



# Envelhecimento Humano

## Retratos do conhecimento

**Marilene Rodrigues Portella**  
**Ana Carolina Bertoletti De Marchi**  
**Luciane Meotti de Andrade**  
**(Org.)**

  
**UPF** | EDITORA

  
**UPF**

**PPGEH**  
Programa de Pós-Graduação  
em Envelhecimento Humano  
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

SÉRIE

Envelhecimento  
Humano

**8**



UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

*Bernadete Maria Dalmolin*

Reitora

*Edison Alencar Casagrande*

Vice-Reitor de Graduação

*Antônio Thomé*

Vice-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

*Rogério da Silva*

Vice-Reitor de Extensão e Assuntos  
Comunitários

*Cristiano Roberto Cervi*

Vice-Reitor Administrativo

## CONSELHO EDITORIAL

*Altair Alberto Fávoro* (UPF)

*Andrea Ultramar* (UFRGS)

*Alvaro Sanchez Bravo* (UNIVERSIDAD DE SEVILLA)

*Carlos Alberto Forcelini* (UPF)

*Carlos Ricardo Rosseto* (UNIVALI)

*Cesar Augusto Pires* (UPF)

*Cleci Teresinha Werner da Rosa* (UPF)

*Fernando Rosado Spilki* (FEEVALE)

*Gionara Tauchen* (FURG)

*Giovani Corralo* (UPF)

*Héctor Ruiz* (UADEC)

*Helen Treichel* (UFFS)

*Jaime Morelles Vázquez* (UCOL)

*José Otero G.* (UAH)

*Jurema Schons* (UPF)

*Karen Beltrame Becker Fritz* (UPF)

*Kenny Basso* (IMED)

*Leonardo José Gil Barcellos* (UPF)

*Luciane Maria Colla* (UPF)

*Paula Benetti* (UPF)

*Sandra Hartz* (UFRGS)

*Telmo Marcon* (UPF)

*Verner Luis Antoni* (UPF)

*Walter Nique* (UFRGS)

## UPF Editora

*Janaína Rigo Santin*

Coordenadora da Editora

*Cristina Azevedo da Silva*

*Daniela Cardoso*

Revisora de textos

*Ingra Costa e Silva*

*Rubia Bedin Rizzi*

Programação Visual

*Vera Pasqualotto Gaelzer*

Administrativo

# ENVELHECIMENTO HUMANO

Retratos do conhecimento

Organizadores

*Marilene Rodrigues Portella*

*Ana Carolina Bertoletti De Marchi*

*Luciane Meotti de Andrade*

n. 8

2020

*Copyright© dos autores*

*Revisado pelos autores*

Revisão de textos

*Ingra Costa e Silva*

Projeto gráfico, diagramação e criação da capa

Este livro, no todo ou em parte, conforme determinação legal, não pode ser reproduzido por qualquer meio sem autorização expressa e por escrito do(s) autor(es). A exatidão das informações e dos conceitos e as opiniões emitidas, as imagens, as tabelas, os quadros e as figuras são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

CIP – Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

---

E61 Envelhecimento humano [recursos eletrônico] : retratos do conhecimento / Marilene Rodrigues Portella, Ana Carolina Bertoletti De Marchi, Luciane Meotti de Andrade (Org.). – Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo, 2020. 1.787 kb ; PDF. – (Envelhecimento Humano, 8).

Inclui bibliografia.

Modo de acesso gratuito: <[www.upf.br/editora](http://www.upf.br/editora)>.

ISBN 978-65-5607-008-7 (E-book)

1. Envelhecimento. 2. Idosos - Aspectos psicológicos. 3. Idosos - Aspectos sociais. 4. Idosos - Aspectos da saúde. 5. Qualidade de vida. I. Portella, Marilene Rodrigues, org. II. De Marchi, Ana Carolina Bertoletti, org. III. Andrade, Luciane Meotti de, org.

CDU: 613.98

---

Bibliotecário responsável Luís Diego Dias de Souza da Silva - CRB 10/2241

UPF EDITORA

Campus I, BR 285 - Km 292,7 - Bairro São José

Fone/Fax: (54) 3316-8374

CEP 99052-900 - Passo Fundo - RS - Brasil

Home-page: [www.upf.br/editora](http://www.upf.br/editora)

UPF Editora afiliada à



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

# Conteúdo

Apresentação .....9

1 O sentido da vida no envelhecimento ..... 19

*Lusiana Santini*

*Eliane Lucia Colussi*

*Marilene Rodrigues Portella*

2 Envelhecimento saudável e a arte de envelhecer bem em  
Cícero: possíveis relações .....32

*Nadir Antonio Pichler*

*Milena Paula Zancanaro*

*Dione Maria Frizon*

3 Fotografia, memória e envelhecimento: aspectos  
introdutórios .....54

*Rafael Czamanski*

*Eliane L. Colussi*

*Helenice de Moura Scortegagna*

4 Estética, beleza e envelhecimento humano .....67

*Sabrina Fernanda Romanssini*

*Nadir Antonio Pichler*

*Carlos Eduardo de Oliveira Duarte*

5 Vaidade no processo de envelhecimento humano.....84

*Carlos Eduardo de Oliveira Duarte*

*Nadir Antonio Pichler*

*Sabrina Romanssini*

6 O sentido do trabalho para os caminhoneiros formalmente aposentados,mas ainda ativos .....98

*Tatiane Carla Reginatto Franceshini*

*Cleide Fátima Moretto*

*Jarbas Dametto*

7 Luto e reparação após a perda de cônjuges na velhice..120

*Sabrina Andreia Tubin*

*Alessandro Adami*

*Jarbas Dametto*

8 Interdisciplinaridade no cuidado e atenção à saúde bucal do idoso .....136

*Leonardo Saraiva*

*João Paulo de Carli*

*Lia Mara Wibelinger*

9 O engajamento de idosos na prática de exercícios físicos por meio de exergames .....152

*Jorge Luiz Andrade da Silva Júnior*

*Hugo Tourinho Filho*

*Ana Carolina Bertoletti de Marchi*

10 Avaliação da atividade física em idosos com o uso do IPAQ NO Brasil: uma revisão bibliográfica .....164

*Marluce de Oliveira Muhl*

*Eliane Lucia Colussi*

*Paulo Roberto Grafitti Colussi*

11 Doenças crônicas em idosos e o papel da saúde pública na prevenção e no tratamento.....174

*Raquel Debon*

*Joane Diomara Coleone*

*Ana Carolina Bertoletti De Marchi*

- 12 Senescência celular e doenças prevalentes no  
envelhecimento ..... 188
- Daniela de Linhares Garbin Higuchi*  
*Júlio César Stobbe*  
*Ana Luisa Sant'Anna Alves*
- 13 Sarcopenia e fragilidade: aspectos clínicos e  
complicações ..... 204
- Bruna da Silva Pavan*  
*Matheus Santos Gomes Jorge*  
*Lia Mara Wibelinger*
- 14 Processo de envelhecimento e aspectos nutricionais em  
indivíduos com transtornos mentais..... 218
- Paula Manfredi*  
*Lúisa Victória Biasi*  
*Ana Luisa Sant'Anna Alves*
- 15 Desnutrição em idosos: implicações da nutrição ..... 232
- Joane Diomara Coleone*  
*Raquel Debon*  
*Ana Carolina Bertolotti De Marchi*
- 16 O uso de medicamentos potencialmente inapropriados  
para idosos e as alterações fisiológicas no organismo  
envelhecido ..... 245
- Juliana Deboni*  
*Marilene Rodrigues Portella*  
*Ana Paula de Souza*
- 17 Interações medicamentosas e polifarmácia em idosos  
institucionalizados ..... 257
- Ana Paula de Souza*  
*Charlize Dallazem Bertol*  
*Juliana Deboni*

18 Teoria do Apego e os efeitos do abuso sexual infantil no adulto.....	270
---	-----

*Eduardo dos Santos de Lima*  
*Silvana Alba Scortegagna*

Sobre os autores.....	283
-----------------------	-----

## Apresentação

Investigar o processo de envelhecimento humano tem sido o objetivo do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF há mais de uma década. A transição demográfica atual nos desafia com a necessidade de estudos que possam subsidiar políticas públicas e novas práticas cotidianas para que seja possível projetar um envelhecimento com qualidade de vida.

