

CADERNO TÉCNICO & CIENTÍFICO

**Nº 84
JAN/FEV
2012**

**VOLUME
74**

DEVOTEE E SUAS VERSÕES

Páginas 2 e 3

REFLEXÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO: A SAÚDE, A SEGURANÇA E O TRABALHO

Páginas 4, 5, 6, 7 e 8

DEVOTEE E SUAS VERSÕES

Por Viviane Nunes Ferreira

Resumo:

Devotees, Wannabes e Pretenders, palavras que poucas pessoas sabem do que se trata. Significados complexos, mas superinteressantes, pois envolve sentimentos, deficiências e talvez um transtorno. Um trabalho que vai agregar muito para a área de saúde, para as pessoas com necessidades especiais, os Devotees e a população como um todo.

Palavras-chave: Devotees; Deficientes; Sexualidade.

Devoteísmo, um tema um tanto quanto delicado e complexo de ser abordado, contudo, me despertou o interesse não somente pelo fato de no Brasil não existir artigos científicos publicados, mas também pelo o fato de eu possuir uma deficiência e ter me deparado com esse assunto há alguns anos e somente agora, ao me especializar em Sexualidade Humana, me instigou o interesse de pesquisar e ir mais fundo na questão.

Como base, foquei em dois artigos: ‘Disability and Delight: Starig Back at the Devotee Community’ e ‘Amputee Body desired: Beauty Destabilized? Disability Re-valued?’, alguns sites e conversas pela internet com os próprios Devotees.

O termo Devotee é utilizado por pessoas que se sentem altamente atraídas sexualmente por deficientes. Existem mais dois subgrupos acolhidos, os Wannabes que desejam amputar um ou mais membros de seu



próprio corpo e por fim os Pretenders que utilizam aparelhos ortopédicos, cadeira de rodas, muletas, ou seja, tudo que puder os “transformar”, nem que seja momentaneamente, em um portador de necessidades especiais. De certa forma eles se sentem deficientes e projetam esse sentimento para o outro.

A internet é a espinha dorsal dos Devotees no que diz respeito à comunicação direta com os objetos de seus desejos.

De acordo com a visão de alguns especialistas, existem duas versões distintas para caracterizar seus comportamentos. A primeira percepção é entendida de forma simples, relacionadas às certas características do corpo humano, uma questão de gosto, por exemplo, existem pessoas que gostam de seios grandes, há também os que gostam de baixinhos (as), gordinhos (as), jovens, idosos, pessoas

do mesmo sexo ou não e também os que devotam os portadores de alguma necessidade especial. A segunda percepção é atribuída às questões ligadas a perversão, geralmente diagnosticados como um transtorno de preferência sexual, a Acrotomofilia.

Segundo Solvang a mulher com alguma deficiência é um desvio da norma estética, e um olhar masculino que sexualiza este corpo, provavelmente também possui um desvio; nada mais justo do que a comunidade Devotee, não de uma forma geral, é claro, acreditar ser uma luz no fim do túnel, uma esperança para uma questão social onde as pessoas são desvalorizadas como citado acima, contudo, encontramos mais uma visão, agora de equilíbrio, onde um possui o corpo fora do padrão que simboliza o poder e o outro tem além do desejo sexual que é o fator principal, tem também a ciência das críticas negativas com relação ao seu objeto de desejo e utilizam isso mesmo inconscientemente ou não a seu favor.

De alguma maneira os Devotees possuem o desejo de reconstruir a deficiência que é algo supervalioso para eles, como uma padronização, uma normalidade já que uma grande parcela da sociedade ainda em pleno Século XXI tem uma mente um pouco restrita no que diz respeito às diversificações do ser humano.

Assim como ocorre no mundo inteiro, existe uma atração sexual mais variada e geralmente mais aceita entre eles mesmos, que vai do hete-

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

rossexual, passa pelo homossexual e chega ao bissexual. Normalmente essas condições e atrações se iniciam na puberdade, muitas vezes relacionadas com experiências memoráveis de infância, nasce com o indivíduo, não surge como uma curiosidade, porém exclusivamente sexual no primeiro momento.

