condições de vida e bem-estar geral da população, incluindo-se logicamente, o seu segmento mais idoso. [...] Ao contrário, nos países menos desenvolvidos (o Brasil em particular), o processo de envelhecimento que começa a despontar e que caminha no sentido de uma intensificação surge em um momento de profunda crise econômica, onde as desigualdades e os problemas sociais parecem se agudizar. Neste contexto, em que coexistem problemas prementes relacionados com outros segmentos etários, torna-se difícil sustentar um diagnóstico otimista quanto à evolução da capacidade de dar respostas adequadas às crescentes demandas da população idosa. [...] Em que pese o envelhecimento progressivo da população ser uma consequência natural do processo de desenvolvimento de uma sociedade, mais do que uma sensação de júbilo, esse fenômeno começa a produzir um inquietante sentimento de preocupação no Brasil. Não é difícil perceber que nem a família, nem a comunidade e muito menos o poder público parecem estar suficientemente preparados para essa nova realidade demográfica. Ao contrário, como afirma Faria, no Brasil, 'o processo de modernização vem acabando com os mecanismos tradicionais de amparo à velhice sem ter ainda conseguido desenvolver mecanismos novos de proteção social típicos do Estado de Bem-Estar prevalentes nas regiões mais desenvolvidas'.

Esses quatro elementos são fundamentais na construção da imagem do velho brasileiro como vítima do sofrimento.

Dessa forma Sá (1991) apud Debert (1999, p. 203) nos ensinam que o idoso pode ser visto como:

[...] (um ser humano) discriminado, inativo, vivendo em condições precárias e em situação de perda do status, do prestígio e das relações funcionais decorrentes do trabalho [...] Conseqüentemente temos um idoso em crise: crise de identidade, que o leva na maioria das vezes, à retração, à volta a si mesmo, à síndrome de pós-aposentadoria caracterizada pelo isolamento, pela solidão, pelo desinteresse pela vida, alcoolismo, divórcio, decrepitude, senilidade, morte social e morte física.

1.5 Envelhecimento na contemporaneidade

A tendência contemporânea é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A idéia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são os momentos propícios para novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e da satisfação pessoal. As experiências vividas e os saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados em outras etapas e estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos mais jovens e dos mais velhos.

No Brasil, proliferaram, na última década, os programas voltados para os idosos, como as “escolas abertas”, as “universidades para a terceira idade” e os “grupos de convivência de idosos”. Estes programas, encorajando a busca da auto-expressão e a exploração de identidades de um modo que era exclusivo da juventude, abrem espaços para que uma experiência inovadora possa ser vivida coletivamente e indicam que a sociedade brasileira é hoje mais sensível aos problemas do envelhecimento.

As pessoas de mais idade, na certeza de que hoje não podem viver como antigamente, ocupam e redefinem os novos espaços criados para envelhecer, respondendo de maneiras diversas ao tipo de controle de emoções que passa a ser deles exigido.

Atualmente no contexto de se cultivar novos “modelos” de pensar o envelhecimento, é impossível não abordar os movimentos organizados de aposentados em associações ecléticas e no movimento sindical, onde o cidadão-idoso é sujeito na construção de uma nova relação social, num processo de recuperação das suas próprias armas de luta.

Segundo Laslett (1987) apud Debert (1999, p.19)

A invenção da terceira idade revela uma experiência inusitada de envelhecimento, cuja compreensão não pode ser reduzida aos indicadores de prolongamento da vida nas sociedades contemporâneas. De acordo com esse autor, essa invenção requer a existência de uma “comunidade de aposentados”, com peso suficiente na sociedade, demonstrando dispor de saúde, independência financeira e outros meios

para tornar reais as expectativas de que essa etapa é propícia à realização e satisfação pessoal.

Dessa forma os aposentados se impõem numa tentativa de romper com a visão capitalista de que só são produtivos aqueles que estão inseridos na produção e que, portanto, se responsabilizam pela sua própria manutenção. Também buscam romper com a ideologia que reforça, no próprio cidadão-idoso a idéia de inútil e improdutivo.

Segundo Castoriadis (1982) apud Fortes (2000, p.92)

No processo de tomada de consciência das ideologias que condicionam a relação com a velhice, o próprio idoso-trabalhador aposentado passa a assumir uma nova imagem de si mesmo e, simultaneamente, na construção coletiva de sua nova imagem social, pois conforme afirma Castoriadis 'A imagem do mundo e a imagem de si mesmo estão evidentemente sempre ligadas, e neste sentido, vai se dando a produção social da velhice'.

De acordo com Debert (1999, p.55)

Dessa perspectiva, a experiência contemporânea exigiria uma revisão das concepções da psicologia do desenvolvimento, em que o curso da vida é periodizado como uma seqüência evolutiva unilinear, em que cada etapa da vida, apesar das particularidades sociais e culturais, tem um caráter universal.

Nas considerações de que a velhice é uma nova juventude, uma etapa produtiva da vida, é sempre reiterada o direito à aposentadoria, a partir de uma determinada idade cronológica. A idéia de que o idoso é vítima de um processo de pauperização, de que é um ser abandonado pela família e alimentado pelo Estado, foi fundamental para a sua transformação em ator político.

Dessa forma o prolongamento da vida humana é, sem dúvida, um ganho coletivo, mas também tem se traduzido em um perigo, um risco, uma ameaça à reprodução da vida social. Os custos da aposentadoria e da cobertura médico-assistencial da velhice são apresentados como indicadores da inviabilidade de um sistema que, em futuro próximo, não poderá arcar com os gastos de atendimento, mesmo quando a qualidade dos serviços é precária, como no caso brasileiro. O futuro tem um lado sombrio em que é obrigatória a apresentação das projeções

sobre o crescimento demográfico da população idosa e os custos financeiros que ele trará para o Estado e a sociedade como um todo.

1.6 Características da população idosa no Brasil

Quissi (2005, p.14) diz que:

O Brasil no curso de seu desenvolvimento social já foi considerado um país do futuro porque havia nele uma maciça população jovem. Entretanto, nas últimas décadas, um novo dado vem se destacando. À medida que aumenta a qualidade de vida nosso país passa por um processo já vivenciado por outras nações: o envelhecimento da população.

O envelhecimento passa a ser cada vez mais em nossos dias uma preocupação geral devido o progressivo aumento da população idosa no mundo e, particularmente, no Brasil. Esse aumento deve-se à diminuição do número de nascimentos ocasionados pelos diversos meios contraceptivos utilizados nos últimos 30 anos, apresentando a população mudanças em sua pirâmide etária, verificando-se uma participação crescente da população idosa.

Projeções realizadas pela F.I.B.G.E. revelam tendência ascensionais de tal participação nas próximas décadas.

Tabela 1. Distribuição da população total do Brasil e da população de 60 anos e mais.

ano	População total	pop. c/ 60 anos e mais	% da pop. idosa sobre o total
1970	93 137 796	4 716 206	5,06%
1980	119 002 706	7 216 017	6,06%
1990	150 367 841	10 613 000	7,06%
*2000	179 486 530	14 352 000	8%
*2025	322 666 670	34 000 000	15%

Fonte: Anuário Estatístico – I. B. G. E. 1990.

*Estimativa

Os dados mostram que o Brasil está envelhecendo, ganhando cabelos brancos. No entanto, a expectativa de vida tem aumentado desigualmente nas regiões brasileiras.

Segundo estudos do PNUD (1996) / IPEA a respeito do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) no Brasil, é possível observar “três Brasis”. O primeiro é o Brasil desenvolvido, do sul e sudeste, com boa escolaridade e expectativa de vida em torno de 70 anos (o maior índice é o do Rio Grande do Sul com 74,6 anos de esperança de vida). O segundo Brasil é uma região emergente integrada por setes estados: Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Roraima, Rondônia, Amazonas e Amapá, considerada de médio desenvolvimento, com um PIB *per capita* acima dos índices médios mundiais, e com esperança de vida ao nascer em torno de 68 a 69 anos. Diferenciando-se dos demais estados, Roraima apresenta o maior índice brasileiro de expectativa de vida: 75,8 anos. Por fim, o terceiro Brasil está localizado no nordeste, com as menores taxas de alfabetização, com o menor PIB *per capita* e com índices de esperança de vida que oscilam de 53,7 anos (Paraíba) há 65,1 anos (Piauí), ambos abaixo da média brasileira, que é de 66,3 anos.

O envelhecimento populacional é um fenômeno recente na história da humanidade e vem acompanhado de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais.

Segundo Goldstein (2002) “O segmento mais idoso da população brasileira sofreu um rápido aumento a partir dos anos 60, quando começou a crescer em ritmo bem mais acelerado do que as populações adulta e jovem”.

Essa temática provocou uma preocupação generalizada em diversos segmentos profissionais e fez com que, nos últimos anos, proliferassem no Brasil os programas e associações destinados aos idosos, como o movimento dos aposentados, os movimentos assistenciais e os socioculturais. Em razão dessa visibilidade alcançada pelos idosos nos últimos anos, e graças aos esforços de organização dos profissionais dedicados a essa área de atuação, através de núcleos de estudo e pesquisa, os estudos teóricos e empíricos na área do envelhecimento começaram a florescer no Brasil.

De acordo com Witter (1999) apud Goldstein (2002) “quanto mais rápido e diversificado o desenvolvimento de uma área, maior a necessidade de pesquisas de avaliação”.

1.7 Envelhecimento Ativo

Esta é uma nova visão estratégica do envelhecimento que se aplica tanto ao nível individual quanto às sociedades que envelhecem, já que é uma visão que busca garantir qualidade de vida à medida que a população envelhece. O termo “ativo” se refere à continuidade da participação na vida social, cultural, espiritual, cívica e não apenas ser fisicamente “ativo” para participar da força de trabalho. O envelhecimento ativo pode ser abordado como uma política de Direitos Humanos voltados para os idosos, e envolve independência, participação, dignidade, acesso a cuidados. Muda a visão estratégica baseada nas necessidades de cuidados para uma visão baseada nos direitos de igualdade de oportunidades e de tratamento. Considera responsabilidade dos idosos exercerem sua participação no processo político, social, comunitário à medida que há manutenção da autonomia (capacidade de tomar decisões pessoais) e independência (realizar funções relativas à vida diária).

O envelhecimento ativo é uma recomendação da ONU (Organização das Nações Unidas) para as políticas públicas relacionadas ao envelhecimento. Ele prevê a otimização das oportunidades de saúde a fim de aumentar a qualidade de vida conforme as pessoas envelhecem. Se envelhecer é natural, isso não implica que o idoso vá aceitar a queda na saúde e na qualidade de vida como uma coisa natural.

Segundo Jorge (2005):

Houve uma época em que o cidadão passava a vida inteira trabalhando, trabalhando, e quando se aposentava, tudo que ele queria mesmo era descansar. Passar o dia relaxando em casa, sem ter que cumprir com obrigações ou seguir horários. A palavra de ordem era descanso. Mas o que vem acontecendo ultimamente no segmento da terceira idade é uma sensível mudança de comportamento, de um aposentado inerte e

passivo para um cidadão mais atuante. É um conceito que os profissionais de saúde costumam chamar de 'envelhecimento ativo'.

O crescimento da expectativa de vida e a melhoria da saúde dos idosos são duas das maiores façanhas deste século. No próximo século, esse fato trará, simultaneamente, oportunidades e desafios, pois com maiores expectativas de vida e menores taxas de nascimento aumenta significativamente a proporção de pessoas mais velhas na população de nossos países.

A idéia de “envelhecimento ativo” se objetiva na vontade e na capacidade de muitas pessoas mais velhas de continuarem a trabalhar ou exercer outras atividades socialmente produtivas em seus últimos anos fazendo com que toda nação possa promover o “envelhecimento ativo” de seus cidadãos idosos, com a obrigação de olhar suas escolhas e circunstâncias individuais, inclusive removendo os obstáculos à participação na força de trabalho, e reduzindo as barreiras para o emprego flexível e de tempo parcial, que já existem em outros países.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de determinantes que rodeiam as pessoas, as famílias e as sociedades. Esses determinantes são transversais, infraestruturais e atitudinais que interferem na qualidade de vida de todos os grupos etários, não só das pessoas de idade avançada. Isso significa que qualquer esforço no sentido de promover o envelhecimento ativo resultará em efetiva melhoria na qualidade de vida de todos.