Esta obra faz parte de uma série que vem sendo construída paulatinamente ao longo dos anos, a partir da colaboração de professores, alunos, egressos e pesquisadores da área. Portanto, os capítulos aqui presentes são frutos de um trabalho interdisciplinar que engloba demandas biológicas, psicossociais, educacionais e de inovação tecnológica, amparados pelo desejo de se fazer ciência e socializar seus resultados com a comunidade.

A obra está organizada em 18 capítulos, os quais estão vinculados às linhas de pesquisa do PPGEH, a saber: Aspectos Biopsicossociais do Envelhecimento Humano e Gerontechnologia.

O [sentido da vida no envelhecimento](#) - Estudos sobre o Sentido da Vida (SV) e o envelhecimento têm aumentado, demonstrando a importância de temáticas interdisciplinares na compreensão deste conteúdo. Este capítulo tem por objetivo demonstrar o que a literatura relata a respeito des-

te assunto e de que forma o SV pode auxiliar na promoção de um envelhecimento bem-sucedido. A população brasileira está passando por um processo de envelhecimento, e com a elevação da idade aumentam as dificuldades, patologias, limitações, dependências, tristeza e solidão. A sintomatologia e manifestações das doenças físicas dependem dos recursos psicológicos das pessoas, do sentido que atribuem a sua vida, da resiliência, da convivência familiar e social. Vários estudos têm relacionado a presença do SV à maior saúde física e mental, bem-estar e qualidade de vida. Dessa forma, o SV dos idosos obtém destaque no meio científico como temática inovadora e capaz de auxiliar sua saúde e a aquisição de um envelhecimento bem-sucedido.

**Envelhecimento saudável e a arte de envelhecer bem em Cícero: possíveis relações** - Para caracterizar o processo de envelhecimento saudável, é necessária a contribuição de muitas áreas do conhecimento e a capacidade de conectar saberes diferentes, tarefa nada fácil. Essa temática é complexa e, naturalmente, inter, multi e transdisciplinar e biopsicossocial. Mesmo que as pesquisas sobre envelhecimento saudável sejam recentes, no decorrer da história há alguns acenos sobre a arte de viver bem na velhice. Uma delas é a concepção de Cícero, na obra *Catão, o Velho* ou *Dialogo sobre a velhice*. Assim, o objetivo do artigo, de natureza bibliográfica, é estabelecer possíveis relações de semelhança entre a noção de envelhecimento saudável ou bem-sucedido atual e a arte de viver feliz no processo de envelhecer em Cícero, estabelecendo possíveis fusões, mesmo considerando as épocas distintas.

**Fotografia, memória e envelhecimento: aspectos introdutórios** - Atualmente, o envelhecimento humano tem evidenciado a importância da memória como elemento de construção e manutenção da identidade individual e coletiva dos indivíduos. Dessa forma, estudos sobre memória e envelhe-

cimento beneficiam-se das narrativas por meio de entrevistas. Por isso, diversas outras possibilidades metodológicas têm sido utilizadas no auxílio à rememoração. Entre elas encontra-se o uso de fotografias como suporte visual do passado. Além disso, o idoso/narrador ao ver-se nas fotografias revive sua história e reavivar sua memória. O objetivo deste trabalho é analisar a produção científica sobre o uso de fotografias no campo de estudos de memória e envelhecimento. Estabelecer um diálogo entre envelhecimento, memória coletiva e registros fotográficos.

**Estética, beleza e envelhecimento humano** - Com os progressos da beleza o ser humano torna-se vulnerável a essas evoluções. Porém, a percepção da estética e o bem-estar continuam sendo subjetivos de cada ser, assim também como a realização e satisfação pessoal está relacionada com bens da alma, da finitude particular e espiritual. Esse capítulo apresenta uma revisão de literatura sobre beleza e estética em idosos. O objetivo é descrever sobre estética, beleza e envelhecimento humano como promotores de qualidade de vida e satisfação entre corpo e alma.

**Vaidade no processo de envelhecimento humano** - O objetivo do texto é compreender a concepção do processo de envelhecer com vaidade. A vaidade é um aspecto importante nos processos adaptativos em todas as fases da vida, mas especialmente em adultos mais velhos e está ligada à qualidade da adaptação, bem-estar, satisfação com a vida e saúde. Não se restringe à idade cronológica, mas com a capacidade de integração social e adaptação das pessoas para lidar com os eventos da vida, incluindo os declínios do processo de envelhecimento. Refere-se a manter uma atitude positiva, valorizando as realizações, vivendo novas experiências, de maneira saudável e produtiva, na qual instigava novos estilos de vida, espaços, papéis sociais, autocuidado, autoesti-

ma, relacionamentos, amor próprio, bem-estar, conhecimento e comunicação.

**O sentido do trabalho para os caminhoneiros formalmente aposentados, mas ainda ativos** - O sentido atribuído ao trabalho incorpora não apenas as diferentes transformações que lhe são pertinentes, mas, sobretudo, as diferentes percepções dos indivíduos, em nível individual e social. O estudo objetiva compreender o sentido atribuído ao trabalho para os caminhoneiros aposentados que continuam exercendo a atividade profissional e suas implicações em termos de identidade, cultura e relações sociais. Foi realizado um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, por meio de entrevistas semiestruturadas com 16 sujeitos, com idades entre 53 e 76 anos. O conteúdo das falas foi analisado pelas categorias emergentes sentido e centralidade e cultura e identidade. Identifica o papel central que o trabalho assume na vida desses profissionais e as adversidades enfrentadas no cotidiano da estrada, sublimadas pelos sentimentos de liberdade, movimento e conquista do espaço. A forte identificação cultural com o trabalho fortalece a relação trabalho-família-religião.

**Luto e reparação após a perda de cônjuges na velhice** - As perdas de cônjuges são um fenômeno frequente na velhice, problema que ganha maior relevância frente à longevidade, que implica em uma extensa reorganização de vida diante do que foi perdido. O presente ensaio busca, através da literatura psicanalítica e psicológica, discorrer sobre a experiência do luto e seus desdobramentos, visando compreender a dinâmica intrasubjetiva do fenômeno e suas decorrências práticas. Exploram-se nesse escrito, perspectivas teóricas acerca das vivências emocionais e relacionais, bem como das capacidades funcionais diante da ausência de um companheiro ou companheira na velhice. A experiência diante dessas perdas engloba o sentimento de solidão e o enfrenta-

mento da morte, mas também remete à plasticidade da personalidade diante da necessidade de uma nova organização, sendo a perda de um cônjuge, para além de uma experiência de sofrimento, uma oportunidade de crescimento e descoberta de novas possibilidades de existência.

**Interdisciplinaridade no cuidado e atenção à saúde bucal do idoso** - No Brasil, a saúde bucal dos idosos é considerada um problema que merece cuidado especial, pois historicamente a prestação de serviços odontológicos não adota como prioridade a atenção a esse segmento populacional. É importante considerar a integralidade da saúde bucal com a saúde geral dos indivíduos, considerando seus valores, expectativas e percepções. Por isso, é importante o atendimento holístico ao idoso, vendo-o como um todo, não apenas com foco na doença. O objetivo deste capítulo de livro foi discutir o papel da odontologia na atenção à saúde do idoso, através de uma revisão bibliográfica na perspectiva da interdisciplinaridade. Pode-se concluir que a maioria dos idosos requer cuidados especiais, pois apresentam alterações sistêmicas e locais que influenciam em sua qualidade de vida. Ficou clara a indissociabilidade da saúde bucal e da saúde geral no atendimento a pessoa idosa, destacando a importância do conhecimento através da troca de informações com as outras áreas do conhecimento.