Uma história, um assunto sempre tem dois lados e jamais podemos julgar, devemos analisar tudo que é relacionado. De um lado os deficientes explicitam que ter relações sexuais com um devoto é terrível, pois existe a preocupação com o seu auto prazer e nada mais, afinal só enxergam o objeto de seu desejo e nunca o sentimento do outro que lhe atrai. Posso afirmar com total certeza e segurança que em qualquer envolvimento pode haver um (uma) mal (má) intencionado (a), isso jamais será uma característica única e exclusivamente do Devoteísmo. De outro lado o sentimento é tão forte quanto o desejo e se torna um pré-requisito, o envolvimento pode levar a casamentos, porém, nem todos que se relacionam com deficientes são obrigatoriamente classificados com Devotees, eles tem que se sentirem membros desta comunidade.

Em minha experiência virtual com eles, poucos quiseram me esclarecer algumas dúvidas, sem menor questionamento o foco era me indagar sobre o grau de minha deficiência e partir para o ataque, a conquista, com isso, pouco pude pesquisar, mas uma resposta não sai da minha cabeça: “Se sexo com uma mulher andante o prazer é “X” o sexo com uma mulher deficiente o prazer é “10X”“. Isso fala por si só.

Concluí também que no Brasil é bem diferente de outros lugares do mundo, enquanto lá fora a preferência é por amputados (as), já

aqui é portadores de Poliomielite, cadeirantes (com deficiências gerais, melhores as mais comprometidas), mulatantes, sofredores de acidentes e amputados (as) não ficam de fora.

Para finalizar bem este artigo é importante falar um pouco sobre Parafilias que nada mais é um padrão de comportamento sexual diferente dos padrões comuns, dependem de certas situações para serem consideradas uma perversão ou anormalidade.

No Código Internacional de Doenças também se encaixam as Parafilias, na classe “F”. O F65 que são as Desordens de Preferências sexuais, não possui nada que especifique como doença o Devoteísmo, embora o subgrupo Wannabe seja muito mais complexo e poderia estar classificado especificamente assim como o Sadomasoquismo (F65.5), Fetichismo (F65.0), Voyeurismo (F65.3) entre outros na parte “F - Transtornos Mentais e Comportamentais”, afinal cortar parte de membros do próprio corpo é delicado, porém, não sou eu que define isto. Apenas o que posso afirmar são algumas Parafilias existentes ligadas a esta classe:

Acrotomofilia =>

Atração sexual por amputados.

Nanofilia =>

Atração sexual por anões.

Apotemnofilia =>

Atração sexual por simular ser amputado.

O importante é obter mais conhecimento antes de qualquer relacionamento. No assunto específico aqui estudado é fundamental que saibamos todos nós, sem exceção se a pessoa em que estamos investindo sexualmente apenas ou não é um ótimo companheiro ou não, independente de ser Devotee ou deficiente para não sofrer com a escolha mais tarde.

Referências:

Disability and Delight: Staring Back at the Devotee Community - Raymoud J. Aguilera, B.A. - Sexuality and Disability, Vol. 18, No. 4, 2000

The Amputee Body Desired: Beauty Destabilized? Disability Re-valued? - Per Solvang - Published online: 27 April 2007 - Springer Science+Business Media, LLC 2007

Gori, Marcia. Revista Nacional de Reabilitação REAÇÃO, Ano XIV No 83 Novembro/Dezembro 2011

<http://cyberbiologiaecybermedicina.blogspot.com/2009/02/transexualismo-e-amputacao.html> Acesso: 09/07/2011

<http://doceacido.blogspot.com/2009/09/voce-sabe-o-que-e-parafilia.html> Acesso: 10/07/2011

<http://baupsicologico.blogspot.com/2010/08/apotemnofilia-acrotomofilia.html> Acesso: 09/07/2011