Podemos observar que o envelhecimento ativo, é uma estratégia que visa melhoria nas condições de vida dos idosos e de todos que estão ao seu redor. Pressupostamente, ele se dá quando o idoso goza de uma boa saúde física, mental, material e social.

Entretanto, nem todos alcançam essa alternativa de vida, pois os idosos estão fragilizados e podem contrair algum tipo de doença que impeça o processo de uma vida ativa.

Dessa forma, abordaremos no próximo capítulo, doenças decorrentes do processo de envelhecimento. Falaremos especificamente da Doença de

Alzheimer, suas conseqüências e dificuldades para o portador e seu significado para a família.

2 Considerações decorrentes do processo de envelhecimento

Todos nós sabemos que a idade traz mudanças em nosso corpo. Algumas dessas mudanças são óbvias, outras, por sua vez, são mais sutis. Muitas pessoas envelhecem confortavelmente e permanecem ativas, alertas e mesmo vibrantes na terceira idade. Para estas pessoas a idade fisiológica pode ser mais jovem do que a idade cronológica.

Outras pessoas, no entanto, experimentam os efeitos da Doença de Parkinson, Osteoporose, Esquizofrenia, Esclerose, Hipertensão Arterial e a Depressão, dentre outras doenças, o que, gradualmente vai limitar as suas habilidades no desempenho pleno das suas atividades.

Saber o que esperar e tomar medidas para contrabalançar os efeitos da idade, pode ajudá-lo a manter o espírito jovem e uma vida independente. Veremos agora algumas dessas doenças e suas causas.

Em relação á doença de Parkinson esta estigmatiza a pessoa que a contrai, pois ela passa a ser vista como anormal e tem sua capacidade cognitiva desacreditada.

Segundo Zimermam (2000, p. 113)

A doença de Parkinson é uma patologia degenerativa do sistema nervoso central, progressiva e idiopática (manifesta-se subitamente, sem ter dado sinais anteriores). É uma doença limitante, que provoca grandes estigmas, principalmente devido aos tremores crescentes que provoca no paciente, dificultando a aceitação desse até pela própria família e amigos.

A etiologia da doença é pouco conhecida, mas há indícios de que exista uma predisposição genética nos pacientes que a desenvolvem, além de poder estar ligada a fatores ambientais, como o uso de agrotóxicos. Pode ainda ser desencadeada por algumas infecções virais do sistema nervoso.

As principais características da doença de Parkinson são rigidez muscular, dores musculares e articulares, tremor de repouso e lentidão para falar, caminhar e pensar. A doença também provoca instabilidade postural e rigidez facial. Com

o tempo, dificulta a locomoção, afeta a capacidade de alimentar-se e a motricidade fina. O tremor constante faz com que a pessoa tenha dificuldade para realizar várias atividades corriqueiras que exijam segurar objetos ou ter precisão para executá-las. Enquanto existe um número maior de casos de doença de Alzheimer registrados no sexo feminino, a doença de Parkinson atinge igualmente homens e mulheres.

A osteoporose também é uma doença comum entre os idosos, podendo inclusive a causar fraturas muito difíceis de serem curadas. Essas fraturas ocorrem com mais frequência nos pulsos, quadris e coluna.

Segundo Compston (1999 p. 07):

Osteoporose significa porosidade ou adelgaçamento (redução da quantidade de massa óssea) dos ossos, qualquer que seja sua causa, e aparece em quase todos os idosos. A perda de ossatura com o envelhecimento é um fenômeno universal, mas se torna uma doença quando a massa óssea diminui a tal ponto que possam ocorrer fraturas.[...] Com o envelhecimento e com algumas doenças, os ossos ficam menos densos e conseqüentemente mais frágeis, quebrando-se mais facilmente. Essas fraturas causadas pela fragilidade óssea são a marca registrada da osteoporose, sendo mais freqüentes no pulso, coluna e quadris.

A esquizofrenia (Esquizofrenia e outras Psicoses) começa no final da adolescência ou idade adulta jovem e persiste por toda a vida. De acordo com ABC (2001):

Cerca de 20% das pessoas com esquizofrenia não apresentam sintomas ativos aos 65 anos; 80% mostram graus variados de comprometimento. A doença torna-se menos acentuada à medida que o paciente envelhece. Os sintomas incluem retraimento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico, alucinações e afeto rígido. Os idosos com esquizofrenia respondem bem ao tratamento com drogas antipsicóticas que devem ser administradas pelo médico com cautela.

Outra doença comum entre os idosos é a esclerose múltipla sendo uma doença neurológica crônica, de causa desconhecida. A doença se caracteriza como lesão do sistema nervoso central, conhecida também como Doença Desmielinizante, pois lesa a mielina que recobre e isola as fibras nervosas dos impulsos do cérebro, do nervo óptico e da medula espinhal. A mielina é uma

substância constituída por proteínas e gorduras que ajudam na condução das mensagens que controlam todos os movimentos conscientes e inconscientes do organismo.

Segundo ABC (2001):

Na Esclerose Múltipla, a mielina se transforma em placa endurecida, interferindo na transmissão dos impulsos do cérebro, do nervo óptico e da medula espinhal, dificultando o controle das várias funções orgânicas. Os sintomas da E.M., se manifestam de diferentes formas. A primeira lesão a se manifestar clinicamente pode não ser a primeira ocorrida, notando-se: debilidade de uma ou mais extremidades (braços e pernas), perda visual unilateral (neurite ótica), falta de coordenação e parestesias, incontinências e retenção urinária e fecal, hesitação, vertigens, perda da audição, dores faciais, nos braços, nas pernas, no tronco e ainda impotência sexual.

No caso da Hipertensão Arterial e Crises Hipertensivas podemos dizer que é a elevação, repentina, rápida, severa, inapropriada e sintomática da pressão arterial, em pessoa normotensa ou hipertensa. Os órgãos alvo da crise hipertensiva são: olhos, rins, coração e cérebro.

Segundo ABC (2001)

A crise hipertensiva apresenta sinais e sintomas agudos de intensidade severa e grave com possibilidades de deterioração rápida dos órgãos alvo. Pode haver risco de vida potencial e imediato, pois os níveis tensionais estarão muito elevados, superiores a 110 mmHg de pressão arterial diastólica ou mínima. A pressão arterial (PA) é igual ao volume de sangue (VS) que sai do coração vezes a resistência periférica que ele encontra ao circular pelo nosso organismo ($PA = VS \times RP$).

Outra patologia comum é a depressão que pode surgir pela ingestão de alguns medicamentos, ou ser provocada por doenças físicas e cerebrais, ou ainda ser desencadeada por fatores sociais, perda de pessoas, de perspectivas, descuido consigo mesmo e com os grupos dos quais faz parte.

Segundo Zimerman (2000, p.108)

A depressão é uma doença que ocorre na criança, no adolescente, no adulto e no velho. A diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias reside no fato de que talvez o velho não tenha tanto apoio e motivação para sair dela. As depressões na velhice são quase sempre ligadas a perdas, doenças, carências e aspectos sociais

Geralmente, a depressão traz alguns efeitos que prejudicam a vida do idoso. Na área intelectual, ocorre a diminuição de capacidades e transtornos de memória que dificultam a aprendizagem. Na área social, ocorre o afastamento dos grupos, a perda de status, o abandono, o isolamento. Do ponto de vista somático, podem ocorrer problemas cardíacos, pulmonares e gastrintestinais.

Alguns dos principais sintomas da depressão, é tristeza, falta de motivação, desânimo, perturbações do sono, perturbação na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda do gosto pela vida (daí que, em casos mais extremos, a depressão possa vir acompanhada do risco de suicídio).

Além de conhecermos algumas das doenças mais comuns decorrentes no processo de envelhecimento, veremos no próximo item a doença de Alzheimer, tendo em vista o presente trabalho que se refere a essa patologia.

2.1 A doença de Alzheimer

A doença de Alzheimer foi descrita em 1907 pelo psiquiatra alemão Alois Alzheimer, sendo a doença neurodegenerativa mais comum. Caracteriza-se por apresentar uma demência de instalação progressiva, sendo responsável por 60% dos casos de demência.

De acordo com Barasnevicius (2002, p.119)

Demências são doenças mentais que se caracterizam por alterações progressivas da memória, orientação temporo - espacial, aprendizado, crítica, expressão verbal e concentração. Nas demências ocorrem mudanças da personalidade e diminuição da capacidade de executar tarefas rotineiras com a facilidade de antes.

Os fatores de risco para doença de Alzheimer são: idade avançada (afeta até 5% das pessoas com mais de 65 anos de idade e 20% das com mais de 80 anos), história familiar de doença de Alzheimer e síndrome de Down, embora casos familiares de doença de Alzheimer sejam raros.

As alterações encontradas no cérebro de pacientes com doença de Alzheimer são os fusos neurofibrilares e as placas senis, a redução do número de neurônios e de sinapses (ligações entre os neurônios). Essas anormalidades predominam nos lobos frontal, temporal e parietal.

A doença de Alzheimer diminui o tempo de vida previsto, mas ambiente seguro, acompanhamento médico e demais cuidados fazem com que muitos pacientes vivam vários anos em casa ou em estabelecimentos especializados. O médico nunca pode prever quando a morte vai ocorrer até a última fase do estágio terminal. É muito comum pacientes terminais perderem peso, terem dificuldades em engolir, em controlar a bexiga e o intestino e em andar e falar. O corpo tende freqüentemente a se dobrar, adquirindo posição fetal. Podem ocorrer diversas infecções na bexiga e nos pulmões, o que enfraquece gradualmente o organismo que já está frágil.

Em algum período da doença, as células nervosas na parte do cérebro que controla a memória, o raciocínio e a capacidade de julgamento ficam danificadas, interrompendo-se assim as mensagens entre as células nervosas (neurônios). As mensagens são passadas por agentes químicos ou neurotransmissores. Faltaria um neurotransmissor específico nos portadores da Doença de Alzheimer e acredita-se que isso esteja relacionado à doença.

Ocorreria um encolhimento do córtex cerebral (ou atrofia) que diminuiria a área de superfície cerebral, requisito importante para o indivíduo pensar e funcionar. Os ventrículos cerebrais ficam maiores. As células nervosas também se modificam e essas modificações, sinais da doença, podem ser vistas por ocasião da autópsia. Essas alterações são denominadas placas neuríticas ou emaranhados fibrilares.

2.1.1 As causas da doença

A doença de Alzheimer não é causada pelo endurecimento de artérias ou vasos sanguíneos. A maioria dos portadores da doença de Alzheimer tem vasos sanguíneos normais. Entretanto, ocorre uma “desordem correlata”, que também ocasiona perda incurável de memória e é denominada de demência por infartos

múltiplos (DIM), conseqüência de pequenos e múltiplos derrames não identificados. Algumas pessoas com DIM às vezes sofrem danos cerebrais.

Os sintomas ocorrem da seguinte forma: no começo são os pequenos esquecimentos, aceitos pelos familiares como parte normal do envelhecimento, mas que vão agravando-se gradualmente. Os idosos tornam-se confusos, e por vezes, ficam agressivos, passam a apresentar distúrbios de comportamento e terminam por não reconhecer os próprios familiares.

À medida que a doença evolui, tornam-se cada vez mais dependentes dos familiares e cuidadores, precisando de ajuda para se locomoverem, têm dificuldades para se comunicarem, e passam a necessitar de supervisão integral para suas atividades comuns de vida diária (AVD), até mesmo as mais elementares, tais como alimentação, higiene pessoal, vestir-se, etc..

Segundo Barasnevicius e Viana (2002, p.120), “a doença evolui em três estágios, que duram em média três anos cada, progredindo constantemente, embora muitos pacientes possam apresentar evolução mais lenta, de até 20 anos”.

O estágio inicial caracteriza-se por perda de memória em curto prazo, dificuldade de encontrar palavras, desorientação no tempo e no espaço (pode se perder em locais conhecidos), dificuldade para tomar decisões, perda da iniciativa e da motivação, depressão, agressividade, perda do interesse por atividades e passatempos, dificuldades com tarefas que antes executava com facilidade.

O paciente está ainda consciente das suas perdas, o que pode resultar em frustração, lágrimas, humilhação e depressão.