**O engajamento de idosos na prática de exercícios físicos por meio de exergames** - Novas práticas de exercícios físicos estão sendo adotadas como forma de engajar os idosos e, conseqüentemente, promover melhorias na capacidade funcional. Os exergames são jogos interativos que proporcionam controle, diversão, motivação e inclusão durante a prática do exercício físico. Evidências de resultados positivos na adesão aos exercícios físicos com o uso de exergame foram apontadas quando o jogador interage em conjunto, cooperando, colaborando ou competindo. Este capítulo tem como objetivo

discutir sobre a importância do engajamento dos idosos na prática de exercícios físicos e o papel dos exergames neste processo. Para tanto, foi realizada uma revisão da literatura. Como conclusão, os estudos identificaram que na prática individual do exergame, o jogador pode se sentir engajado na melhora de seu desempenho. Por sua vez, quando a interação ocorre de forma coletiva, o jogador se sente envolvido em uma interação social de cooperação ou competição.

**Avaliação da atividade física em idosos com o uso do IPAQ no Brasil: uma revisão bibliográfica** - A população mundial e a expectativa de vida estão aumentando consideravelmente, e junto a isso, o envelhecimento dessas massas constituem-se em novos fatores demográficos determinantes. Conhecer as particularidades e alterações que ocorrem na maneira de envelhecer torna-se de suma importância para a investigação da saúde geral e sua relação com outras enfermidades. A atividade física é aspecto decisivo, pois pode diminuir a mortalidade, aumentar as condições de saúde e capacidades funcionais nessa idade, sendo um preventivo valioso e atuante na qualidade de vida. O instrumento IPAQ é o questionário que avaliaremos. Ele possui três versões: curta, longa e adaptada. O objetivo é estudar a atividade física em avaliação pelo instrumento IPAQ no Brasil. A metodologia é revisão bibliográfica da literatura utilizando as bases de dados: Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMedSciELO. Estudos relacionando atividade física e IPAQ são significativos, pois podem caracterizar fatores determinantes para um envelhecimento saudável e bem-sucedidos.

**Doenças crônicas em idosos e o papel da saúde pública na prevenção e no tratamento** - O acelerado envelhecimento da população veio acompanhado de um aumento das morbimortalidades, oriundas pela alta prevalência de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes, doenças

cardiovasculares e respiratórias. Existem serviços assistenciais oferecidos aos idosos com o intuito de promover, proteger e recuperar a saúde a partir da atenção primária, os quais são oferecidos pelas unidades de saúde, compostas por equipes multiprofissionais. A Atenção Primária em Saúde é uma forma eficiente de atender às necessidades dos idosos com doenças crônicas, pois oferece suporte necessário para o idoso, sua família ou seu cuidador, por meio de ações de saúde voltadas para a prevenção e o tratamento, desenvolvidas por profissionais treinados e capacitados para esta finalidade. Este capítulo tem como objetivo discutir sobre a importância da saúde pública na prevenção e no tratamento de doenças crônicas em idosos.

**Senescência celular e doenças prevalentes no envelhecimento** – A senescência celular, um processo que altera a fisiologia, limitando a capacidade de replicação das células normais, oferece subsídios para esclarecer como ocorre o surgimento de doenças associadas ao processo do envelhecimento, com maior morbidade e mortalidade para a população de idosos. Assim, neste capítulo, os autores, por meio da revisão da literatura tecem considerações sobre as doenças mais prevalentes no processo de envelhecimento e as novas abordagens terapêuticas indicadas na prevenção das doenças e agravos.

**Sarcopenia e fragilidade: aspectos clínicos e complicações** - A sarcopenia e a fragilidade são síndromes geriátricas que cursam com eventos adversos a saúde dos idosos, como quedas, debilidade física, declínio da qualidade de vida, maior morbimortalidade, entre outros. Sua prevalência é variável, mas tende a aumentar concomitantemente a idade e ser maior em idosos institucionalizados em relação a idosos hospitalizados ou residentes na comunidade. Conhecer seus aspectos clínicos e complicações é essencial para delinear estratégias eficazes e promissoras no intuito de rever-

ter o quadro clínico da sarcopenia e da fragilidade, garantindo melhores condições de saúde e dignidade a vida dos idosos.

**Processo de envelhecimento e aspectos nutricionais em indivíduos com transtornos mentais** - Nos últimos anos observou-se a ocorrência de uma transição demográfica, epidemiológica e nutricional, que contribuiu para uma mudança de padrão do envelhecimento na população. Indivíduos com transtornos mentais possuem um processo de envelhecimento mais complexo devido a aspectos como autonomia, estado nutricional, uso de psicofármacos, prescrição dietética e alguns hábitos de vida, portanto é notável a necessidade de cuidado dessa população.

**Desnutrição em idosos: implicações da nutrição** - O crescimento da população idosa brasileira constitui um desafio socioeconômico ao país devido às necessidades de melhorias dos cuidados de saúde aos idosos. Neste contexto, surge a desnutrição, problema de saúde pública associado a um aumento de complicações clínicas para o doente. O estado de desnutrição aumenta a necessidade de cuidados de saúde, com elevados custos a nível pessoal para a sociedade e para o sistema de saúde. A prevalência de desnutrição em idosos é uma realidade a qual tem sido dada pouca importância, quer por parte dos profissionais de saúde, quer pela comunidade em geral. A detecção precoce da desnutrição pode ser feita através do rastreio nutricional, essencial para permitir a intervenção nutricional específica, e deve ser um componente “chave”, se não obrigatório, nos cuidados de saúde geriátricos. O nutricionista tem importante papel nesse processo, já que é o profissional habilitado para um acompanhamento nutricional adequado.

**O uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e as alterações fisiológicas no organismo envelhecido** - A velhice é considerada uma conquista para al-

guns, concebida como um processo de crescimento que ensina, enriquece e enobrece o ser humano. Para outros, um tempo de declínio funcional, adoecimento e necessidade de cuidado. No que tange ao quadro de saúde, a forte característica da maior parte da população idosa é a presença de doenças crônicas. Nesta condição, nota-se que no plano terapêutico considerando a presença das comorbidades, o tratamento farmacológico em grande parte abarca o uso de múltiplos medicamentos. O rápido envelhecimento populacional e conseqüente aumento da incidência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis convive também com o crescente aparecimento de doenças infecciosas e problemas psiquiátricos de início tardio. Esses fatores elevam o risco de polimedicação desses idosos acarretando em prejuízos quando a escolha das classes terapêuticas é inapropriada.

**Interações Medicamentosas e Polifarmácia em Idosos Institucionalizados** - A proporção de idosos vem aumentando na população do Brasil devido ao declínio da fecundidade e, simultaneamente, ao crescimento da expectativa de vida em ambos os sexos. Com o aumento da expectativa de vida, doenças crônicas e comorbidades tornam-se frequentes em idosos. Em conseqüência, o uso de medicamentos e a polimedicação são uma prática crescente. A população idosa constitui grupo de risco devido a modificações na farmacocinética e farmacodinâmica provocando maior impacto na terapia medicamentosa, aumentando a ocorrência de reações adversas aos medicamentos, interações medicamentosas e outros eventos adversos, em decorrência, principalmente, da polifarmácia excessiva. As interações fármaco-fármaco podem apresentar-se elevadas, abrangendo significância clínica, como a perda ou diminuição da função dos fármacos e efeitos adversos à saúde dos usuários.

**Teoria do Apego e os efeitos do abuso sexual infantil no adulto** - A partir da Teoria do Apego, pode-se entender os

efeitos danosos do abuso sexual infantil na vida adulta. Na busca desta compreensão, este estudo teórico encontra-se organizado em três partes: a primeira parte introduz a Teoria do Apego e o abuso sexual infantil; a segunda parte discorre sobre os efeitos do trauma na vida adulta; e a última parte descreve as considerações finais. Foi observado que há predominantemente o desenvolvimento de estilo de apego ansioso nas vítimas de abuso sexual, e a partir dele, os efeitos se desdobram em três grandes eixos: pessoal, relacional e transmissão geracional do dano. As vítimas de abuso sexual na infância carregam os efeitos danosos do apego ansioso ao longo da vida, mas com tratamento precoce, os efeitos tendem a diminuir.

Desejamos uma ótima leitura!