<http://ainanas.com/tag/acrotomofilia/> Acesso: 09/07/2011

<http://quenteerotika.blogspot.com/> Acesso: 10/07/2011

<http://www.bulas.med.br/cid-10/> Acesso: 10/07/2011

<http://www.fau.com.br/cid/webhelp/f65.htm> Acesso: 10/07/2011

<http://sociocratas.wordpress.com/category/sexo/> Acesso: 10/07/2011



Viviane Nunes Ferreira

É Cadeirante Graduada em Comunicação Social – Publicidade e Propaganda pela FACHA - Faculdades Integradas Hélio Alonso e Pós-Graduada em Sexualidade Humana pelo IBMR – Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação ambos no Rio de Janeiro.

E-mail: vivi19_rio@hotmail.com

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

REFLEXÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO: A SAÚDE, A SEGURANÇA E O TRABALHO

Por Aparecida Mari Iguti e Paulo Alves Maia

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo normal, individual e gradativo, que caracteriza uma etapa da vida onde ocorrem modificações fisiológicas, bioquímicas e psicológicas em consequência da ação do tempo. É uma fase onde ocorrem manifestações somáticas no ciclo natural da vida, pois se caracteriza pela perda progressiva da capacidade de adaptação e de reserva do organismo diante das mudanças que irão influenciar de maneira decisiva na vida do idoso. Este processo tem consequências individuais, mas no âmbito maior estas consequências podem transformar a realidade de uma nação (Silva, 2005).

Neste sentido o envelhecimento da população brasileira é um fato incontestável e uma preocupação a ser considerada pelas esferas de governo, empresas e profissionais da área da saúde, assim como pela população geral e trabalhadora.

A evolução da pirâmide etária com o aumento proporcional de pessoas idosas indica o envelhecimento de uma população. Este fenômeno progressivo está relacionado com a redução dos índices de natalidade e de mortalidade, resultando em uma maior longevidade. As alterações na dinâmica demográfica brasileira registram mudanças acentuadas nas últimas décadas.



De acordo com dados do Censo 2010, há mais pessoas com idade acima de 65 anos do que abaixo de quatro anos. O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento relativo da população de indivíduos com idade igual ou superior à 65 anos, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. Os grupos etários de menores de 20 anos já apresentam uma diminuição absoluta no seu contingente. O crescimento absoluto da população do Brasil nestes últimos dez anos se deu, principalmente, em função do crescimento da população adulta, com destaque também para o aumento da participação da população idosa (IBGE, 2011).

O grupo de crianças de zero a quatro anos do sexo masculino representava 4,9% da população total no ano 2000, enquanto o feminino, 4,7%. Em 2010, esses percentuais caíram para 3,7% e 3,6%, respectivamente.

O crescimento da população adulta implica em demandas específicas e gera pressões sobre a sociedade. Existem demandas nas áreas de educação, trabalho, saúde, aposentadoria. Um indício claro e manifesto destas dessas demandas pode ser observado através do número crescente dos aposentados que sofrem dificuldades financeiras e reivindicam melhores condições de vida.

ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO

O envelhecimento é um processo de modificações que ocorrem com o avanço da idade, de difícil definição precisa pela natureza singular dos indivíduos. Entretanto, com frequência

“operacionalizamos” o conceito, tanto nas observações da vida cotidiana, como: - “é um, velho”, ou na frase “como ele envelheceu” quanto nas fichas médicas, onde encontramos anotações do tipo: - “indivíduo envelhecido” ou “paciente com aspecto senil”.

Quando o indivíduo apresenta indícios claros de envelhecimento? Para responder a esta interrogação podemos utilizar as análises social e biológica.

Do ponto de vista social, qualquer conceito sobre o envelhecimento e suas implicações é relativo, e apresenta uma série de limitações, pois está profundamente vinculado a um contexto social específico e a um determinado estilo de vida em um dado momento histórico.