Necessita de apoio para manter-se calmo, podendo mostrar-se a ele que ocorrem perdas, mas que há ainda funções preservadas. Tende inicialmente a negar que há algo de errado, mas essa negação, se permanente, pode impedir que seja tratado adequadamente. O paciente deverá ser assessorado do ponto de vista financeiro por uma pessoa em quem ele confie devido ao agravo da doença. Se ocorrer resistência, deve haver interdição judicial para evitar dilapidações de patrimônio.

Já no estágio intermediário ocorrem dificuldades com o dia-a-dia, a memória continua a piorar e o paciente se torna dependente, sem capacidade de viver só, necessita de auxílio para compras e higiene. Vão aumentando as dificuldades para falar e compreender perde-se com facilidade e se acentuam as alterações de comportamento como ciúmes, desconfianças, alucinações.

O paciente pode achar que não está em sua própria casa e nesse caso, deve-se levá-lo a um passeio curto e retornar dizendo que estão entrando em sua casa. O estabelecimento de rotinas para as atividades de alimentação e higiene, bem como a visualização de calendários e informações escritas podem ajudar o paciente a se localizar.

As alterações de comportamento podem ocorrer por uma percepção errada do paciente em relação ao ambiente, e muitas vezes não adianta dar uma explicação lógica, principalmente se ele estiver numa crise de raiva, pois terá dificuldade em acompanhar o raciocínio. Deve-se concordar com aquilo que for possível, ainda que totalmente sem base, sem levantar o tom da voz, para o paciente não se sentir ameaçado.

Se o cuidador sentir que vai perder o controle, chame outra pessoa. Se as crises se repetirem, pode ser necessária uma medicação sedativa. Os pacientes tendem a ficar mais agitado no final da tarde, sendo isso chamado de efeito do pôr-de-sol. Acender as luzes nessa hora pode ajudar.

No estágio final a perda de memória se acentua ainda mais, não reconhece mais amigos, familiares e locais. A linguagem se perde e vai sendo substituída por gemidos, gritos ou mutismo. Tem dificuldades para se alimentar, engasgando-se, havendo grande risco de aspirar o alimento e infectar o seu pulmão.

Tem grande dificuldade para entender o que se passa ao seu redor, desorienta-se em sua própria casa. Caminhar vai sendo cada vez mais difícil, ficando restrito à cadeira de rodas e, depois, ao leito.

Passa a apresentar incontinência urinária e fecal, devendo usar fraldas. Seu comportamento em público é inadequado. A morte ocorre por infecções respiratórias e escaras.

2.1.2 Diagnóstico e tratamento da Doença de Alzheimer

Na fase inicial o diagnóstico baseia-se no exame clínico, devendo ser descartadas outras causas de demência, como distúrbios endócrinos e lesões vasculares cerebrais.

O diagnóstico permite que o paciente seja tratado adequadamente, embora nenhum medicamento leve à cura. A doença de Alzheimer é crônica, progressiva e, até o momento, incurável. No entanto, a cada dia aumenta a compreensão sobre determinadas características dessa doença, surgem novos medicamentos e o diagnóstico é feito mais precocemente.

Desde 1993, têm sido usadas no tratamento drogas que aumentam a oferta do neurotransmissor acetil-colina diminuindo a sua degradação. São eles a Tacrina (Cognex e Tacrinal), o Donazepil (Aricept) e a Rivastigmina (Exelon).

Além do tratamento farmacológico deve-se fazer o treinamento da atenção, memória, linguagem e orientação, usando-se agendas e calendários. Todo o tipo de tratamento deve incluir familiares e cuidadores, que devem receber informações, apoio e suporte. Os avanços mais recentes nas pesquisas da doença de Alzheimer nos fazem crer que, no futuro, haverá mais pacientes com vida independente por mais tempo.

Conforme Gwyther (1985, p. 31)

Como a Doença de Alzheimer não é resultado da falta de sangue ou oxigenação cerebral, os vasodilatadores não funcionam na doença de Alzheimer. Como não é uma deficiência vitamínica, vitaminas não atuam. Até agora não há tratamentos ou cura definitiva para a doença de Alzheimer, porém os sintomas associados podem ser controlados.

Vimos algumas características da doença de Alzheimer, de como surge, seu diagnóstico, seus estágios e tratamentos. Conheceremos a seguir quem são

os cuidadores dos que possuem essa forma de demência, como se comportam e quais os cuidados a serem tomados com os idosos.

2.2 Quem são os cuidadores dos idosos em situação de dependência

Na literatura sobre cuidadores de idosos dependentes, segundo Barer e Johnson (1990) apud Mendes (2000, p.172):

Os critérios utilizados para identificar esses cuidadores, no entanto, não são claros, havendo múltiplas definições. Algumas delas restringem os cuidadores domiciliares à esfera das relações familiares, ou seja, o cuidador domiciliar é definido pelos vínculos parentais existentes com a pessoa cuidada. Outras definições são baseadas no tipo de cuidados prestados ao idoso dependente, podendo ser caracterizado, como cuidador, desde aquele que dá apenas uma retarguarda até aquele que oferece dedicação exclusiva por longos períodos”.

Outros autores como Cafferata e Sangl (1987) apud Mendes (2000, p.172), são mais explícitos e distinguem:

O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso dependente, no domicílio. Os cuidadores secundários seriam os familiares, voluntários e profissionais que prestam atividades complementares.

Segundo Brandão (1996) apud Zimerman (2000, p.85):

cuidadores são pessoas que se dedicam à tarefa de cuidar de um idoso, sejam elas membros da família que, voluntariamente ou não, assumem essa atividade, sejam pessoas contratadas pela família para esse fim.

O papel dos cuidadores é o de reconhecer as necessidades, possibilidades e as limitações da pessoa a ser cuidada fazendo parte do *staff* de saúde (gerontólogo, médico, fisioterapeuta, nutricionista, etc.). E para o sucesso do trabalho, é importante que o idoso seja tratado com atenção e respeito, precisando ter-se conhecimento da situação do velho e da família, liberdade para

falar com os familiares e os técnicos, dando e recebendo informações do estado do paciente.

Segundo Szrajer (2002, p.39)

Cuidador é aquele que acorda de madrugada para cuidar de seu paciente[...] Ora, o cuidador não verá a pessoa deficiente como seu paciente, e sim como seu pai, sua mãe, seu filho, ou outra pessoa muito ligada a si. Geralmente não há uma relação comercial e profissional entre o cuidador e o cuidado.

As pesquisas citadas por Sinclair (1990) apud Mendes (2000, p.173)

apresentam classificações, como, por exemplo, por tipos de cuidados: latentes ou manifestos, de curto ou longo prazo, freqüentes ou ocasionais, complexos ou simples. Outras classificações consideram as relações implícitas aos cuidados, como a intensidade ou privacidade requerida, a impessoalidade e a interação entre o cuidador e a pessoa cuidada. O grau de interesse entre cuidador e paciente é também citado, na medida em que determinados tipos de cuidados são oferecidos fora dos domicílios.

Essas distinções permitem que as demandas sejam verificadas por cuidados, as formas para os cuidados, os modos de experimentar os cuidados, tanto pelos cuidadores quanto pelos pacientes.

Outras classificações como a de Weiss (1975) apud Mendes (2000, p.174) "distinguem cuidados caracterizados por 'intimidade e ligações afetivas', 'integração social', 'função nutriente', 'reafirmação de valores', 'confiabilidade' e 'orientação'".

Segundo Bayley (1985) apud Mendes (2000 p. 174):

[...] que dividem os cuidados em pessoais e práticos, distinguindo os 'cuidados muito pessoais' (dar banho); 'cuidados pessoais' (cozinhar); 'cuidados gerais' (sistematizar a ingestão de remédios); 'cuidados sociais' (como ir ao banco ou acompanhar ao médico). Essas classificações exigem, é claro, verificar quem executa esses cuidados, se parentes, amigos/vizinhos e/ou profissionais.

De acordo com Mendes (2000, p.176)

A identidade de cuidador, portanto, vai sendo construída no processo de cuidar do outro. É no seu fazer que a dimensão de cuidar vai sendo internalizada e concretizada. É no processo relacional com o outro (paciente) e consigo mesmo, que o cuidador vai produzindo, para além da atividade de cuidar, a sua identidade. É uma mudança que se opera na relação entre ambos, processada no tempo, levando-o a apropriar-se de sua nova condição de cuidador e redefinindo todas as relações que o cercam.

Assim, o processo de construção de identidade do cuidador vai sendo operado no enfrentamento de um novo cotidiano, sendo este o espaço do imediato, em que os indivíduos devem “funcionar” por meio do saber prático.

Esse processo joga para o cuidador novas demandas, que passam a exigir toda sua energia. Também o doente tem para si, a vivência radical de sua dependência em relação ao outro causando-lhe sensação de impotência. Essa relação de dependência passa a ter significados diferentes para ambos. Para o paciente, a relação de dependência está inscrita na sua capacidade de realizar a maioria das atividades sozinho e para o cuidador, a relação de dependência com o paciente está inscrita na necessidade do outro por cuidados pessoais e atenções constantes não sendo apenas simples mudança de rotinas, mas sobretudo, das condições de existência de cada um em relação com o outro e consigo mesmo.

Observamos que existem diferentes tipos de cuidadores, mas que possuem os mesmos objetivos que são de cuidar, dar assistência para sobrevivência desses idosos, seja apoio básico ou de saúde. O papel da família no processo da doença é de grande importância, sendo que na maioria das vezes ela é o primeiro cuidador a ter contato com o idoso quando este não estiver em situação de abandono. Entretanto veremos qual o significado da doença de Alzheimer para estas famílias.

2.3 O significado do Alzheimer para a família

A família é o campo básico da reprodução da vida, sendo considerada por muitos autores como o “porto seguro”. Mas, quando uma família é surpreendida

por uma doença, fica fragilizada e as atitudes comportamentais variam. A doença abala e ocasiona incerteza, insegurança e outros sentimentos negativos.

Poucas pessoas estão preparadas para a responsabilidade e para a sobrecarga que é cuidar de um portador de DA. O impacto do diagnóstico em uma família é extremamente desalentador, pois existe um desconhecimento da doença, do que fazer, como agir, como entender a pessoa afetada e como entender seu próprio sentimento.

Segundo Caldas (2002) “Freqüentemente os familiares vêem-se limitados, e os sentimentos de desespero, raiva e frustração alternam-se com os de culpa por ‘não estar fazendo o bastante’ por um parente amado.”

Reação de raiva, vergonha e até dificuldade em pedir ajuda aos outros também é comum em algumas famílias sendo que estas ficam paralisadas em determinadas situações ou muitas vezes se acomodam sem iniciativa. O aumento da despesa é também um fator preocupante para família.

A família muitas vezes no sentimento de raiva passa a pensar o porque da doença estar acontecendo justamente àquela pessoa de seu convívio, transferindo aos outros sua raiva e ao idoso também pelo seu comportamento difícil.

De acordo com Caldas (1995) apud Caldas (2002):

[...] a sobrecarga física, emocional e socioeconômica do cuidado a um familiar demenciado é imensa. E não se deve esperar que os cuidadores entendam e executem as técnicas básicas de enfermagem corretamente. O enfermeiro precisa treinar o cuidador e supervisionar a execução das técnicas básicas de enfermagem, incluindo o posicionamento no leito, banho, alimentação, troca de roupa de cama, etc. A família deve ser preparada para os sentimentos de culpa, frustração, raiva, depressão e outros sentimentos que acompanham esta responsabilidade.

A fase mais difícil do Alzheimer é enfrentada pela família do paciente que acompanha todo o desenvolvimento da doença. A doença de Alzheimer afeta os familiares de modo devastador. As dúvidas e incertezas com o futuro, a grande responsabilidade, a inversão de papéis onde os filhos passam a se encarregar dos cuidados de seus pais, além da enorme carga de trabalho e sobrecarga

emocional, acabam por gerar no meio familiar intenso conflito e angústia submetendo a família à enorme pressão psicológica que vem acompanhada de depressão, estresse, queda de resistência física, problemas de ordem conjugal, etc.

É necessário que a família conheça sobre a doença, como se manifesta, quais os sintomas, como será sua evolução e saber o que fazer em determinadas situações beneficiando a qualidade de vida do idoso.