Organizadoras

# 1

## O sentido da vida no envelhecimento

*Lusiana Santini  
Eliane Lucia Colussi  
Marilene Rodrigues Portella*

### Introdução

Estudos sobre o Sentido da Vida (SV) na velhice têm aumentado, demonstrando a importância de temáticas interdisciplinares para a compreensão do envelhecimento. Tendo em vista o ser humano ser composto por aspectos biológicos, psicológicos e sociais, é necessário que ele seja observado integralmente para, assim, desenvolver com segurança ações que proporcionem ao idoso os recursos que lhe permitam uma vida satisfatória e feliz (JONSÉN; NORBERG; LUNDMAN, 2015).

O SV desde muito tempo tem sido considerado a busca essencial do ser humano (FRANKL, 1989). A sua ausência pode causar sérias consequências na qualidade de vida e saúde dos indivíduos, especialmente dos idosos que têm, frequentemente em seu cotidiano, acontecimentos negativos relacionados a mudanças, tais como perdas, fragilidades físicas e doenças (HOOKER; MASTERS; PARK, 2018; MINAYO, 2012).

Para Frankl (1989), a falta de SV leva a diversos transtornos, tais como vazio existencial, desespero, alterações psíquicas (como neurroses), tristeza, sentimentos de frustração, desesperança, depressão, suicídio, aumento da dependência química, entre outros.

As pessoas podem apresentar em resposta às doenças físicas sintomatologia e manifestações que dependem muito de questões relacionadas a recursos psicológicos, resiliência, convivência familiar, relacionamento social e espiritualidade. Também, as dificuldades advindas com estas últimas questões podem originar patologias, como a depres-

são (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010; FERREIRA *et al.*, 2013; NEVES *et al.*, 2013; ROCHA; CIOSAK, 2014).

Assim, para um envelhecimento bem-sucedido, é fundamental que os profissionais da saúde possam adentrar nos conhecimentos interdisciplinares, tais como o SV, de modo a buscar entender o indivíduo idoso integralmente, melhorando as chances de sucesso dos tratamentos. Nesse sentido, a abordagem multidisciplinar apresenta-se como uma possibilidade positiva para que os diversos profissionais da área da saúde possam dialogar e encontrar soluções apropriadas para cada situação e, dessa forma, colaborar com a promoção de uma longevidade com mais qualidade e bem-estar (MORAIS, 2010; MELO *et al.*, 2013a; NEVES *et al.*, 2013; RIGO; PASKULIN).

Nesse contexto, o SV dos idosos obtém destaque e amparo no meio científico, como temática inovadora e capaz de auxiliar na promoção de sua saúde e a qualidade de vida.

## O processo de envelhecimento

O Brasil vem apresentando alteração do panorama sociodemográfico e epidemiológico em geral, tendo como principais características a elevação do número de idosos, o estreitamento da pirâmide etária, assim como a alteração das características das patologias presentes nesse processo (redução das doenças transmissíveis e elevação na ocorrência das crônicas não transmissíveis) (BRASIL, 2013).

A partir da alteração do cenário de saúde da população idosa, tornam-se preponderantes as patologias crônicas, com seus agravos e acometimentos, que têm por consequência maior necessidade de utilização dos serviços de saúde por pessoas dessa faixa etária (IBGE, 2016). Dentre as principais patologias presentes nesse contexto, têm destaque os distúrbios cardiovasculares, as neoplasias, os problemas respiratórios, os problemas osteomusculares (SILVA *et al.*, 2013) e, por fim, as patologias neurológicas (FERREIRA *et al.*, 2013).

Esses acometimentos podem ter impacto na capacidade funcional dos idosos, ou seja, na capacidade de se executar uma tarefa ou ação (BRASIL, 2006). Tal capacidade também tem relação com o equilíbrio da multidimensionalidade da saúde do indivíduo, em seus aspectos físicos e mentais, na autonomia, na realização de atividades diárias, integração social, suporte familiar e independência econômica (NOVELLI; SILVA, 2018).

Nessa perspectiva, há necessidade de se agregar qualidade à vida dos idosos. As pessoas têm mais longevidade. Entretanto, estão mais suscetíveis a enfermidades crônicas, a incapacidades e a limita-

ções funcionais, o que representa, por conseguinte, menor qualidade de vida (NEVES et al., 2013). O Brasil enfrenta inúmeras dificuldades justificadas por uma precária situação socioeconômica e por políticas públicas e serviços de saúde deficitários. Além disso, o sistema de saúde apresenta-se pautado na abordagem fragmentada do indivíduo, tendo dificuldade de abarcar a sua integralidade ( RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010; MINAYO, 2012; NEVES *et al.*, 2013).

A sociedade, por sua vez, também encontra desafios e dificuldades emergentes, estando carente de recursos que lhe permitam gerenciar satisfatoriamente esse contexto e cuidar da população que está envelhecendo e que garantam melhores condições de vida, suporte e acolhimento social (RIGO; PASKULIN; MORAIS, 2010; MINAYO, 2012; NEVES *et al.*, 2013).

O envelhecimento bem-sucedido depende não somente das boas condições de saúde ou da capacidade funcional e cognitiva das pessoas. Importa, também, o desempenho de papéis sociais significativos, uma visão otimista da vida, uma autoimagem positiva, aprendizado permanente, entre outros fatores ( OLIVEIRA; CRUZ, 2013; FIGUEIRÓ, 2017).

A compreensão da complexidade do processo de envelhecer pode auxiliar na promoção de saúde e bem-estar do idoso, oferecendo a ele maior nível de significância, SV, autorrealização e felicidade nas diferentes situações cotidianas (FRANKL, 1989; OLIVEIRA; SILVA, 2013).

Entre as transformações que acompanham o processo de envelhecer, podemos salientar o declínio do funcionamento físico, o aparecimento ou o agravamento de doenças crônicas somáticas e neurológicas, a redução da memória e o isolamento social. Tais alterações podem favorecer o surgimento de experiências estressantes e críticas nessa fase de desenvolvimento, como o sentimento de perda do controle sobre si e sobre o ambiente, diminuindo, por conseguinte, a qualidade de vida das pessoas (MELO *et al.*, 2013b).

A percepção individual no processo de avaliação vivencial e reações a situações adversas (como doenças, perdas de amigos e familiares, de autonomia, de papéis sociais, entre outros) podem variar de acordo com o indivíduo. Quanto mais o evento for percebido negativamente, relacionado com perda e incontrollabilidade, maior chance de ser vivenciado de maneira estressante (MELO et al., 2013a). Dentre os recursos eficazes de enfrentamento nas adversidades advindas com o processo de envelhecimento, tem destaque o SV ( JONSÉN; NORBERG; LUNDMAN, 2015; GEORGE, 2017; HOOKER; MASTERS; PARK, 2018).

O envelhecimento envolve perdas em muitos aspectos da vida. Porém, é possível conservar competências, habilidades e funcionamento psíquico adequado, salvo no caso de impedimentos biológicos graves. Os idosos podem manter uma qualidade de vida satisfatória através da realização de atividades ou pelo significado que atribuem a essa fase de sua vida. Por meio da ativação das capacidades dos idosos, é possível minimizar os efeitos negativos do envelhecimento. Para tanto, são utilizados recursos psicossociais que favoreçam o encontro de um sentido para sua vida, além de crenças, estados emocionais positivos e regulação afetiva (OLIVEIRA; SILVA, 2013).

A velhice é marcada por diversos aspectos singulares que tornam a população de idosos um grupo vulnerável. A idade avançada, a vivência solitária, a perda de pessoas queridas e, muitas vezes, a ausência de uma rede social de apoio, agravam a situação dos idosos, colocando-os em um estado de isolamento social, solidão, sofrimento e redução da participação no mundo que os envolve (NESS; HELLZEN; ENMARKER, 2014; JONSÉN; NORBERG; LUNDMAN, 2015).

Tais aspectos favorecem a identificação pelo indivíduo de uma vida vazia e sem sentido, o que faz com que se eleve o risco de suicídio e depressão. Também, nesse período, a proximidade com a morte faz com que o ser humano aprofunde seus questionamentos acerca da própria existência; e é verdadeiro, especialmente para os idosos, que ter um significado na vida permite uma postura diferenciada e positiva diante das adversidades que lhes são impostas (FRANKL; LAPIDE, 2013; OLIVEIRA; SILVA, 2013; JONSÉN; NORBERG; LUNDMAN, 2015).