Já do ponto de vista biológico, a Organização das Nações Unidas considera idosa a população com mais de 60 anos para os países subdesenvolvidos e 65 anos para os desenvolvidos. Entretanto o processo de envelhecimento pode inicia-se muito antes e até mesmo ser prematuro, quando existe uma defasagem entre a idade cronológica e a idade biológica.

Desde o final do crescimento e maturação dos tecidos e órgãos, inicia-se um processo inexorável e irreversível de envelhecimento, com diferenças importantes conforme os órgãos e tecidos considerados. A partir da terceira década, os sinais de degeneração osteo-muscular aparecem no aparelho locomotor, e há a redução do volume ósseo, início de artrose e involução muscular. O aparelho cardiorrespiratório é afetado, com redução do débito

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

cardíaco, ou volume de sangue bombeado pelo coração em um minuto, ocorrendo uma menor ejeção sanguínea e a uma diminuição da superfície de trocas gasosas nos pulmões.

Em relação aos sistemas neuro-sensoriais, ocorre a redução das capacidades com o aumento da idade, com o aparecimento da presbiopia (redução da acomodação do cristalino), e da presbiacusia (perda auditiva devido a idade), os exemplos mais diretamente evidenciáveis. Observam-se, também, uma redução da capacidade da atenção, dos reflexos, da memorização, da aquisição de informações e da adaptação, compensadas em última instância pelo aumento de experiência.

Em menor grau, há alterações nos aparelhos digestivo, renal e endócrino, este último mais freqüente nas mulheres. Existe uma involução fisiológica regular e global renal, com redução progressiva do número de nefrons, da capacidade de filtração glomerular, da excreção e de reabsorção tubulares e do fluxo sanguíneo renal

É na saúde que os reflexos do envelhecimento populacional transparecem mais clara e rapidamente. As dificuldades para a manutenção da saúde aumentam com o avanço da idade. As pessoas mais idosas tendem a desenvolver doenças de caráter crônico-degenerativas, ou seja, aquelas associadas a tratamentos de longa duração e que necessitam de grande utilização dos recursos da área da saúde. Os sinais mais visíveis do envelhecimento são as manifestações de doenças degenerativas, como a aterosclerose, osteoporose, descompensação da diabete. Os tratamentos são prolongados e a tecnologia médica tende a se sofisticar, acarretando demandas crescentes de recursos físicos, materiais e financeiros. Além disso, há necessidade de se desenvolver técnicas e métodos de atendimento diferenciados.

O cenário onde ocorre o envelhecimento aponta para custos médico-hospitalares, cada vez maiores com o aumento da idade.

Anualmente, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, muitos com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados, medicação contínua e exames freqüentes. O número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006 – um aumento de 600% em menos de cinquenta anos.

Em inquérito domiciliar realizado na cidade de São Paulo, com 1.602 idosos, apenas 14% não referiram nenhuma doença. Em estudo de base populacional conduzido em Fortaleza com 667 idosos, 17,6% não apresentavam doença crônica alguma. Em outro estudo realizado com base nos dados coletados em 1998 pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que teve a participação de 29.976 idosos de todo o Brasil, mostrou que 31% dos participantes não mencionaram doenças crônicas embora em outros estudos a morbidade tenha sido maior. No censo conduzido em 2003 no bairro periférico Cidade Aracy, município de São Carlos, no estado de São Paulo, com 523 idosos, foi verificado que, apenas, 5,5% dos entrevistados não referiram presença de doença crônica (Cardoso&Costa, 2010).

Ao mesmo tempo em que o envelhecimento populacional provoca um aumento bastante significativo nas despesas com tratamentos médicos e hospitalares, também, impõem desafios para o governo e para a iniciativa privada, traduzidos na necessidade emergente de novos paradigmas e métodos de planejamento, de gerência e de prestação de serviços de saúde voltados a essa população. Tanto mais que os modelos vigentes se mostram ineficientes e de alto custo (Veras, 2007).