Harvins e Rabins (1989) apud Caldas (2002):

destacam que a assistência ao paciente demenciado pode ser muito estressante e pode levar muitos familiares a desequilíbrios físicos e psicológicos. Os cuidadores apresentam vários sintomas de stress, geralmente têm um balanço afetivo negativo e, em relação à população em geral, eles apresentam menor nível de satisfação de viver.

À medida que o paciente regride, há um grande risco de se desconsiderar a sua dignidade, individualidade e liberdade quando os familiares passam a encarar o paciente como um estranho vivendo num corpo que anteriormente abrigou a pessoa que eles conheciam, sem levar em conta sua história pessoal de vida. Há, portanto, o risco do paciente ser tratado de uma forma impessoal e até desumanizada, apesar de todo cuidado físico.

De acordo com Santos (2003, p.82) “as dificuldades de interação entre os familiares cuidadores e os portadores de Alzheimer geralmente provocam muitos conflitos que favorecem o gradual o distanciamento entre familiar e portador”.

Entretanto, a maneira como os portadores experienciam a doença está também relacionada com os significados que os familiares atribuem ao seu empenho.

Segundo Canguilhem (1978) apud Santos (2003, p.86)

Diante das dificuldades vivenciadas pelos cuidadores, recordar “a maneira como ele era” é uma forma de elaborar as perdas. O cuidador se utiliza das recordações como uma estratégia de enfrentamento e vai gradativamente se adaptando à situação, ao mesmo tempo em que vai ressignificando seu familiar como doente.

À medida que os cuidadores vão construindo a demência como uma doença e vão reinterpretando seu significado, passam também a re-significar seu papel junto ao seu familiar. Então, operam-se mudanças importantes em suas relações, na dinâmica e na estrutura familiar onde se consolida a redefinição ou troca de papéis.

Segundo Santos (2003, p.86)

A aceitação de ter que assumir novos papéis é um processo que vai se configurando com a evolução da doença. Porém, é somente através das manifestações das dificuldades do portador que o familiar vai compreendendo que terá de assumir novos papéis, que extrapolam as atividades do cuidar

No entanto, geralmente, existe uma situação que serve de “divisor de águas”, isto é, um fato que leva o familiar a se conscientizar da necessidade dessa mudança.

De acordo com Caldas (2002)

Por haver uma relação com o idoso anterior ao processo demencial, a família tem muita dificuldade de aceitar e enfrentar transformação daquela pessoa que progressivamente vai assumindo um outro modo de ser, embora o mesmo corpo tão conhecido permaneça.

Com isso, embora haja um membro da família que termina tornando-se o principal responsável pelos cuidados do idoso, todo o sistema familiar necessita envolver-se no cuidado, até porque, à medida que isso ocorre, cada membro da família tem a possibilidade de compreender o que está acontecendo com o idoso e pode contribuir para aliviar a carga destes familiares.

Ainda segundo Caldas (2002) “É fundamental para a atenção ao idoso que seus familiares sejam vistos nas suas singularidades. E como tais precisam ser ouvidas suas necessidades detectadas e, a partir deste diagnóstico, receber cuidados”.

Os cuidados a serem prestados aos familiares devem garantir apoio à sua desgastante tarefa. A família precisa receber atenção específica dos profissionais da saúde e é preciso que estes profissionais da saúde compreendam que o

cumprimento das prescrições e orientações por parte dos cuidadores não significa que as necessidades do idoso estão sendo plenamente atendidas.

Assim, quando há uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao doente em processo demencial.

Um cuidador que recebe apoio adequado busca aprender e descobrir novas estratégias para lidar com seu ente querido, reduzindo os desencontros entre as necessidades de ambos. Com isso é possível que aprenda a fazer ajustes no seu cotidiano e não anule as suas possibilidades de continuar a ter uma vida própria.

O que os cuidadores familiares demandam, além de compreensão, é apoio estratégico e institucional, pois suas necessidades não são apenas de ordem emocional, sendo também objetivas e subjetivas, como poder contar com estruturas confiáveis para acompanhar o seu familiar idoso e para atender a eles próprios que se esgotam e necessitam de atenção.

Vimos que é a família a perceber as mudanças de estado, o surgimento de algo que encontra-se errado em relação ao idoso, é nelas que a maioria dos idosos convivem, e não é fácil lidar com este tipo de demência tanto para família quanto para o idoso. Veremos a seguir como essas famílias enquanto cuidadoras agem e trabalham com essa situação e como, muitas vezes em momento de desespero, angústia, tentam entender o significado da doença de Alzheimer.

2.3.1 A família enquanto cuidadora

Sendo a linguagem a base universal da comunicação humana preciso é que se estabeleça entre cuidador e paciente um meio eficiente de compreensão e entendimento através do exercício constante da imaginação e da criatividade criando assim um elo facilitador da convivência entre ambos.

Não tendo sido devidamente diagnosticada a doença de Alzheimer e seus sintomas podem as mesmas serem tomadas como processo normal de envelhecimento não sendo tratado com devido cuidado pela família. E assim o problema da comunicação é um dos primeiros e mais difíceis pontos a serem enfrentados e solucionados.

Segundo Kleinman (1980) apud Santos(2003, p.33):

O campo familiar é onde tudo começa, isto é, onde os primeiros sinais ou signos de uma doença são percebidos, as primeiras atitudes são tomadas e o processo terapêutico é implementado, avaliado e substituído quando necessário.

É na família que os indivíduos são cuidados, independentemente do sucesso do processo terapêutico, do suporte recebido, do conhecimento disponível sobre a doença, da evolução desta e a complexidade dos cuidados requeridos.

Sayeg (2005) nos ensina que:

A família colabora decisivamente com o sucesso desse empreendimento uma vez que seus membros costumam possuir entre si uma comunicação muito particular com gestos, olhares, determinadas atitudes, expressões faciais e movimentos que expressam com clareza, muitas vezes até mais que as palavras, os mais variados sentimentos: alegria, raiva, impaciência, ansiedade, etc.

Uma das necessidades mais prementes é aquela que diz respeito à comunicação com o doente. O paciente deve ser alertado para o fato de que o cuidador tem algo a lhe dizer. Um simples toque nos ombros, com a frase “vamos conversar”, colocará o paciente atento e receptivo. Deve-se ter em conta que certos pacientes reagem com medo e se assustam quando são tocados inesperadamente sendo nestes casos melhor chamar sua atenção verbalmente antes do contato físico.

Durante o diálogo é importante que se mantenha a atenção do paciente olhando-o nos olhos. Se o paciente estiver em pé, o cuidador também deverá estar; se estiver sentado, o cuidador deve se sentar ou com um dos joelhos no chão permitindo a visualização direta ou também segurando as mãos do paciente porque isso traz segurança e transmite afetividade.

O timbre de voz deve ser adequado às necessidades do ambiente e às limitações auditivas do paciente. Um tom calmo, pausado e seguro completam as necessidades de uma boa abordagem para o diálogo. Deve-se falar pausadamente, dando o tempo necessário para que o paciente compreenda, elabore e emita a resposta. É necessário que a pergunta seja repetida, quando se nota hesitação e dúvida quanto ao entendimento.

Se o cuidador estiver tratando de um assunto e pretender passar para outro, é imperativo que o assunto anterior esteja bem terminado. O paciente deve então ser alertado de que aquele assunto terminou e que irão iniciar uma nova conversa, com outro teor, um outro assunto.

A comunicação pode ser prejudicada por fatores que distraiam o paciente e dificultem o entendimento, tais como: televisão ligada, pessoas falando alto ao mesmo tempo ou ruídos externos de origem desconhecida.

Na comunicação e linguagem do paciente, constata-se com freqüência a ocorrência de pausas inadequadamente longas entre as frases ou mesmo dentro delas. Outro fato comum é o paciente esquecer momentaneamente uma palavra e só após grande esforço e concentração terminar por encontrá-la.

As medidas adotadas pelo cuidador nestes casos são intuitivas e racionais: dar-lhe tempo para que encontre a palavra desejada, não o pressionando, acalmando-o e fornecendo-lhe algumas pistas, quando se nota que será difícil que resolva o problema sem ajuda. A atitude do cuidador é fundamental. Uma postura calma e segura gera no paciente um sentimento de segurança, aliviando a tensão e resultando em melhores respostas.

Devido à complexidade da doença de Alzheimer necessário se faz que o tratamento seja dirigido por uma equipe multidisciplinar de médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros especialistas treinados na área de doenças mentais. O acompanhamento médico é importante para o diagnóstico precoce, introdução rápida da medicação, monitoração dos efeitos colaterais e observação da melhora ou da estabilização do quadro clínico. Isso deve ser feito pela observação dos familiares em conjunto com o médico sendo importante para esses profissionais que a família consiga descrever alguns comportamentos do dia-a-dia do paciente.

Segundo Dias, (2002, p.63) “o membro da família que está apto para cuidar deve ter mais disponibilidade, estar mais próximo do paciente, bem como receber treinamento adequado para desempenhar esse papel”.

Deve-se evitar falar com o paciente da mesma forma como se fala com uma criança. Pacientes que ainda detêm algum grau de discernimento não gostam de ser infantilizados. Ninguém conhece melhor o paciente que o seu cuidador principal. Nas situações duvidosas, se o cuidador se imaginar no lugar do paciente, muito provavelmente acabará por descobrir se determinada atitude é adequada ou não. Essa inversão de posições é extremamente útil e deve ser exercitada no dia-a-dia.

De acordo com Sayeg (2005)

é importante que a família saiba reconhecer quando o paciente ou ela mesma estão negando que exista o problema (este comportamento geralmente aparece no momento do diagnóstico ou na mudança das fases da doença) o cuidador deve observar quando o paciente apresenta distúrbios comportamentais precisando assim entender por que surgem e como são esses problemas, para ajudar a encontrar possíveis soluções ou introduzir terapia medicamentosa adequada, sendo necessário entender bem que o paciente sob seus cuidados está doente e que o tratamento medicamentoso tem de ser prioridade, e se não utilizado pode retardar a progressão da doença.

Portanto, é importante que o cuidador verifique se o paciente está tomando corretamente a medicação. Esse é um dos motivos de fracasso terapêutico e se preciso, deve-se monitorar o paciente desde a fase inicial da doença, não esquecendo que algumas vezes podem ocorrer efeitos colaterais. O médico é o único que poderá orientar sobre isso.

Outro fator necessário e é em relação à adaptação do ambiente onde convivem o paciente e o cuidador sendo de fundamental importância na prevenção de acidentes. Os cuidados devem ser em relação à reorganização da rotina diária porque as casas estão construídas e mobiliadas de maneira que constituem verdadeiras armadilhas. A palavra-chave nesse caso é ADAPTAR e não mudar completamente. Com isso, as necessidades do cuidador e do paciente devem ser balanceadas beneficiando o bem-estar e conforto destes.

Portanto vimos neste capítulo considerações importantes decorrentes do processo de envelhecimento, o que é a doença de Alzheimer, como ela pode ser diagnosticada, quais os possíveis tratamentos, deixando claro que por ser uma doença decorrente do envelhecimento não possui diagnóstico exato. Também vimos quem são os cuidadores, qual o significado da doença para eles, e como eles se comportam, principalmente a família, que tem papel fundamental no tratamento tanto como cuidadora tanto como estimuladora ao portador da doença de Alzheimer.

A seguir trataremos dos profissionais do Serviço Social de suas bases teórico-metodológicas e de seu projeto ético-político no intuito de contribuir e atuar diretamente com essa demanda, dando respaldo profissional que refletirá no atendimento às famílias, visando a melhores condições de vida para os idosos com transtornos mentais que encontram-se fragilizados pelo sistema vigente, mas que possuem um sistema individualizado de viver.

3. POSSIBILIDADE DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO À FAMÍLIA CUIDADORA

3.1 Considerações iniciais sobre o Serviço Social

Na concepção de Yamamoto e Carvalho (2003, p. 77) lê-se que:

O serviço social se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho, tendo por pano de fundo o desenvolvimento capitalista industrial e a expansão urbana, processos esses aqui apreendidos sob o ângulo das novas classes sociais emergentes, a constituição e expansão do proletariado e da burguesia industrial e das modificações verificadas na composição dos grupos e frações de classes que compartilham o poder de Estado em conjunturas históricas específicas.

É nesse contexto, em que se afirma a hegemonia do capital industrial e financeiro, que emerge sob novas formas a chamada “questão social”, a qual se torna a base de justificação desse tipo de profissional especializado.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. Esta manifestação ocorre no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa repressão.