Os idosos mais velhos têm, frequentemente, mais despesas financeiras, maior necessidade de cuidados humanos e amparo social, de equipamentos, de medicamentos, de atendimentos dos serviços de saúde, entre outros. Há o aumento, também, dos sentimentos de insegurança, impotência e depressão, em decorrência, principalmente, da perda de entes queridos, como cônjuges, familiares e amigos, redução do círculo social, solidão, saúde e corpo frágeis, perda de papéis sociais e discriminação (MINAYO, 2012; NESS; HELLZEN; ENMARKER, 2014; FIGUEIRÓ, 2017; GRANERUD; IMINGEN; ERIKSSON, 2017).

Durante o envelhecimento das pessoas acontecem mudanças na estrutura familiar, nos papéis e nas regras. Tais alterações podem ser aceitas com dificuldade tanto pelo idoso quanto por outros integrantes da família (que passam a cuidar do idoso), e divergências intergeracionais podem ocorrer (HORTA; FERREIRA; ZHAO, 2010). A família é a instituição responsável pela maior parte dos cuidados prestados aos idosos dependentes. No entanto, por vezes, há dificuldade na presta-

ção desse cuidado, o que, entre outros motivos, se justifica em razão da saída da mulher para o emprego formal (IBGE, 2014).

Na sociedade, o idoso apresenta inúmeras dificuldades. Ser “velho” nem sempre é ser percebido com bons olhos em uma sociedade capitalista, com excessiva valorização da produtividade, do consumo, da beleza física e da ascensão de novas tecnologias. Com o envelhecimento, há mudanças de papéis sociais, o que ocorre, principalmente, com a saída do idoso do trabalho formal (LIBARINO; REIS, 2017).

Acrescente-se ainda a presença de estereótipos e representações sociais, discriminação e falta de enquadramento nos padrões que vigoram na atualidade. Tal conjuntura produz marcas físicas e psíquicas graves, podendo fomentar sentimentos depreciativos nos idosos, como de impotência, isolamento social, depressão, solidão, entre outros (FIGUEIRÓ, 2017).

Frente aos fatos mencionados, estudos vêm abordando diversas temáticas existenciais a respeito dessa fase do desenvolvimento humano, tais como o SV (VIEIRA; AQUINO, 2016).

Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, George (2017) forneceu indicativos de que o SV pode ser um recurso positivo no ajuste dos indivíduos em situações limites e estressantes. Teve como objetivos verificar se o SV tem ação nas trajetórias e mudanças nas situações de vida estressantes mais comuns, se ele reduz os resultados negativos das situações de aflição e sofrimento, e, por fim, se as dimensões deste são importantes no ajuste dos indivíduos. A presença de sentido pode prever mudanças adaptativas favoráveis relacionadas à angústia e à redução dos efeitos desagradáveis das situações adversas (GEORGE, 2017).

Compreende-se, com isso, que o conhecimento sobre o que dá sentido à vida dos idosos poderia contribuir no seu processo de envelhecimento e poderia proporcionar subsídios para que as equipes de saúde, a sociedade e as entidades governamentais promovam intervenções e ações que lhes possibilitem uma atenção integral, favorecendo maior satisfação com a vida, felicidade e plenitude (GRANERUD; IMINGEN; ERIKSSON, 2017; JONSÉN; NORBERG; LUNDMAN, 2015; NESS; HELLZEN; ENMARKER, 2014).

## O Sentido da Vida e os conceitos de Viktor Frankl

O SV constitui um dos principais questionamentos existenciais do ser humano (FRANKL, 1989; KÁLLAY; RUS, 2015). Segundo

Frankl (1989), pesquisador pioneiro nesses estudos, o homem busca constantemente um significado para sua vida e está continuamente se movimentando em direção a esse sentido.

Ao considerar que, em vez de agir em conformidade aos seus instintos, o homem deve apresentar respostas aos acontecimentos da vida e, dessa forma, realizar os significados por ela ofertados, Frankl (1989) lança uma nova perspectiva em resposta à psicologia tradicional que vigorava em sua época. Assim, faz surgir, nesse processo, a noção de responsabilidade, em um contexto no qual o homem é capaz de escolher que atitudes tomar frente às circunstâncias peculiares à vida.

Viktor Emil Frankl é o fundador da Logoterapia e um dos principais estudiosos da temática SV. Também chamada de escola psicológica de caráter fenomenológico, existencial e humanista, a “psicoterapia do Sentido da Vida” ou Terceira Escola Vienense em Psicoterapia tem como premissa básica a busca de sentido para a vida (SOMMERHALDER, 2010; FRANKL; LAPIDE, 2013).

Um dos principais objetivos da Logoterapia é auxiliar os sujeitos na compreensão de qual é o sentido de suas vidas em particular, partindo do pressuposto de que cada sujeito tem (ou deveria ter) um sentido único e exclusivo para a própria existência (FRANKL, 2008).

De acordo com Frankl (1989), a presença de SV é fundamental para o bem-estar psicológico e subjetivo, do mesmo modo que a sua falta está relacionada à frustração e a um “vazio existencial”, capaz de desencadear sintomatologia negativa, depressão e outros problemas (DAMÁSIO, 2013).

A busca de SV constitui também a força motivadora do ser humano. Em decorrência disso, surge o que ele denomina de motivação primária ou “vontade de sentido”, também definida como o esforço mais básico do homem para encontrar sentidos e propósitos. Tal conceito refere-se ao interesse continuado do indivíduo por encontrar um significado para sua vida, cujo sentido seria exclusivo e específico a cada um. De igual modo, a realização desse sentido cumpre essa busca e o ser humano passa a compreender a própria existência como justificada, como força vital duradoura e infinita, através da qual se pode perceber a vida como missão pessoal e intransferível (FRANKL, 2008).

Frankl (2008) refere quatro fatores que poderiam auxiliar o indivíduo na busca por um sentido em sua vida, a saber: a) valorização do que é importante para a pessoa: isso é, o que teve significado em sua vida, de maneira que cada um possui uma forma exclusiva de lidar com as situações; b) as escolhas: o indivíduo é responsável pelas escolhas que faz ao longo da vida, mesmo na situações adversas, ou seja, se não for possível mudar a situação, ele deve adaptar-se ou transformar-se; c) o sofrimento apresenta-se como uma oportunidade de cres-

cimento pessoal que depende de como a pessoa o enfrenta; d) significado imediato: acrescentar sentido aos pequenos e grandes acontecimentos da vida diária, sejam eles negativos ou positivos (SOMMERHALDER, 2010).

Nesse contexto, a felicidade, a autorrealização e o prazer surgiriam como efeitos colaterais da realização de sentido e não como fatores alcançáveis por si mesmos. Por sua vez, a frustração ou o vazio existencial poderiam levar o indivíduo a voltar-se para si como centro maior de suas preocupações e a perseguir os efeitos do prazer diretamente pela bioquímica. Em virtude disso, poderia existir perda de interesse pela existência, além de patologias como depressão, agressões e vícios, ou a crise dos aposentados e dos idosos (FRANKL, 2008).

Segundo Frankl (2008), apenas quando o indivíduo preenche um sentido exterior é que ele pode se autorrealizar. O sujeito somente se torna singular no momento em que busca tornar significativa a própria vida através da busca do sentido, este de caráter objetivo e auto-transcendente. Nessa perspectiva, o homem somente é suficientemente feliz ou realizado quando o sentido de sua vida está voltado para algo ou alguém além dele mesmo, como alguém para amar ou uma causa a se dedicar.