Os dados da PNAD mostraram que houve, no período de 1998 e 2003, uma melhora das condições de saúde das pessoas de 60 anos ou mais, quando considerados alguns indicadores, como percepção da saúde, ter estado recentemente acamado, capacidade para realizar atividades da vida diária e número de doenças crônicas. Os resultados também mostraram que houve aumento do número de consultas médicas e odontológicas no mesmo período. Essas tendências foram consistentemente observadas em ambos os sexos (Veras, 2007).

Contudo, apesar da presença de enfermidades, muitos idosos levam uma vida perfeitamente normal, com suas doenças controladas e sem limitações que os impeçam de viver de forma independente. Numa certa vertente, o conceito de saúde do idoso está relacionado com sua capacidade funcional, ou seja, a possibilidade de cuidar de si mesmo, de determinar e executar atividades da vida cotidiana, com autonomia e independência, mesmo apresentando morbidades. Nessa perspectiva, o bem-estar na velhice ou saúde está relacionado ao resultado de uma interação entre várias dimensões, que compreendem saúde física, psicossocial, suporte familiar e independência econômica.

Assim, mesmo que os idosos apresentem uma ou mais doenças crônicas, se mantiverem essas enfermidades controladas por meio de tratamentos adequados, conseguem manter sua autonomia, integrados socialmente, podem ser considerados pessoas idosas saudáveis.

A capacidade funcional em estudos da população idosa tem emergido como uma ferramenta para a sua avaliação da saúde. A OMS calcula uma prevalência de 10% de dependência na população mundial. Na pesquisa realizada no município de Guatambu (SC), a prevalência de algum tipo de dependência foi de 30,5%. Na cidade de São Paulo, 47,0% dos idosos referiram algum grau de dependência; em

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

Fortaleza, a prevalência encontrada foi de 47,7%. Um estudo de coorte com duração de dois anos conduzido na cidade de São Paulo e um censo realizado no município de São Carlos (SP) indicaram prevalências de 66,4% e 76,4%, respectivamente.

O estudo conduzido por Cardoso & Costa, (2010), em relação a morbididades crônicas, mostrou que 9,1% dos indivíduos não referiram nenhuma doença; já a prevalência de algum grau de dependência para realizar atividades da vida diária foi de 13,8%, e a maioria (11,4%) apresentou incapacidade considerada leve.

TRABALHO E O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento pode ser também analisado pelas manifestações progressivas e não reversíveis de certas incapacidades e inaptidões em relação a certos parâmetros ou em relação a um posto de trabalho.

Como resultado do processo de envelhecimento à medida que a idade aumenta, a margem de adaptação se reduz: - para uma mesma solicitação, o estresse é mais grave em indivíduos com mais idade.

O envelhecimento é diferenciado segundo os indivíduos a uma mesma função.

Na prática, é a partir dos 40-45 anos que as alterações das capacidades fisiológicas tornam-se evidentes. É quando o médico do trabalho pode observar os eventos com maior intensidade através das consultas e dos exames periódicos.

Existem certas exigências do trabalho que podem acelerar o envelhecimento. Os riscos mencionados num estudo junto aos médicos do trabalho franceses mostraram as dificuldades crescentes com o avanço da idade. Listam entre os mais importantes os trabalhos físicos pesados que incluem o transporte manual de cargas, o trabalho noturno com horários alternantes, as exigências posturais, o estresse causado pelas responsabilidades, os

ritmos impostos e o trabalho repetitivo e monótono..

Em relação aos riscos ambientais, o ruído, o calor, as intempéries, as poeiras, as vibrações, os riscos químicos, o frio e a umidade, os fumos e iluminação foram citados em ordem decrescente como difíceis de suportar.

ENVELHECIMENTO, APOSENTADORIA E TRABALHO

Existem grandes distâncias entre condições de trabalho nos diversos ramos de atividade, das empresas de capital nacional e das de capital estrangeiro, nas estatais ou ainda nas grandes, médias e pequenas empresas. Em todas elas, os trabalhadores em envelhecimento enfrentam pressões para manter-se em seus empregos, que pioram com a aproximação da aposentadoria. Estes fatos remetem inclusive à questão sobre as modificações nas aposentadorias.