O Estado passa a intervir diretamente nas relações entre o empresariado e a classe trabalhadora, estabelecendo não só uma regulamentação jurídica do mercado de trabalho, através de legislação social e trabalhista específicas, mas gerindo a organização e prestação dos serviços sociais, como um novo tipo de enfrentamento da questão social.

Assim, as condições de vida e trabalho dos trabalhadores já não podem ser desconsideradas inteiramente na formulação de políticas sociais, como garantia de bases de sustentação do poder de classe sobre o conjunto da sociedade.

O Estado busca enfrentar, também, através de medidas previstas nessas políticas e concretizadas na aplicação da legislação e na implementação dos serviços sociais, o processo da pauperização absoluta ou relativa do crescente

contingente da classe trabalhadora urbana, engrossado com a expansão industrial, como elemento necessário à garantia dos níveis de produtividade do trabalho exigidos nesse estágio de expansão do capital.

Mais além das especificidades dessas formas de enfrentamento da questão social, que necessitam ser retidas, dado seu inestimável valor heurístico para a compreensão da atuação do Serviço Social, o que se encontra subjacente e as unifica é a contradição fundamental que expressa a desigualdade inerente à organização vigente dessa sociedade: o trabalho social e a apropriação privada das condições e dos frutos do trabalho, que se traduz na valorização crescente do capital e no crescimento da miséria relativa do trabalhador.

O Serviço Social no Brasil afirma-se como profissão, estreitamente integrado ao setor público em especial, diante da progressiva ampliação do controle e do âmbito da ação do Estado junto à sociedade civil. Vincula-se, também, às organizações patronais privadas, de caráter empresarial, dedicadas às atividades produtivas propriamente ditas e à prestação de serviços sociais à população. A profissão se consolida, então, como parte integrante do aparato estatal e de empresas privadas, e o profissional, como um assalariado a serviço das mesmas.

Dessa forma, não se pode pensar a profissão no processo de reprodução das relações sociais independente das organizações institucionais a que se vincula, como se a atividade profissional se encerrasse em si mesma e seus efeitos sociais derivassem, exclusivamente, da atuação do profissional. Ora, sendo integrante dos aparatos de poder, como uma das categorias profissionais envolvidas na implementação de políticas sociais, seu significado social só pode ser compreendido ao levar em consideração tal característica.

3.1.1 Serviço Social na contemporaneidade

Segundo Iamamoto (2001, p. 18)

É no contexto da globalização mundial sob a hegemonia do grande capital financeiro, da aliança entre o capital bancário e o capital industrial, que se testemunha a revolução técnico-científica de base

microeletrônica, instaurando novos padrões de produzir e de gerir trabalho.

Ao mesmo tempo, reduz-se a demanda de trabalho, amplia-se a população sobrando para as necessidades médias do próprio capital, fazendo crescer a exclusão social, econômica, política, cultural de homens, jovens, crianças, mulheres das classes subalternas, hoje alvo de violência institucionalizada. Exclusão social esta que se torna, contraditoriamente, o produto do desenvolvimento do trabalho coletivo. Em outros termos, a pauperização e a exclusão são a outra face do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, dos meios de comunicação, da produção e do mercado globalizado.

Estes novos tempos reafirmam, pois, que a acumulação de capital não é parceria da equidade, não rima com igualdade.

Verifica-se o agravamento das múltiplas expressões da questão social, base sócio-histórica da requisição social da profissão. A linguagem de exaltação do mercado e do consumo, que se presencia na mídia e no governo, corre paralela ao processo de crescente concentração de renda, de capital e de poder. Nos locais de trabalho, é possível atestar o crescimento da demanda por serviços sociais, a diminuição dos recursos, dos salários, a imposição de critérios cada vez mais restritivos nas possibilidades da população ter acesso aos direitos sociais, materializados em serviços sociais públicos.

As mudanças que vêm afetando o mundo da produção, a esfera do Estado e das políticas públicas e é necessário analisarmos como elas vêm estabelecendo novas mediações nas expressões da questão social hoje, nas demandas à profissão e nas respostas do Serviço Social.

Em um primeiro momento, pretende-se tratar do tema focalizando o contexto em que é produzida a questão social e suas repercussões no mercado de trabalho do assistente social.

A premissa é que o atual quadro sócio-histórico não se reduz a um pano de fundo para que se possa, depois, discutir o trabalho profissional. Ele atravessa e conforma o cotidiano do exercício profissional do Assistente Social, afetando as

suas condições e as relações de trabalho, assim como as condições de vida da população usuária dos serviços sociais.

Em um segundo momento, procurar-se-á recuperar alguns dos recursos e forças teóricas e ético-políticas, acumulados a partir dos anos 1980, para enfrentar esses desafios, trabalhando especificamente o processo de trabalho em que se insere o Assistente Social, ou seja, a prática do Serviço Social, e as alternativas ético-políticas que se colocam hoje ao exercício e à formação crítica e competente.

Pensar o Serviço Social na contemporaneidade requer os olhos abertos para o mundo contemporâneo para decifrá-lo e participar da sua recriação. É nessa perspectiva que se inquire a realidade buscando, pelo deciframento, o desenvolvimento de um trabalho pautado no zelo pela qualidade dos serviços prestados, na defesa da universalidade dos serviços públicos, na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da população usuária.

Segundo Yamamoto e Carvalho (2003, p. 80) “O Serviço Social no Brasil, embora regulamentado como uma profissão liberal, não tem uma tradição de prática peculiar às profissões liberais na acepção corrente do termo.”

O Assistente Social não tem sido um profissional autônomo, que exerça independentemente suas atividades, dispondo das condições materiais e técnicas para o exercício de seu trabalho e do completo controle sobre o mesmo, seja no que se refere à maneira de exercê-lo, ao estabelecimento da jornada de trabalho, ao nível de remuneração e, ainda, ao estabelecimento do “público ou clientela a ser atingida”.

No entanto, se esta não vem sendo, historicamente, uma característica básica da profissão, dela não excluem, integralmente, certos traços que marcam uma prática “liberal” entre os quais se poderia arrolar: a reivindicação de uma deontologia (Código de Ética) e o caráter não-rotineiro da intervenção, viabilizando aos agentes especializados uma certa margem de manobra e de liberdade no exercício de suas funções institucionais.

Outra característica a ser ressaltada é a existência de uma relação singular no contato direto com os usuários, os “clientes”, o que reforça um certo espaço

para a atuação técnica, abrindo a possibilidade de se reorientar a forma de intervenção, conforme a maneira de se interpretar o papel profissional.

A isso se acresce outro traço peculiar ao Serviço Social: a indefinição ou fluidez do “que é” ou do “que faz” o Serviço Social, abrindo ao Assistente Social a possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem meramente a demanda institucional. Tal característica, apreendida às vezes como um estigma profissional, pode ser reorientada no sentido de uma ampliação de seu campo de autonomia, de acordo com a concepção social do agente sobre sua prática. Resta salientar ainda que a definição jurídica do Serviço Social como profissão liberal abre possibilidades de seu exercício independente, apesar de serem restritas tais experiências ante o panorama do mercado de trabalho especializado no país.

3.1.2 O Projeto Ético-Político

O Serviço Social se vincula ao compromisso com os usuários das políticas e programas sociais, configurado de uma forma ampla e imbricada na particularidade dos desafios da prática profissional.

Segundo Kauchakje (2005)

O Projeto Profissional do Serviço Social, tanto no que se refere ao exercício quanto ao ensino do trabalho, se coloca diante do desafio histórico de procurar qualificar assistentes sociais capazes de decifrar a realidade social, apreendendo as refrações da questão social e apresentar respostas críticas e criativas, que assegurem e ampliem direitos.

Frente às transformações do mundo contemporâneo a categoria faz clara opção por uma nova direção social, que ficou referendada nos princípios do Código de Ética (1993), na Lei de Regulamentação da Profissão (866/93) e nas Diretrizes Curriculares (1996), indicando um processo de “amadurecimento”.

De acordo com Netto (1996) apud Kauchakje (2005)

Tal direção social tem sido construída no processo de formação profissional e organizativo, definindo-se como hegemônica diante dos confrontos das diferentes vertentes teórico-político-ideológicas presentes

no interior da categoria profissional e da formação profissional, que deve privilegiar conhecimentos, práticas e habilidades capazes de formar profissionais que desvelem as contradições estruturais e construam mediações na perspectiva da emancipação das classes subalternas, especialmente diante das transformações societárias, que reconfiguram necessidades dadas e recriam novas.

A concepção que fundamenta os princípios ético-profissionais do Serviço Social, não são analisados e tratados isoladamente, pois estes foram elaborados dentro de uma lógica que os articula. Os 11 princípios que compõem o Código de Ética têm coerência e encadeamento entre si, o que acrescenta dialeticamente a cada um novos sentidos e proposições.

O primeiro princípio é o da ampliação da liberdade concebida como autonomia, emancipação e pleno desenvolvimento dos indivíduos. O conceito de liberdade que faz referência exige a sua própria redefinição, apontando para uma nova direção social, que tenha o indivíduo como fonte de valor, mas dentro da perspectiva de que a plena realização da liberdade de cada um requer a plena realização de todos.

O assistente social comprometido com a construção e a difusão da liberdade não sucumbe, porém, a este “vão combate” mas faz da necessidade o campo da criação e do sonho da liberdade como realidade. O profissional aposta e é capaz de empreender a sua ação como uma “unidade entre a autonomia e direção”, interpretada como e pelo próprio projeto político-profissional.

De acordo com Sales (2003, p. 183), “A liberdade é a capacidade para darmos um sentido novo ao que parecia fatalidade, transformando a situação de fato numa realidade nova; criada por nossa ação”.

O segundo princípio é o da defesa intransigente dos direitos humanos contra todo o tipo de arbítrio e autoritarismo. Esse princípio alerta para o fato de que os assistentes sociais vêm se posicionando contra todo tipo de abuso de autoridade, torturas, violências domésticas, demonstrando historicamente a sua firme vinculação à luta em favor dos direitos humanos.

O terceiro princípio é o da ampliação e consolidação da cidadania. É um princípio de presença vital no projeto ético-político do Serviço Social, na medida em que os assistentes sociais atuam no espaço de viabilização de direitos

estando à frente de políticas sociais, programas institucionais, benefícios e, também, realizando atividades que vão desde o planejamento até o atendimento individual desenvolvendo, portanto, uma gama de ações em torno das políticas sociais e dos direitos sociais. Esse tipo de localização institucional do assistente social propicia, assim, uma relação bastante peculiar com a questão da cidadania, assim como a equidade e da justiça.

Um outro princípio proposto pelo código é o da defesa do aprofundamento da democracia enquanto participação enquanto socialização da participação política e da riqueza socialmente produzida. No âmbito da relação que se estabelece entre o assistente social e o usuário, ser democrático significa romper com as práticas tradicionais de controle, tutela e subalternização e contribuir para o alargamento dos canais de participação dos usuários nas decisões institucionais, entre outras coisas, por meio de ampla socialização de informações sobre direitos sociais e serviços.

O quinto princípio expressa o posicionamento em favor da equidade e justiça social, implicando na universalização do acesso a bens e serviços relativos a programas e políticas sociais e a sua gestão democrática.

Segundo Sales (2003, p. 191):

É necessário insistir na questão da universalidade, porque os assistentes sociais precisam fortalecer cada vez mais, junto aos usuários, o entendimento de que eles têm direito ao franco trânsito e alcance em termos dos programas e das políticas, enquanto primeira forma de viabilizar a distribuição de riquezas produzidas no seio da sociedade capitalista.

Os assistentes sociais estão na mediação das políticas sociais apoiando a sociedade civil na luta em prol da universalidade de acesso ao atendimento e à cobertura social nas áreas da saúde, previdência, assistência, educação, moradia e trabalho cabendo-lhes também no processo de implementação dos programas e políticas sociais, contribuir para a radical democratização dos critérios de elegibilidade como estratégia de inclusão de um número sempre crescente de cidadãos.

O sexto princípio refere-se ao empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças. O fato dos assistentes sociais lidarem com a efetivação de uma prática social torna premente o seu dever de exercitar e suscitar a tolerância e o respeito diante do outro e das diferenças, requisitos estes fundamentais para o amadurecimento da democracia e da liberdade.