De acordo com Frankl (2008), há três possibilidades de respostas – que constituem três categorias de valores – frente às indagações na vida, já que cada momento carrega em si um valor em potencial: a) criativos: os valores que permitem ao homem agir no mundo; quando as pessoas se sentem responsáveis por criar, produzir algo, acreditando que devem dar o melhor de si, contribuindo com algo ou alguém; b) vivenciais (ou de experiências): os valores que permitem ao homem receber algo do mundo através de experiências em que se recebe amor (de afetos, amigos, parentes, parceiro/a, amoroso/a ou de Deus), a beleza da natureza, manifestações artísticas ou culturais e gratidão, entre outros; c) atitudinais: valores que instigam os homens a transformar as suas situações limites, de dificuldades e sofrimento, em realizações; circunstâncias em que as pessoas encontram-se limitadas, como no caso de uma doença, frente à morte, diante de situações de culpa ou mesmo na velhice, que traz intrínsecos a ela diversos desses aspectos (FRANKL, 2008; VÉRAS; ROCHA, 2014; SILVEIRA; GRADIM, 2015).

Qualquer ser humano pode encontrar sentido em sua vida, independentemente de suas características e situação. Da mesma forma, a presença de SV instiga as pessoas a apresentarem uma postura de afirmação diante da vida, mesmo em seu caráter de finitude e de sofrimento (PEREIRA, 2008).

Para Frankl (2008), o sofrimento, igualmente, constitui uma forma de se encontrar SV, pois perde o status de sofrimento quando tem em si um sentido maior, como o significado do sacrifício. Assim, segundo o autor, pode haver satisfação apesar do fracasso e desespero apesar do sucesso (FRANKL, 2008). O autor ainda relaciona alguns aspectos do processo de envelhecimento com a transitoriedade da vida, em um contexto no qual a morte aparece como ameaça potencial à existência. De acordo com o estudioso, a transitoriedade da existência não lhe tira o sentido, já que o passado é referenciado como algo que está seguro, um patrimônio inalienável da pessoa. Porém, é de responsabilidade de cada um realizar as melhores escolhas dentre as possibilidades apresentadas pelas circunstâncias da vida. E, dependendo dessas escolhas (“do passado”), tem-se um presente mais – ou menos – realizado, feliz e satisfatório.

Dessa forma, a Logoterapia apresenta uma postura ativista e não pessimista frente ao caráter temporário da vida, inserindo a ideia de que seria a responsabilidade que deveria nortear as ações dos indivíduos.

Outro aspecto a ser considerado é que a falta de SV aparece como uma das principais queixas da sociedade e que a carência desse sentido poderia ser uma das causas dos males vivenciados na modernidade. Tal contexto se efetiva mesmo diante do aumento da disponibilidade de recursos financeiros e com satisfação ampla da maioria das necessidades básicas do ser humano (FRANKL, 1989).

Frankl (1989) destaca a despersonalização e a desumanização que a sociedade experimenta. Com os avanços científicos e tecnológicos, o ser humano diminui a quantidade de horas diárias dedicadas ao trabalho comparado a outros períodos históricos e, frequentemente, não sabe como utilizar produtivamente essas horas excedentes.

Assim sendo, é crescente a sensação de uma vida monótona, de tédio, de frustração e de vazios existenciais, principalmente entre os idosos que, pelo próprio processo do envelhecimento, têm diversas alterações biopsicossociais e saem do mercado de trabalho formal, diminuindo suas atividades diárias e relações sociais. Finalmente, Frankl (1989) menciona que se há carência de sentido, auxiliar no preenchimento desse vazio produziria um efeito terapêutico.

Bons níveis de SV podem ampliar o bem-estar físico e psíquico dos idosos, aumentar sua qualidade de vida e reduzir sua dependência funcional (MELO *et al.*, 2013b). Além do mais, ter SV pode contribuir no processo de adaptação e ajustamento pessoal no envelhecimento (OLIVEIRA; CRUZ, 2013; OLIVEIRA; SILVA, 2013; VÉRAS; ROCHA, 2014); auxiliar no enfrentamento de situações adversas e na redução do estresse durante este período da vida, potencializando os

níveis de saúde (MELO *et al.*, 2013a); promovendo a resiliência (SILVEIRA; MAHFOUD, 2008; FONTES; NERI, 2015); fomentando atitudes positivas diante da vida; auxiliando no fortalecimento da vitalidade do idoso e vontade de viver; constituindo um fator de proteção psicofísico (VIEIRA; AQUINO, 2016); prevenindo a depressão (MINOZZO, 2012) e o suicídio (NETO, 2015). Por fim, a presença de um projeto de vida é capaz de proporcionar maior sobrevida aos indivíduos (HILL; TURIANO, 2014).

## Considerações finais

O envelhecimento populacional apresenta-se como um dos maiores desafios da atualidade, tornando-se objeto de estudo e convidando as diversas esferas da sociedade a considerar tal processo como um todo. Assim, problemáticas e questões existenciais, políticas, educacionais, econômicas e sociais são componentes do novo contexto demográfico (MINAYO, 2012; OLIVEIRA; CRUZ, 2013).

A experiência individual, o conteúdo intrínseco das pessoas, seus recursos internos e psicológicos podem atuar em seu bem-estar de maneira direta e decisiva, tanto melhorando quanto prejudicando sua saúde e qualidade de vida. Dessa forma, é necessário adentrar o campo da interdisciplinaridade com o propósito de abranger o ser humano como um todo indivisível e, assim, tentar otimizar sua saúde e facilitar o atendimento integral de suas necessidades pela sociedade e serviços de saúde.

A teoria do SV de Viktor Frankl relata que o ser humano tem ou busca essencialmente um SV e, a partir desse sentido, é possível acessar a felicidade, o sucesso e a realização, apesar das dificuldades e do fracasso ou o desespero, bem como é possível experimentar a desesperança e a depressão, apesar do sucesso proporcionado pelo mundo e por uma posição de vida favorável (FRANKL, 2008). A presença de SV contribui para uma boa saúde física e mental e tem como consequência a satisfação com a existência, a felicidade, a autorrealização, a esperança e a adoção de atitudes positivas perante a vida (FRANKL, 1989).

Frente ao exposto, proporcionar uma vida com sentido aos idosos e observar esse importante aspecto de suas vidas pode ser muito importante para esse grupo etário e para a sociedade em geral. Por conseguinte, estudar essa temática pode contribuir na elaboração de políticas públicas e de estratégias de prevenção, proteção e assistência dos profissionais de saúde e da sociedade a essa população. Além disso, tal investigação pode auxiliar na adaptação e no enfrentamen-

to das alterações advindas com o processo de envelhecer, a fim de promover um envelhecimento bem-sucedido, com saúde, bem-estar e qualidade de vida.

## Referências

BRASIL, A. C. de O. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 1–4, jan./mar. 2013.

BRASIL, M. S. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, D.F: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2017.

DAMÁSIO, B. F. *Sentido de vida e bem-estar subjetivo: interações com esperança, otimismo, autoeficácia e autoestima em diferentes etapas do ciclo vital*. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, out. 2013.

FERREIRA, P. C. dos S. *et al.* Características Sociodemográficas e Hábitos de Vida de Idosos Com e Sem Indicativo de Depressão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Faculdade de Enfermagem/UFTM, v. 15, n. 1, p. 197–204, jan./mar. 2013.

FIGUEIRÓ, P. R. *O envelhecer e a velhice: considerações sobre uma clínica do envelhecimento*. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Departamento de Humanidades e Educação, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUÍ, Ijuí, 2017.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1475–1495, 2015.

FRANKL, V. E. *Um sentido para a vida: psicoterapia e humanismo*. Aparecida - São Paulo: Editora Santuário, 1989.

FRANKL, V. E. *Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração*. 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FRANKL, V. E.; LAPIDE, P. *A busca de Deus e questionamentos sobre o sentido: um diálogo*. Petrópolis: Vozes, 2013.

GEORGE, L. S. *Is Meaning in Life a Positive Resource When Adjusting to Stressful Life Events?* 2017. Doctoral Dissertations - University of Connecticut Graduate School, University of Connecticut, Storrs, 2017.

GRANERUD, A.; IMINGEN, I.; ERIKSSON, B. Everyday Life and Wellbeing among the Oldest Elderly in Norway—A Qualitative Study. *Open Journal of Social Sciences*, Everlum, Norway, v. 05, n. 07, p. 97–111, 2017.