Em geral a aposentadoria significa afastamento profissional, como expressa os próprios termos utilizados: - retirement, retraite, jubilado, etc. É muitas vezes utilizada como instrumento de regulação do mercado de trabalho. A volta do aposentado ao mercado de trabalho é uma característica muito particular da sociedade brasileira. Como já mencionado, uma especificidade importante da participação dos idosos brasileiros no mercado de trabalho é o peso expressivo dos aposentados na sua composição (CAMARANO, 2001). No entanto, a participação masculina ativa dessa população mostra-se, em geral, relativamente elevada, tendo como parâmetro a experiência de países desenvolvidos. Já a participação feminina é mais baixa que a experiência internacional usada para comparação.

Um em cada quatro brasileiros com mais de 65 anos participava do mercado de trabalho, em 2000, 14 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. A explicação para a manutenção destes idosos no mercado era de que a aposentadoria ou pensão insuficiente

requeria complementação pecuniária. Estes dados mostram que a desigualdade gerada pelo envelhecimento é uma marca forte no Brasil (CORREIO POPULAR, 2003, B-4).

Os idosos brasileiros vivem cotidianamente angústias com a desvalorização das aposentadorias e pensões, com medo e depressão, com a falta de assistência e de atividades de lazer, com o abandono em hospitais ou asilos, e sofrem, ainda, todo tipo de obstáculos para assegurar alguma assistência por meio de planos de saúde (Veras, 2007).

Os estudos sobre os idosos ampliam as evidências disponíveis acerca do processo de envelhecimento e a promoção do envelhecimento bem-sucedido poderia contribuir para a preservação de sua capacidade funcional matendo-a pelo maior tempo possível.

A informação epidemiológica deve ser valorizada por sua capacidade em prever eventos e possibilitar o diagnóstico precoce, especialmente em relação às doenças crônicas, e assim retardar o aparecimento desses agravos e melhorar a qualidade de vida e abordagem terapêutica.

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como dos fatores associados a essas condições, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, que devem ter como objetivo:

- interferir favoravelmente na história natural da doença;
- antecipar o surgimento de complicações;
- prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas;
- aumentar o envolvimento do paciente na sua recuperação;
- construir uma base de dados sobre os doentes crônicos.

POLÍTICA PARA ENVELHECIMENTO ATIVO DE UMA POPULAÇÃO

A OMS adotou o conceito de en-

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

velhecimento ativo definindo-o como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Visando a implantação desse conceito ao redor do mundo publicou um documento, em 2005, intitulado “Envelhecimento Ativo: - Uma política de Saúde” que oferece uma base de ação para os governantes.

Junto com o Plano de Ação sobre o Envelhecimento das Nações Unidas, que foi adotado recentemente, essa base fornece uma orientação para elaborar políticas multisetoriais de envelhecimento ativo que irão melhorar as condições de saúde e aumentar a participação entre as populações que estão envelhecendo; ao mesmo tempo, irão assegurar que os idosos tenham segurança, proteção e cuidados adequados quando precisarem de assistência.

Abaixo descrevemos algumas propostas desta política abordando os três pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança do idoso.

QUANTO A SAÚDE

1.1 Prevenir e reduzir a carga de invalidez, doenças crônicas e mortalidade prematura colocando em vigor políticas e programas que enfocam os fatores econômicos que contribuem para o surgimento de doenças e deficiências na terceira idade (como pobreza, baixa renda e exclusão social, baixa alfabetização e carência de educação), promovendo a prevenção e tratamento eficazes, criar ambientes seguros e apropriados para idosos como unidades de saúde específicos, proteção aos pedestres mais velhos, implementar programas de prevenção de quedas, eliminação de riscos nos lares e oferecimento de informações sobre segurança além de promover a segurança nos ambientes de trabalho voltada ao idoso.