Cabe aos profissionais formular estratégias de ação visando a contribuir para a desalienação dos diferentes atores com os quais contracenam no espaço institucional sendo dever destes incentivar o respeito à diversidade, à participação dos grupos discriminados e a explicitação e o debate das diferenças.

O princípio seguinte fala da garantia do pluralismo, por meio do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e do compromisso com o constante aprimoramento intelectual. O Código de Ética do Assistente Social defende a concepção do pluralismo com hegemonia ressaltando uma convivência respeitosa e produtiva entre todas as correntes que circulam no Serviço Social.

O oitavo princípio estabelece: opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação de exploração de classe, etnia e gênero. A categoria dos assistentes sociais selou seu compromisso ético-político, referenciando-se nos ideais igualitários e libertários pertencentes ao horizonte das lutas sociais dos trabalhadores.

Dentro disso, o eixo do projeto político-profissional tem sido a defesa das políticas públicas e da qualidade dos serviços prestados à população, na garantia da efetivação dos direitos sociais sobressaindo-se a militância da categoria de assistentes sociais junto à várias entidades e atores da sociedade civil revelando o adensamento do compromisso da categoria com as necessidades e prioridades sociais, demarcadas pela luta dos segmentos populares no Brasil.

Segundo Sales (2003, p. 201):

o código atual resguardou os princípios que permitiram a vinculação explícita da profissão com os usuários dos serviços sociais e com a construção de um novo projeto societário, agora afinado com as múltiplas demandas inerentes a essa direção social, portanto, respaldado por uma concepção de sociedade que preconiza o fim da dominação ou exploração de classe, etnia e gênero.

O outro princípio é o da articulação com os movimentos sociais de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios desse Código e com a luta geral dos trabalhadores. Os assistentes sociais em sua agenda de luta, têm assegurado a centralidade do papel da ética no processo de enlace das diferentes dimensões que permeiam o projeto político profissional.

A ética profissional dos assistentes sociais, estão efetivamente conectados às demandas colocadas no dia-a-dia institucional e às prioridades ético-políticas da sociedade brasileira em geral. São necessidades profissionais que dizem respeito ao acesso às condições de trabalho condignas no âmbito da luta pela universalização das políticas sociais.

O décimo princípio, por sua vez, estabelece o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual na perspectiva da competência profissional. Pensar politicamente, como forma de contribuir para a propulsão de mudanças, afigura-se hoje para os assistentes sociais como um requisito simultaneamente ético e técnico. As noções de responsabilidade, disciplina e dever fazem-se presentes como esteio do fazer profissional, sendo que agora aliados à referência da liberdade e do compromisso.

A motivação e mobilização dos profissionais, provocadas por essa tríade - ética, técnica e política - favorece, assim, não só uma releitura do poder institucional, mas um rompimento com a apatia, resignação, tédio, frustração, associados à falta de alternativas de intervenção típica do estágio de “insulto aos males” do cotidiano.

Quanto ao entendimento presente no Código de Ética acerca da necessidade de aprofundamento da defesa da qualidade dos serviços prestados à população, urge assegurar aos usuários e às instituições, no que compete à

profissão, presteza no oferecimento dos programas e na realização do próprio Serviço Social e um esforço coletivo a ser abraçado pelo conjunto da categoria.

Sales (2003, p. 205) nos diz que:

:

a qualificação dos objetivos a serem alcançados no que diz respeito à concepção de competência almejada para a nossa profissão, a saber: capacidade crítica, consistência histórica mais refinamento político, habilidade para projeções estratégicas no desempenho de atividades técnicas e políticas, e mais, superação de perspectivas reducionistas e unilaterais como praticismo, teoricismo, ecletismo e voluntarismo.

O último princípio aborda o exercício do Serviço Social, sem ser discriminado, nem discriminar por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física.

Esse princípio assegura direitos para os assistentes sociais e, também exige o respeito para com as diferenças dos usuários e outros profissionais destacando-se no conjunto das proposituras éticas do Serviço Social pelo sensível imbricamento de importantes ideais e pressupostos valorativos que o compõe.

Sales (2003, p.208) nos ensina que:

Como última consideração, é oportuno reivindicar, mais uma vez e como sempre, a imperiosa atuação consciente e, claro, libertária, democrática e igualitária, do profissional de Serviço Social, no sentido unívoco da construção e incorporação dessas novas posturas e virtudes plenamente humanísticas e inconformistas. Tal proposta de conduta ética e de convicção política passa - no desenho desses novos princípios e de uma nova práxis - a contribuir para que o Serviço Social venha a se firmar como categoria legitimada e admirada socialmente.

O atual código de Ética pretende, assim, constituir uma nova motivação para os sujeitos profissionais, além de lhes suscitar novas exigências, sintonizados com o desafiador em prol da luta da categoria e da sociedade brasileira e em prol de práticas emancipadoras, livres e igualitárias neste início de século.

3.2 O Serviço Social na efetivação dos direitos e da plena cidadania

O conceito de direitos humanos não é um conceito universal e países como a Índia, Japão e a China não encontram lugar para o conceito de indivíduo. Mesmo no Ocidente, a concepção dos direitos dos homens é recente e está longe de ser universal.

Segundo Gueiros (1990), o conceito de cidadania não é um conceito unívoco. Trata-se de um conceito polêmico, ambíguo.

A tradição filosófica tenta demonstrar que os direitos reconhecidos ao homem e ao cidadão teriam sua origem na vontade divina. Esses direitos seriam transpostos para as comunidades políticas, sob a forma de direitos positivos, o que lhes asseguraria o princípio de sua validade.

Até o início dos tempos modernos o reconhecimento de direitos civis eram limitados aos burgos ou cidades, os privilégios e imunidades eram atribuídos às corporações e associações em virtude de sua posição ou função na hierarquia e na divisão social do trabalho.

De acordo com Gueiros (1990, p.22): “A passagem da cidadania dos burgos medievais à cidadania nacional é a própria história da formação e unificação do Estado Moderno e o concomitante desenvolvimento e generalização da economia mercantil”.

Isto deixa claro que a cidadania é, em sua acepção moderna, um direito burguês no sentido de que as novas relações sociais e políticas são vista de maneira mais real na classe comercial e industrial.

Entendida como direito natural, a cidadania sempre foi associada ao privilégio. Na sociedade greco-romana e na Idade Média, os direitos de cidadania eram restritos a determinadas “classes” ou grupos.

Embora o conceito de cidadania seja anterior ao desenvolvimento das sociedades capitalistas, é no capitalismo que o conceito adquire sua forma mais ampla, pois trata-se de um processo heterogêneo de lutas pelos direitos civil e sociais.

Na sociedade capitalista moderna, os direitos de cidadania são afirmados ao indivíduo, ao mesmo tempo negados uma vez que não são asseguradas garantias ao seu integral exercício.

As novas formas de relações sociais requeridas pelo capitalismo incluem mercado versus compradores, o que supõe uma troca. Passam a coexistir contraditoriamente face e contraface, o discurso de igualdade e a realização de desigualdade, de um lado a afirmação da cidadania como condição de funcionamento do mercado, de outro, a negação da cidadania como condição da produção e reprodução do capital, através da relação de poder e exploração. Os processos e conflitos se produzem em diferentes campos e de diferentes formas.

À medida que se desenvolvem as forças produtivas e novas relações sociais, a complexidade das situações passa a exigir intervenções específicas, e o Estado reordena suas ações, instituindo políticas sociais como forma de resposta ao processo de repressão dada em tal momento.

Conforme Cepal (1992) apud Faleiros (2005, p.60)

Esta garantia dos direitos sociais só pode ser feita pelo Estado de direitos, através das políticas voltadas para as necessidades básicas de saúde, educação, lazer, cultura, meio ambiente, rendas mínimas, com medidas "desmercadorizadas", pois o mercado provoca a deterioração das condições de vida, acentuando a desigualdade, reduzindo a equidade.

A cidadania se fortalece nas relações Estado/sociedade, nas mediações concretas das políticas, que se tornam o campo de intervenção da acessibilidade, apoio e acompanhamento dos usuários.

Faleiros (2005, p.60) ensina que:

A cidadania se constitui no exercício dos direitos civis, políticos, sociais, ambientais e éticos, que foram construídos historicamente, através das leis, normas, costumes, convenções, que fazem com que os indivíduos sejam reconhecidos como membros ativos de uma determinada sociedade, podendo exigir dela os seus direitos, ao mesmo tempo que ela lhe exige determinados deveres comuns. Os deveres do Estado são, por sua vez, direitos do cidadão.

Podemos observar que a luta pela cidadania e os direitos sociais, somente foi concretizada através das lutas incessantes dos trabalhadores, dos movimentos sociais que buscavam por suas reivindicações.

Segundo Faleiros (2005, p.61)

A inclusão pelo conflito pode ser o caminho na mudança da própria trajetória e, ao mesmo tempo, da mudança das relações entre Estado e sociedade numa dinâmica articulada de fortalecimento da cidadania, da autonomia e da identidade, que se implicam mutuamente.

Dessa forma, a prática profissional do Assistente Social pode contribuir de várias formas nas lutas desenvolvidas pelas classes subalternas, em busca de uma cidadania real. Pois temos claro que a cidadania vem sendo construída historicamente pela luta dos excluídos.

Conforme Gueiros (1990 p.51) “[...] não é a prática do assistente social ou de qualquer outro profissional que constitui a cidadania. A prática profissional pode, o que não é pouco, constituir condição de facilitação para que a cidadania se efetive”.

Assim confirma-se a importância do assistente social como um mediador, entre outros, da efetivação de um projeto político de programas sociais que atendam às necessidades das classes subalternas pelos direitos sociais.

No que se refere às pessoas com transtornos mentais, podemos considerar que a Constituição Federal Brasileira de 1988, assegura os direitos conquistados, entre eles o direito à saúde, preconizando a criação de um sistema democrático que leve em conta as necessidades da população e que possibilite o exercício do controle social sobre as políticas de saúde, e a existência da lei é certamente sinal de democratização do processo.

A saúde mental também faz parte dessa pauta considerando-se, no entanto, suas peculiaridades. A cidadania, para o portador de transtorno mental, é um processo mais atribulado do que a cidadania para o conjunto da população, o que vem exigindo uma luta específica para que esses direitos sejam legitimados.

Os avanços nas conquistas dos direitos políticos e sociais vieram se desenvolvendo, no decorrer dos anos, até atingir a garantia constitucional de que

a igualdade, hoje, faz parte dos direitos dos indivíduos cidadãos. Todavia, para aquele que tem transtorno mental, trata-se de uma “cidadania regulada”, que continua dependendo da inserção desse indivíduo no mercado de trabalho, ao qual, dificilmente terá acesso. A luta pelo direito à cidadania da pessoa com transtorno mental passa pela luta de seu direito à sobrevivência.

De acordo Marsiglia (1987) apud Rodrigues (1995, p.13) “Mesmo que políticas sociais se efetivem, garantindo um tratamento mais humano ao paciente, ele ainda será um tutelado, sem poder de decisão, sem voz para opinar e sem vontade de escolha”.

Segundo Rodrigues (1995, p.13):

A discriminação, a segregação e as limitações causadas por uma doença fazem do paciente com transtorno mental um excluído, sempre dependente, e a inversão dessa condição vai além das conquistas no campo jurídico e constitucional, mas pressupõe uma transformação nas reações entre pessoas que as condicionam.

Os conceitos de “doença mental” e “doente mental” trazem uma conotação pública negativa que pesa nas possibilidades de conquista da cidadania. A saúde é vista como um importante valor social, a doença apresenta uma situação indesejável e incapacitante, mas a doença mental provoca uma reação negativa muito mais intensa que a doença física. É comum atribuir-se ao portador de transtorno mental as características de potencialmente perigoso e imprevisível, sendo estas causas de preconceito da sociedade.

Dessa forma podemos entender que a cidadania da pessoa com transtorno mental esta sendo construída no decorrer do seu processo histórico, pois sabemos que os mesmos são sujeitos de direitos, mas estes ainda precisam ser conquistados e democratizados. Contudo essas ações visam uma construção coletiva de profissionais comprometidos com essa área de atuação, preconizando uma prática educativa que aponte para a construção da cidadania.