HILL, P. L.; TURIANO, N. A. Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. *Psychological Science*, Bethesda, USA, v. 25, n. 7, p. 1482–1486, 2014.

HOOKER, S. A.; MASTERS, K. S.; PARK, C. L. A meaningful life is a healthy life: A conceptual model linking meaning and meaning salience to health. *Review of General Psychology*, Texas A&M University, Texas, USA, v. 22, n. 1, p. 11–24, 2018.

HORTA, A. L. de M.; FERREIRA, D. C. D. O.; ZHAO, L. M. Envelhecimento, estratégias de enfrentamento do idoso e repercussões na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 523–528, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Informação demográfica e sócio-econômica.n.º36*. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em 13/05/2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Brasil, grandes regiões e unidades de federação. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 27/06/2018.

JONSÉN, E.; NORBERG, A.; LUNDMAN, B. Sense of meaning in life among the oldest old people living in a rural area in northern Sweden. *International Journal of Older People Nursing*, Queen Margaret University, Musselburgh, Escócia, v. 10, n. 3, p. 221–229, 2015.

KÁLLAY, É.; RUS, C. L. An analysis of the psychometric properties of life regard index – revised in two romanian samples. *Cognition Brain & Behavior*, v. XIX, n. 2, p. 129–148, 2015.

LIBARINO, D. D. S.; REIS, L. A. dos. Envelhecimento e trabalho: uma revisão bibliográfica. *Revista Eletrônica da FAINOR*, Vitória da Conquista, v. 10, n. 1, p. 2–18, 2017.

MELO, R. L. P. de *et al.* O Efeito do Estresse na Qualidade de Vida de Idosos: o Papel Moderador do Sentido de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 222–230, 2013a.

MELO, R. L. P. de *et al.* Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 239–250, 2013b.

MINAYO, M. C. D. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208–209, 2012.

MINOZZO, E. L. *Práticas psicoeducativas promotoras de sentido da vida voltadas a pessoas idosas com depressão*. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro Universitário La Salle, UNILASSALE, Canoas, 2012.

NESS, T. M.; HELLZEN, O.; ENMARKER, I. “Struggling for independence”: The meaning of being an oldest old man in a rural area. Interpretation of oldest old men’s narrations. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, Reino Unido, v. 23088, n. 9, p. 1–8, 2014.

NETO, C. H. DE A. O sentido na vida como fator de proteção ao suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, Salvador, v. 2, n. 2, p. 17–27, 2015.

NEVES, R. T. *et al.* Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-98, 2013.

NOVELLI, M. M. P. C. ; SILVA, T.B.L. Avaliação Direta e Indireta da Funcionalidade no Envelhecimento. In: Freitas, Elisabete Viana de; PY, Ligia. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. p. 1439-1443.

OLIVEIRA, A. L.; CRUZ, A. C. O papel do sentido da vida e do mindfulness na compreensão do bem estar de alunos de Universidades Seniores. *Exedra Revista Científica ESEC*, Coimbra, Portugal, n. Número Temático, p. 61–78, 2013.

OLIVEIRA, E. K. de S.; SILVA, J. P. da. Sense of life and aging : relationship between the pillars of logotherapy and psychological welfare. *Logos & Existencia Revista da Associação Brasileira de Logoterapia e Análise Existencial*, São Luis, v. 2, n. 2, p. 135–146, 2013.

PEREIRA, I. S. Mundo e Sentido na Obra de Viktor Frankl. *Psico*, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 159-165, 2008.

RIGO, I. I.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. de. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do rio grande do sul. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 254–261, 2010.

ROCHA, A. C. A. L. da; CIOSAK, S. I. Espiritualidade no manejo da

doença crônica do idoso. *Investigação Qualitativa em Saúde*, São Paulo, v. 2, n. spe2, p. 95–101, 2014.

SILVA, E. F. da *et al.* Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013.

SILVEIRA, D. R.; MAHFOUD, M. Contribuições de Viktor Emil Frankl ao conceito de resiliência. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 25, n. 4, p. 567-576, 2008.

SILVEIRA, D. R.; GRADIM, F. J. Contribuições de Viktor Frankl ao Movimento da Saúde Coletiva. *Revista de Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, Goiânia, v. 21, n. 2, p. 152–161, 2015.

SOMMERHALDER, C. Sentido de Vida na Fase Adulta e Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto alegre, v. 23, n. 2, p. 270–277, 2010.

VÉRAS, A. D. S.; ROCHA, N. M. D. Produção de artigos sobre Logoterapia no Brasil de 1983 a 2012. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 355–374, 2014.

VIEIRA, D. C. R.; AQUINO, T. A. A. Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. *Temas em Psicologia*, v. 24, n. 2, p. 483–494, 2016.

# 2

## Envelhecimento saudável e a arte de envelhecer bem em Cícero: possíveis relações

*Nadir Antonio Pichler  
Milena Paula Zancanaro  
Dione Maria Frizon*

### Introdução

Existem muitas maneiras de caracterizar a arte de viver bem concernente ao processo de envelhecer. Uma delas denomina-se envelhecimento saudável. Há uma dificuldade na literatura para estabelecer um consenso na definição da temática, possivelmente devido ao seu caráter inter, multi e transdisciplinar e biopsicossocial. Os termos envelhecimento ativo, robusto, produtivo, bem-sucedido, bem-estar subjetivo, felicidade, dentre outros, procuram compreender e explicar, em profundidade e extensão, a multidimensionalidade e a complexidade do envelhecimento humano, “O processo envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde” (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 91).

Ora, toda concepção de envelhecimento humano e, conseqüentemente, de envelhecimento saudável ou bem-sucedido, sempre é um produto do paradigma científico, filosófico,

religioso e biocultural da epocalidade histórica, da visão de mundo em voga.

Mesmo que a investigação formal sobre o processo do envelhecimento humano seja um fenômeno recente, alguns estudos foram desenvolvidos no decorrer da história da humanidade e também revisitados. Um deles, parte do objeto deste capítulo, é a arte de envelhecer bem, baseada na obra *Catão, o Velho ou Dialogo sobre a velhice*, do filósofo e jurista romano Cícero. Para ele, uma vida honrada, tranquila e distinta pode gerar uma velhice pacífica, ativa e suave (LUCE, 1993).

Segundo Marc e Agronin (2014, p. 30), Cícero “pode muito bem ser considerado o primeiro gerontólogo”, porque traz um descrição e análise do processo de viver e envelhecer, enaltecendo a prática das virtudes, a finitude, os limites, o respeito, a não subserviência, sempre guiado pela razão.

Assim, no decorrer da evolução do pensamento, alguns filósofos, tratados ou obras específicas, correntes de pensamento e até períodos são retomados, revisitados e reinterpretados à luz de seus paradigmas culturais vigentes. Não quer dizer que o conhecimento acumulado do passado, como um produto da humanidade, seja perfeito e capaz de apresentar-se como um protótipo ou um paradigma para resolver problemas das sociedades atuais. Toda a tradição passada deve ser visitada de forma crítica, exegética e hermenêutica (DALBOSCO, 2013). Porém, algumas máximas da tradição filosófica e cultural podem ser averiguadas e usadas para conhecer outras experiências, sempre considerando as devidas estranhezas e descontinuidades das epocalidades históricas, porque o passado tem sua especificidade.

Os tradutores da obra *A Hermenêutica do sujeito de Michel Foucault*, Márcio Alves Da Fonseca e Salma Tannus

Muchail, em relação ao passado e o presente, assim se expressam:

Os cursos tinham também uma função na atualidade. [...] Neles encontrava também um esclarecimento da atualidade. A arte de Michel Foucault estava em diagonalizar [sic] a atualidade pela história. Ele, podia falar de Nietzsche ou de Aristóteles, da perícia psiquiátrica no século XIX ou da pastoral cristã, o ouvinte sempre extraía uma luz sobre o presente e os acontecimentos de que era contemporâneo. A força própria de Michel Foucault em seus cursos estava neste sutil cruzamento entre uma sábia erudição, um engajamento pessoal e um trabalho com o acontecimento (FOUCAULT, 2006, p. XVIII).