A política deve também visar medidas preventivas e corretivas para audição e visão do idoso, a eliminação

de barreiras e colocar em vigor ações que melhorem a qualidade de vida de pessoas com deficiências e doenças crônicas. É importante também reduzir o risco de solidão e de isolamento social por meio de grupos comunitários dirigidos por pessoas mais velhas, grupos de auto-ajuda, programas comunitários etc.; promover a saúde mental e programas que assegurem o acesso a água limpa, alimento seguro e ar puro.

1.2 Reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida, como: implantação de ações para diminuir o tabagismo, o aumento da atividade física, a promoção de uma nutrição adequada durante toda a vida bem como da saúde oral entre os idosos; o incentivo para mulheres e homens conservarem seus dentes naturais enquanto for possível; pela implementação de práticas e políticas para reduzir o uso impróprio e o abuso de álcool e drogas e ainda pelo aumento do acesso aos medicamentos seguros e essenciais para os idosos que precisam dos remédios mas não podem pagar por eles;

1.3 Desenvolver um contínuo de serviços sociais e de saúde acessíveis, baratos, de alta qualidade e adequados para a terceira idade, que aborde as necessidades e os direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento, como: o acesso contínuo à assistência durante o curso da vida que inclui, entre outras, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento apropriado de doenças crônicas; o acesso a Serviços de saúde mental; a eliminação da discriminação de idade nos sistemas de serviço social e de saúde e o estabelecimento e a manutenção de padrões apropriados de cuidados para as pessoas que estão envelhecendo através de mecanismos reguladores, diretrizes, educação, colaboração e consulta.

2. QUANTO À PARTICIPAÇÃO

2.1 Propiciar educação e oportunidades de aprendizagem durante o

curso da vida, tornando a educação básica disponível e a promovendo a alfabetização de todos; promovendo a instrução sobre a saúde, e ensinando às pessoas sobre como cuidar delas mesmas, permitindo o acesso à aprendizagem permanente de homens e mulheres conforme eles envelhecem, bem como educando e capacitando os idosos na seleção e uso efetivos dos serviços de saúde e comunicação.

2.2 Reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades.

2.3 Incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária fornecendo serviços de transporte público acessíveis e baratos, envolvendo-os em processos políticos que tratam de seus direitos e em planejamento, implementação e avaliação dos serviços de saúde e sociais e dos programas de recreação, bem como em programas de prevenção do HIV/AIDS etc.; promovendo uma imagem positiva do envelhecimento e implementando ações no sentido de criar uma sociedade para todas as idades. Caberá também ao Estado a proteção das organizações que representam os idosos fornecendo apoio financeiro e treinamento que possam defender a saúde, a segurança e a participação integral do idoso.

3. QUANTO À SEGURANÇA

3.1 Assegurar proteção, segurança e dignidade aos idosos promovendo seus direitos para suprir suas necessidades de segurança social, financeira e física através da provisão de uma rede de segurança social, bem como, através de iniciativas de seguridade social que forneça renda estável e adequada durante a velhice; preparando os jovens para a velhice, protegendo os idosos que cuidam de pessoas portadoras do HIV/AIDS e os consumidores de medicamentos e tratamentos

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

arriscados das práticas inescrupulosas de comercialização; bem como, criando abrigos seguros e adequados para protegê-los em conflitos e crises entre outras ações.

3.2 Reduzir as iniquidades nos direitos a segurança e nas necessidades das mulheres mais velhas promovendo leis que protejam as viúvas contra o furto de bens e de práticas nocivas, contra a violência doméstica e outras formas de violência na terceira idade e propiciando segurança social; Deve-se também implantar ações para reconhecer o abuso (físico, psicológico, financeiro e abandono) do idoso e incentivando a denúncia dos infratores; treinar policiais, profissionais de saúde e outros para tratarem com o abuso ao idoso e aumentar a consciência sobre a injustiça dos maus tratos contra idosos através de campanhas de informação pública e conscientização, bem como envolver a mídia e jovens e idosos nestas iniciativas.