3.3 O trabalho do Serviço Social junto à família cuidadora

A família funciona como uma totalidade, como uma teia ou uma rede e uma modificação em qualquer de suas partes afeta o todo. Apesar de existirem diversos tipos de família e de relacionamento familiar, em todas elas existem papéis estabelecidos que as mantêm em um certo equilíbrio. Quando um familiar adoece e não pode mais cumprir o seu papel, há um desequilíbrio que desencadeia uma crise, obrigando uma reorganização familiar.

A necessidade de cuidar do paciente pode interferir em diversos aspectos da vida do cuidador e dos outros membros da família. A situação é agravada porque os cuidados com pacientes demenciados podem durar muitos anos, tornando as trocas nas famílias cada vez mais complexas.

Segundo Silveira (2000):

Cuidar de um idoso dependente é um dos eventos mais estressantes e perturbadores no ciclo de vida familiar. Alguns familiares se distanciam para evitar confrontos, compromissos desagradáveis e a redefinição dos papéis estabelecidos. Outro motivo pode ser o medo: conviver com uma pessoa demente, ainda mais sendo parente, implica estar a todo momento experimentando o medo de também ter a doença embora alguns casos cuidar também possa ser uma maneira de não se dar conta do próprio medo de adoecer.

De acordo com Carneiro (2006):

As pessoas lidam com a eclosão e o prosseguimento da doença pautadas por crenças, mitos, normas e papéis estabelecidos, que concorrem para a dinâmica de cada família em particular. Em certas famílias, a regra é dividir responsabilidades; em outras, é obrigação cuidar dos pais; em outras, os velhos atrapalham, e assim por diante. Considerando a atual pluralidade de modelos de família as reações são as mais variadas e refletem também as demandas econômicas e sócio-culturais.

A mudança no sistema familiar causa crises e pode trazer rupturas. O ritmo de vida da família é atropelado pela doença e a adaptação a essa nova situação não se faz imediatamente e, algumas vezes, é necessária a mediação de um profissional. Quando a rede de interação entre a família já é conflituosa antes

da doença, ou a harmonia da família deve-se a um contato formal ou distante a divisão de tarefas fica mais difícil e surgem ressentimentos e desavenças.

Para esses cuidadores, embora sejam pessoas preocupadas com os parentes que precisam ser cuidados, o conhecimento técnico de um profissional é mais importante para o paciente do que o contato afetivo. Compreender melhor a doença dá mais segurança, maior senso de controle e aponta para duas direções. Uma delas é ter uma explicação lógica, que não envolva o cuidador, onde a doença nada tenha a ver com o relacionamento dele com a pessoa cuidada e a outra direção aponta para a possibilidade de tratamento.

Um cuidador orientado e com supervisão adequada deve preservar sua saúde física e mental, simultaneamente, incentivando o paciente a obter: independência funcional nas atividades diárias, autonomia mental para decidir e fazer planos, aderência ao tratamento e aos autocuidados, promovendo sua saúde e sua participação social, o que significa sem dúvida, uma redução nos níveis de isolamento e melhora na qualidade de vida.

É nesse momento em que entra o trabalho de orientação e treinamento para cuidadores promovido por uma equipe multidisciplinar.

Segundo Daichman (1996) apud Leal (2000):

não existe nenhuma profissão relacionada à saúde e aos cuidados do idoso que possa cobrir todo o espectro das necessidades e oferecer todas as respostas. A família, em algumas enfermidades, necessita de informações detalhadas e suporte psicológico para compreender a evolução da doença e ajudar o cuidador principal.

É fundamental para a atenção ao idoso que seus familiares sejam vistos nas suas singularidades e como tal precisam ser ouvidos e suas necessidades detectadas. Os cuidados a serem prestados aos familiares devem garantir apoio à sua desgastante tarefa sendo este não apenas transmitir informações sobre a doença e orientações gerais sobre o cuidado.

Segundo Caldas (2002):

Não se pode considerar os cuidadores meros cumpridores de orientações padronizadas, pois quando pessoas são tratadas como objetos de prescrições, anulam-se as possibilidades de serem elas mesmas, livres para tomarem decisões e exercitar sua criatividade – ficam anuladas.

Quando há uma estrutura de apoio institucional, estratégico, material e emocional, os cuidadores têm a possibilidade de exercer o cuidado e permanecer inseridos socialmente sem imobilizar-se pela sobrecarga determinada pela difícil e estafante atenção ao doente em processo demencial.

De acordo com Néri e Carvalho (2002) apud Santana (2003):

Grupos de apoio de caráter instrutivo e catártico, cuja finalidade é proporcionar apoio psicológico e implementar as estratégias de resolução dos problemas cotidianos são eficazes. Os grupos de apoio consistem numa intervenção programada com os seguintes objetivos: ajudar e apoiar os membros do grupo a superar os acontecimentos vitais e estressantes; fomentar o intercâmbio de informações e ensinar novos procedimentos relacionados com o cuidado, corroborando a experiência dos cuidadores que vivenciam desafios similares.

É através desses grupos que há a prevenção do estresse e do esgotamento associado ao cuidado onde são abordados à família de como tomar um tempo para cuidar física, intelectual e emocionalmente de si mesmo; dedicar um tempo moderado ao lazer; negociar períodos de folga do cuidado; manter elevada a auto-estima e estabelecer prioridades; focalizar o trabalho de forma positiva, evitando que este interfira e modifique demais a vida privada; compatibiliza-lo com as demandas da família e dos amigos; manter um estilo de vida; uma alimentação saudável e realizar exercícios físicos. Já no âmbito emocional recomenda-se trabalhar a discrepância ente as expectativas e os resultados e no âmbito cognitivo recomenda-se investir na informação e no desenvolvimento de habilidades.

Algumas propostas psico-educativas têm como prioridade ensinar aos cuidadores estratégias de resolução de problemas. Estas estratégias ajudam

resolver problemas e tomar as decisões mais adequadas, além de capacitarem o indivíduo para o reconhecimento da situação problemática. Trabalham as tendências à resposta impulsiva ante o estímulo e o desenvolvimento de possibilidade de intervenção ante a situação.

Segundo Néri e Carvalho (2002) apud Santana (2003):

Freqüentemente o grupo de apoio proporciona alívio emocional, diminuindo a angústia, a ansiedade e o estresse dos cuidadores. Ademais, estimula o autocuidado e ressalta a importância da consciência do cuidador que se refere ao diagnóstico de suas necessidades e de seus limites. O grupo de apoio pode também estimular os cuidadores a perceberem seu trabalho com idoso como uma prática gratificante e recompensadora, pois propicia o bem-estar objetivo e subjetivo e contribui para a qualidade de vida dos indivíduos. A combinação destas variáveis pode melhorar a auto-estima do cuidador e o seu senso de auto-eficácia. Assimilar a construção dos aspectos positivos da assistência é primordial para o cuidador, uma vez que os aspectos negativos são freqüentemente os mais enfocados.

Um cuidador que recebe apoio adequado busca aprender e descobrir novas estratégias para lidar com o seu ente querido, reduzindo os desencontros entre as necessidades de ambos e com isso é possível que aprenda a fazer ajustes no seu cotidiano e não anule as suas próprias possibilidades de continuar a ter uma vida própria.

Segundo Rosa (2002, p. 138) “é o alienalismo que constrói a inteligibilidade da relação do portador de transtorno mental com sua família, a partir da sociedade moderna/burguesa”.

Dentro desta perspectiva, dois entendimentos polarizados predominam: o da família ameaçada pela eclosão da enfermidade, portanto, sofrendo suas conseqüências ou causadora da emergência do transtorno mental, assim culpabilizada por sua etiologia. O segundo entendimento prevalece historicamente na maioria das abordagens teóricas da área da saúde mental.

Sendo assim o suporte da psiquiatria para a intervenção pedagógica na família, é abordada na moral ou argüindo em nome da saúde humana com intenção de regular moralmente não só a família, mas a sociedade em geral.

Com o asilamento do idoso ou com a apropriação de sua condição pelo “modelo médico”, que visava obter sua cura, a família fica restrita ao papel de identificar a loucura, encaminhando o seu portador ao asilo para os cuidados médicos, visitando-o, bem como recebendo as informações necessárias sobre sua enfermidade, ou seja, a relação da família com o portador de transtorno mental passa a ser mediatizada por agentes médicos e estatais, encarregados da cura, custódia e assistência.

A metodologia e a fundamentação teórica desses profissionais deve buscar princípio básico, de elevar a família a condição de parceria, e o método deve, se constituir no meio pelo qual elas se qualifiquem como co-responsáveis ao lado dos profissionais. Criando assim uma teoria e metodologia que possibilite capacitar tanto os profissionais como as famílias de idosos portadores de Alzheimer.

Por mais precarizadas e vulnerabilizadas que se encontrem as famílias do portador de Alzheimer, há certamente iniciativas de resistências, desejos de reconstituição ou de manutenção de vínculos afetivos, tanto para a família quanto ao idoso.

A intervenção/ação do assistente social no trabalho junto as famílias dos idosos portadores da doença de Alzheimer deverá fornecer a ele informações; criando mecanismos para que a família e cuidadores possam ter autonomias diante das dificuldades; saber solucioná-las; buscar conhecimentos; ou seja, um profissional propositivo.

Sendo assim, as propostas de trabalho com famílias de portador de Alzheimer devem priorizar metodologias que lhe permitam sair do lugar solitário, que gere um espaço que facilita formas de enfrentamentos das condições econômicas, sociais e políticas: um espaço político no qual a ética seja o valor fundante.

3.3.1 Ações sócio-educativas do profissional de Serviço Social

É fundamental a ação do profissional de serviço social nas ações interventivas, junto as famílias, cuidadores de Alzheimer, as demandas apresentadas por essa problemática.

De acordo com Rodrigues (1995, p. 13), “Faz-se necessário repensar sobre o significado de pacientes e familiares contarem com um profissional para interpretá-los ao seu meio ambiente e vice-versa, servindo de elo entre família, comunidade, hospital”.

A relação que o profissional estabelece com seu cotidiano é que pode fazer dele pleno de significado, ou mero cumprimento de tarefas. Depende das opções, dos posicionamentos, do seu comprometimento.

Essa dimensão técnica da prática cotidiana exige do profissional preparo, estudo, planejamento, objetivos e estratégias estabelecidas, reciclagem. É o âmbito do saber fazer, saber que dá ao profissional ferramentas para que ele possa fazer escolhas e, na articulação entre esses elementos do saber e do poder, é possível perceber o compromisso do profissional com a transformação, enquanto trabalhadores sociais precisamos ter claro nosso papel educativo.

A ação sócio educativa do Serviço Social deve concordar por uma política transformadora.

Segundo Martinelli (1996) apud Rodrigues (1995, p. 13), considera, três princípios que condicionam uma prática transformadora:

- O princípio da realidade: que busca penetrar nas tramas constitutivas do real. “Mais do que aparência, buscando a essência, mais do que a manifestação buscamos a causa”.
- Princípio da intencionalidade: a consciência de que não há ação neutra leva-nos a assumir nossa prática como verdadeiro compromisso.
- Princípio da transformação: é dimensão política do nosso fazer, que oferece ao usuário autonomia para que estabeleça sua própria trajetória, caminhe para a construção da cidadania.

A dimensão educativa prevê ações profissionais que visa oferecer informações e conhecimentos que permitem ao paciente, familiares e cuidadores, alterar sua maneira de ver o mundo, de agir e sentir.

Entretanto podemos trabalhar em grupo, onde criaremos um espaço de comunicação e aprendizagem, através das histórias narradas pelos representantes das famílias, o grupo realizara a escuta, reflexão, dialogo e troca de experiências, em que é possível, para cada membro, enxergar a si e sua família diante das questões sociais que os afligem.

Dessa forma, é necessário que o Assistente Social trabalhe inicialmente as informações sobre a doença de Alzheimer, suas causas e formas de tratamento, sendo este o ponto de partida para uma ação sócio-educativa. Em seqüência outros assuntos devem ser colocados em pauta, desencadeando um processo de discussão critica da realidade social, que leve à compreensão da importância da participação popular, incentivando a busca por reivindicações dos direitos sociais rompendo obstáculo e incorporando novos sujeitos nessa vivência coletiva.

Por meio dessa ação de caráter educativo, a população se organiza e se mobiliza, desenvolve a iniciativa e a responsabilidade nas decisões locais, controla e dinamiza os programas, altera seu contexto social e se constrói sujeito.