CONCLUSÃO

Embora o Estado não seja o único ator para promoção da saúde e bem estar da população brasileira idosa, vê-se que muitas propostas de ações da Política da Organização Mundial da Saúde para o envelhecimento ativo não foram implantadas ou estão em um estado prematuro de desenvolvimento no Brasil. Há um cenário de abandono, negligência, bem como de abuso psicológico, financeiro e econômico e maus tratos provocado por ações ou omissões do Estado em todos os âmbitos: municipal, estadual e união. A saúde passa por uma crise geral atingindo os mais desamparados, entre eles os idosos, as condições econômicas estão agravadas pelo achatamento das pensões, os idosos permanecem em suas casas pela falta de acessibilidade e segurança. As instituições com suas estruturas e recursos humanos não estão preparadas para receberem as demandas dos idosos e muito menos para atendê-los. O judiciário penaliza o idoso através de julgamentos que duram muitos anos, senão décadas, a ponto de morrerem sem verem seus pedidos julgados e o legislativo não promove leis necessárias para garantir a sua saúde, segurança e bem estar.

Há falta de recursos financeiros na

área da saúde, muitas vezes desviados para outros fins, para atender esta população cada vez mais carentes de medicamentos e serviços de saúde públicos: uma premissa para o bem estar. Poucos são programas sociais e recreativos que envolvem o idoso e nenhum incentivo para terem uma ocupação.

Há uma necessidade premente, frente a crescimento desta população idosa, para que cada cidadão idoso passe a ser ator de sua vida com todos os seus direitos e liberdades garantidas e para tanto, acreditamos que as ações propostas pela OMS devam ser implantadas “in totum” pelo Brasil.

BIBLIOGRAFIA

BELL, B.D.; PALMORE, E.- Contemporary Social Gerontology.- Ed. Charles C. Thomas Publisher, Illinois, USA, 1976, 450p.

BOURLIERE, F.- Métodos para determinar la salud biologica en el hombre.- OMS: Genebra, 1976, 69p.

CAMARANO, A. A. “O Idoso brasileiro no mercado de trabalho”, Texto para discussão nº 830, IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 22p, Outubro/2001.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J.S.D. - Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. - Ciência & Saúde Coletiva, 2010,15(6):2871-2878.

CORREIO POPULAR.- Censo 2000. - 27/12/2003, p.B-4

DAVIES, A.M.- Epidemiology and Challenge of Ageing.- International Journal of Epidemiology, vol 14, n 1, 1985, p.9-21.

IBGE - Comunicação Social 29 de abril de 2011. www.ibge.gov.br acesso em 30/08/2011.

SILVA, I. prevalência de quedas de indivíduos com idade superior a 60 anos. <http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/IvoneSilva/tcc.pdf>, acesso em 25 nov. 2005

OPS-OMS.- Hacia el bienestar de los ancianos.- OPS: Washington, USA, 1985, 188p. (Publicacion científica numero 492).

Rosset I, Pedrazzi EC, Roriz-Cruz M, Morais EP, Rodrigues RAP. Tendências dos estudos com idosos mais velhos na comunidade: uma revisão sistemática (inter)nacional*. Revista da Escola de Enfermagem USP 2011; 45(1):264-71.

VERAS, R.P.(a) - Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2463-2466, 2007

Veras, R. P. (b)- Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública 2009;43(3):548-54.

World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.



Aparecida Mari Iguti

é médica especialista em Medicina do Trabalho

Doutorado em Antropologia e Ecologia Humana pela Universidade de René Descartes, Paris, França, Professora no Departamento de Saúde Coletiva – Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP
iguti@fcm.unicamp.br



Paulo Alves Maia

é engenheiro mecânico, engenheiro de segurança do trabalho.

Doutorado em Engenharia Civil pela Faculdade de Engenharia Civil da UNICAMP, pesquisador em Saúde e Segurança do Trabalho na FUNDACENTRO.

paulo.maia@fundacentro.gov.br