Assim, ultrapassa o limite territorial, libera vivencias e amplia a solidariedade e a compreensão dos problemas, o que lhe permite inserir-se em movimentos sociais cada vez mais amplos e politicamente mais significativos.

Para tanto a dimensão educativa do trabalho do Assistente Social evidencia a necessidade de uma articulação tanto com a rede publica como os vínculos de comunicação para que as informações sobre a doença de Alzheimer cheguem à população.

Contudo, outras atividades que possibilite a interação sobre o assunto se dá nos espaços de participação em conselhos, fóruns, conferencias, cursos, etc., realizando palestras em diferentes espaços públicos e privados, promovendo a socialização e conhecimento diante da sociedade.

A doença de Alzheimer considerada uma demanda para o Serviço Social, exige que os profissionais venham a construir e desvelar esse fenômeno, definindo as especificidades do objeto de intervenção.

Finalizando, podemos detectar que este espaço profissional ainda é pouco explorado, sendo que o trabalho do Assistente Social encontra-se em carácter pioneiro diante desta demanda. Embora esta demanda torna-se um espaço ocupacional, a ser desafiado, debatido e conquistado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do estudo sobre o idoso com doença de Alzheimer torna-se óbvio que o envelhecimento acima de tudo é um processo pelo qual todos terão que passar, e que pode acarretar aspectos negativos e positivos. Isto vai depender do processo de vida econômica, cultural, psicológica e ambiental que o indivíduo viveu.

A maior dificuldade que constatamos nos estudos em relação à velhice foi a conjuntura atual, pois de acordo com o sistema econômico e político em vigor na era contemporânea os que têm valor são os que produzem, isto é, para o sistema atual capitalista o jovem vem sendo mais valorizado, pois o velho não constitui mais mão-de-obra ativa para produção e reprodução do capital.

Há uma nova visão estratégica do envelhecimento que se aplica tanto ao indivíduo quanto às sociedades que envelhecem, já que é uma visão que busca garantir qualidade de vida à medida que a população envelhece. Estamos falando do “envelhecimento ativo” que se refere à continuidade da participação do idoso na vida social, cultural, espiritual, cívica e não apenas ser fisicamente “ativo” para participar da força de trabalho. O “envelhecimento ativo” pode ser abordado como uma política de Direitos Humanos voltados para os idosos, e envolve independência, participação, dignidade, acesso a cuidados.

Entretanto, nem todos alcançam essa alternativa de vida, pois os idosos mais fragilizados e podem contrair algum tipo de doença que impeça o processo de uma vida ativa.

O idoso tem que lidar com algumas mazelas e doenças decorrentes do processo de envelhecimento, devido à idade biológica, e nem todos têm condições de descobrir a tempo o seu diagnóstico e possíveis tratamentos adequados. O Alzheimer é uma dessas doenças decorrentes, pois ainda são poucos os que a conhecem, e ainda não há um diagnóstico preciso para detectá-la.

Essa doença evolui em três estágios, que duram em média três anos cada, progredindo constantemente, embora muitos pacientes possam apresentar evolução mais lenta, de até 20 anos.

O primeiro estágio caracteriza-se por perda de memória em curto prazo.

No segundo estágio ocorrem dificuldades no dia-a-dia, a memória continua a piorar e o paciente se torna dependente.

Já no terceiro estágio a perda de memória se acentua ainda mais, não reconhece mais amigos, familiares e lugares. Tem grande dificuldade para entender o que se passa ao seu redor, seu comportamento em público é inadequado.

O ritmo de vida da família é atropelado pela doença e a adaptação a essa nova situação e algumas vezes é necessária a mediação de um profissional.

Poucas pessoas estão preparadas para a responsabilidade e para a sobrecarga que é cuidar de um portador de Doença de Alzheimer. O impacto do diagnóstico em uma família é extremamente desalentador, pois existe um desconhecimento da doença, do que fazer, como agir, como entender a pessoa afetada e como entender seu próprio sentimento.

A doença de Alzheimer afeta os familiares de modo devastador. As dúvidas e incertezas com o futuro, a grande responsabilidade, a inversão de papéis onde os filhos passam a se encarregar dos cuidados de seus pais, além da enorme carga de trabalho e sobrecarga emocional, acabam por gerar no meio familiar intenso conflito e angústia submetendo a família à enorme pressão psicológica que vem acompanhada de depressão, estresse, queda de resistência física, problemas de ordem conjugal, etc.

Com isso, embora haja um membro da família que termina tornando-se o principal responsável pelos cuidados do idoso, todo o sistema familiar necessita envolver-se no cuidado, até porque, à medida que isso ocorre, cada membro da família tem a possibilidade de compreender o que está acontecendo com o idoso e pode contribuir para aliviar a carga desses familiares. É importante destacar que a família nem sempre se torna cuidadora, necessitando contratar uma pessoa especializada nessa área. É nesse momento que entra o trabalho de orientação e treinamento para cuidadores promovido por uma equipe multidisciplinar.

Esse trabalho é concretizado muitas vezes na formação de grupos com familiares que normalmente são os próprios cuidadores ou cuidadores profissionais que são contratados pelos familiares.

É através desses grupos que há a prevenção do estresse e do esgotamento do cuidador, proporcionando alívio emocional. Um cuidador que recebe apoio adequado busca aprender e discutir novas estratégias para lidar com seu paciente ou familiar com transtorno mental.

Nesse campo de atuação do Assistente Social, como em todos os demais, a ação sócio educativa do Serviço Social deve concorrer para uma prática transformadora, criando espaços de comunicação e aprendizagem nos quais o grupo, através das histórias narradas pelos representantes dos familiares, realizará a escuta, reflexão e troca de experiências, que torna possível para o membro, enxergar a si e sua família diante das questões sociais que os afligem.

Por meio dessa ação de caráter educativo, a população se organiza e se mobiliza, desenvolve iniciativas e altera seu contexto social e se constrói sujeito frente a sociedade.

A ação do Assistente Social com essa demanda é inovadora e desafia os profissionais a se qualificarem e se atualizarem para acompanhar as inovações.

Dessa forma o Assistente Social poderá explorar esse campo de atuação que ainda é pouco conhecido, debatendo, socializando o assunto e conquistando seu espaço profissional.

Referências Bibliográficas

ABC, E. S disponível em :<http://www.abcdasaude.com.br/artido.php?185>. Data de publicação 01/11/2001. Acessado dia 17/05/2006.

BARASNEVICIUS E. M. A. Q. **Orientações aos cuidadores de pacientes com doença neurológicas crônicas**. In DIAS E. L. F, WANDERLEY. J. S, MENDES. R.T (orgs) Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: Editora da Unicamp, 2002

BARROCO, M. J. L.C.R, **O velho no Brasil pobre e no Brasil rico**. São Paulo. SESC, 1989.

BRANCO, L da M. Terceira idade, Alternativas para uma sociedade em transição. **Repercussões Médicas do Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Unati, 1999.

CALDAS,C.P **Contribuindo para a construção da rede de cuidados:** trabalhando com a família do idoso portador demencial. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/> texto sobre envelhecimento/pesquisa de artigo/caldas/texto em português. Acesso dia 22/05/2006.

CARNEIRO, T. F. **Cuidando de Idosos altamente dependentes na comunidade:** um estudo sobre cuidadores familiares principais. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800011&lng=es&nrm=&lng=pt. Acesso em: 01 de maio de 2006.

COMPSTON, J Isto É, Guia da Saúde Familiar, Osteoporose, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, 1999.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1999

DIAS, E. L. F. **As múltiplas faces de um paciente no domicílio**. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. 5ª edição, São Paulo: Cortez, 2005.

FORTES, S. P. **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/ Seção Rio de Janeiro, 2000.

GOLDSTEIN, L. L. **A produção Científica Brasileira na Área da Gerontologia**. SBPC/LABJOR. Brasil 2002. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env06.htm> Acesso em 24/03/2006

GUEIROS, M. J. G. **Serviço Social e Cidadania**. Rio de Janeiro: Agir, 1991

GWYTHER, L. P. A. **Manual para cuidadores e casas especializadas** – Cuidados com Portadores da Doença de Alzheimer. Editora AHCA- American Health Care Association. São Paulo, 1985.

IAMAMOTO, M; Carvalho, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 15ª edição. São Paulo: Cortez, 2003.

IAMAMOTO, V. M. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 5ª edição. São Paulo: Cortez, 2002.

JORGE M. Idoso em ativa idade. São Paulo, **Revista Espaço Aberto**. Janeiro, 2005 n°51 Disponível em: <http://www.usp.br/espacoaberto/arquivo/2005/espaco51jan/ocomportamento.htm>. Acesso em 23 de agosto de 2006.

KAUCHAKJE, S. Projeto **Ético-Político do Serviço Social**: Bases Teórico-Conceituais e Configuração da Cidadania.2005 Disponível em: <http://www.cresspr.org.br/Docs/projetopolitico.doc>. Acesso em 08 de agosto de 2006.

KAUFMANN, T. **A idade de cada um: vida plena na velhice**. Petrópolis: Vozes, 1982.

LEAL, M. G. S. O Desafio da Longevidade e o Suporte ao Cuidador. **Revista da Terceira Idade**. Disponível em: <http://www.idea-sp.com.br/desafio.html>. Acesso em 08 de agosto de 2006.

MASCARO, S. de A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 1997. (Coleção Primeiros passos).

MENDES.P. B. T **Quem é o cuidador?** In DIAS.E.L.F, WANDERLEY.J.S, MENDES.R,T (orgs) Orientação para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: Editora da Unicamp, 2002

MENDES.P. B. T. Cuidadores: Heróis anônimos do cotidiano. In KARSH.U.M.S (org) Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo Editora: EDUC, 2004.

PAIVA, B. A e SALES, M. A **A nova ética profissional: praxis e princípios**. In BONETTI, D.A, SILVA, M.V, SALES,M.A e GONELLI, V.M.M Serviço Social e Ética convite a uma nova praxis. 5 ed. São Paulo, Cortez, 2003.

PEREIRA, D. M. **Idoso: encargo ou patrimônio?** : o envelhecer em São Paulo. São Paulo: Corpo Municipal de Voluntários, s.d.

PNUD. **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil**. Brasília: IPEA, 1996.

QUISSI, G. dos S.; Veber, N.; Chrissie, W. B. **Violência contra o idoso**. 2005, 81 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Faculdades Integradas "Antonio Eufrásio de Toledo", Presidente Prudente, 2005.

RODRIGUES, E. L. Cidadania, Transtornos Mentais e o Serviço Social, **Revista de Serviço Social do Hospital das Clínicas** n.º 1/95 São Paulo, 1995, p. 12-14

ROSA, L. C. S. Os saberes construídos sobre a família na área da Saúde Mental; **Revista Serviço Social & Sociedade** n.º 71, ano XXIII, São Paulo-SP: Cortez, 2002, p. 138

SANTANA, R. F. **Grupo de orientação em cuidados na Demência**: Relato de experiência. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 01 de maio de 2006.

SANTOS, S. M. **A Idosos, Família e Cultura**: Um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Editora Alínea, 2003.

SAYEG, N. **Alzheimer Méd**: Informação e Solidariedade. Disponível em: <http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?codpagina=1047>. Acesso em 04 de maio de 2006

SECCO, C. L.T. **Além da idade da razão**.: Rio de Janeiro : Graphia Editorial, 1994. Série Programas e Serviços de Assistência Social, Programas e Serviços de Proteção e Inclusão Social dos Idosos, Instituto de Estudos Especiais PUC/SP.

SILVERA, T. M. **O sistema familiar e os cuidados com pacientes idosos portadores de distúrbios cognitivos**. Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282000000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 03 de agosto de 2006.

SITE: <http://www.Alzheimer.méd.br/alz1.htm>. Sem autor, acessado dia 25^{de} maio de 2006.

SPITALETTI, E. **Biodança na Terceira Idade**: Conceito de Envelhecimento Disponível em: <http://www.geocities.com/spitaletti/terceiraidade.htm>. Acesso em 10 de março de 2006.

SZRAJER, J.S. **Como adaptar o ambiente familiar aos cuidados necessários**. In DIAS, E.L.F, WANDERLEY, J.S, MENDES, R.T (orgs) Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. Campinas: Editora da Unicamp, 2002

ZIMERMAN.G.I. **Velhice:** Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 2000.