O objetivo do texto é estabelecer possíveis relações de semelhança entre a noção de envelhecimento saudável ou bem-sucedido atual e a arte de viver bem e feliz no processo de envelhecer em Cícero, considerando os contextos distintos, suas estranhezas históricas. Para isso, organizamos o capítulo, primeiramente, abordaremos no geral o Envelhecimento saudável; depois, analisaremos, de forma sucinta, alguns aspectos do Envelhecimento saudável relacionado ao paradigma simplificador das ciências; na sequência, um Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde e o processo de envelhecimento em Cícero, dando início a possíveis relações de semelhanças, considerando a estranheza e a época histórica; por fim, sobre filosofia, felicidade e o envelhecer especificamente em Cícero, bem como O corpo e a velhice e Os costumes em Cícero e mentalidade líquida atual.

## Envelhecimento saudável

Para Teixeira e Neri (2008), o envelhecimento bem-sucedido começou a ser investigado na década de 1940, no século passado no Ocidente. A evolução histórica das pesquisas sobre a temática gira em torno de métricas objetivas, fisiológicas e subjetivas, ou seja, na capacidade de engajamento

social, atitude, autonomia, motivação, etc. Assim, envelhecer bem significa dar ênfase “às particularidades individuais e às diferenças socioculturais” (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 82-83).

Eis alguns indicadores que expressam o envelhecimento bem-sucedido ou saudável:

- a) A manutenção da capacidade funcional; a prevenção da morbidade, a ausência de incapacidade, a longevidade, o exercício ou prática de atividades físicas regulares, esportes e caminhadas; a ausência de doenças crônicas, a aceitação das mudanças fisiológicas e realizar, quando possível, atividades do dia a dia.
- b) Não possuir cardiopatia, acidente vascular encefálico, câncer, osteoporose, enfisema, asma, hipertensão, obesidade, artrite, problemas de audição; não fumar; ausência de depressão e déficit cognitivo e fisiológico; ter acesso aos recursos médicos e de saúde; ter baixa probabilidade de doenças.
- c) Busca do bem-estar subjetivo, ser capaz de desenvolver a autonomia, a independência, a criatividade; ser capaz de estabelecer metas e ter meios para executá-las; a estratégia de enfrentamento dos desafios da vida e a satisfação com a vida; agir de acordo com o valores interiores, da consciência; ter expectativas individuais ou motivacionais, ser feliz, contente e não ter preocupações; gostar do ambiente domiciliar; índice educacional elevado; saber lidar com as perdas e exercer a resiliência; crenças pessoais; ausência de solidão; ser capaz de exercer o autocuidado até próximo da morte.
- d) Inserção e participação social e experiência de vida; ser eficaz, ter condições financeiras adequadas; trabalho remunerado por mais de 30 horas por semana; exercer atividades de assistência e ser voluntário;

buscar novos meios de aprendizagens; melhoria nas políticas públicas aos idosos; ter acesso ao suporte psicossocial; família e amigos; sucesso profissional (TEIXEIRA; NERI, 2008; NERI, 2007; OLIVEIRA; WITTER; LIMONGELLI, 2013; MAIO; LOLLI, 2015).

Convém destacar que, para Teixeira e Neri (2008), muitos dos atributos acima elencados expressam uma visão norte americana do envelhecimento bem-sucedido, ancorada numa sociedade com valores socioculturais competitivos e dicotômicos de sucesso ou fracasso, saúde ou doença. Faz-se necessário ultrapassar esse paradigma simplificador utilitarista restrito a saúde como bem-estar somático, físico, ampliando-o num *continuum* multidimensional, numa “perspectiva integrada: análise dos dados objetivos e das percepções pessoais” (TEIXEIRA; NERI, 2008, p. 91).

## Envelhecimento saudável e o paradigma simplificador das ciências

Alguns aspectos dessa abordagem do envelhecimento saudável ou bem-sucedido acima podem ser enquadrados como reducionistas, porque se configuram como um produto dos progressos engendrados pela razão instrumental, que opera em termos quantitativos, matemáticos, com poucos espaços para os valores e significados da subjetividade, como a memória histórica e o cultivo de valores da alma, tão enaltecidos por Cícero e a filosofia da antiguidade, de cunho socrático-platônica. Assim, “a memória, o tempo e a lembrança são liquidadas pela própria sociedade burguesa em seu desenvolvimento, como se fosse uma espécie de resto irracional” (ADORNO, 2003, p. 33).

Na modernidade, o método científico foi desenvolvido e aplicado como a única forma válida e correta de abordagem

da realidade e de produção de conhecimentos. Essa visão de mundo está estruturada em torno do paradigma simplificador, instrumental e mecanicista já delineado, na idade média, por Guilherme de Ockham e Duns Scottus, desenvolvido e conhecido, inicialmente, nas pesquisas de Kepler, Copérnico e Galileu, e consagradas por Descartes e Newton. Esse paradigma buscava (e ainda busca) encontrar o princípio ordenador subjacente à desordem no mundo físico, biológico e humano. A desordem, tida como o que não é claro e distinto, passível de evidência e certeza, e tudo o que é subjetivo, não se adequa aos parâmetros que definem o que deve ser considerado ciência, porque são objetos estranhos ao paradigma.

Em relação ao processo de envelhecimento humano, é possível indicar dois exemplos dessa visão de mundo acentuada na dimensão mecanicista, com ênfase no biológico. Um, é a definição do envelhecimento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018), como

um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

*O outro é o do Relatório de Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafios* do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA/ONU, 2018), no qual o envelhecimento é concebido como “um processo natural e um fenômeno processual, pois todos os seres envelhecem e os corpos são finitos” (FPNU, 2018).

Gradativamente, sem desconsiderar o paradigma cartesiano e newtoniano, porque ele é extremamente útil no crescimento e no desenvolvimento da infraestrutura e da tecnociência da sociedade, mas limitado em relação às ques-

tões e aspirações socioculturais, surgem explicações e compreensões mais abrangentes, holísticas e complexas do processo de envelhecer bem. Uma delas é da *World Health Organization* de 2002 (Organização Mundial da Saúde, OMS), que concebe o envelhecimento ativo ou saudável como um “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança” (OMS, 2005, p. 13).

Essa visão, apesar de restrita à noção de envelhecer ligada aos fatores biológicos e físicos, incorpora a concepção de saúde da OMS como bem-estar físico, mental ou psíquico e social. Assim, o envelhecimento ativo é aplicado tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais, enaltecendo as potencialidades das pessoas idosas no decorrer das suas vidas, estimulando-as a participar do convívio social de acordo com suas necessidades, desejos, capacidades e que sejam asseguradas as garantias de proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial, podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (OMS, 2005, p. 13).

É significativo ressaltar que naquela ocasião, em 1990, a OMS passou a adotar o termo ‘envelhecimento ativo’ e não mais ‘saudável’ em seus relatórios sobre envelhecimento humano. A justificativa foi que ativo expressaria uma visão mais abrangente, não somente adstrita aos cuidados com a saúde no processo de envelhecer, como o reconhecimento de

portadores de direitos humanos, de independência, de participação, de dignidade, de assistência e de autorrealização.

No entanto, no *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* de 2015, a OMS retorna ao termo envelhecimento saudável, como veremos adiante.

## Relatório mundial sobre Envelhecimento Humano e Saúde e o processo de envelhecimento em Cícero

No *Resumo do Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* de 2015, elaborado e publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o envelhecimento saudável é definido como um “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015, p. 13).

Para caracterizar capacidade funcional, a OMS usa dois conceitos essenciais: capacidade intrínseca e fatores ambientais. A primeira se refere a todas as qualidades, competências e habilidades físicas e mentais que uma pessoa idosa utiliza para construir e reconstruir seu projeto existencial. No resumo do referido documento, a expressão “capacidade intrínseca” é citada 20 vezes. A segunda são os ambientes, os espaços onde se estabelecem e restabelecem as interações em sociedade e no meio ambiente.

Ora, a arte de saber envelhecer de Cícero, na obra *Catão, o Velho ou Dialogo* sobre a velhice, é possível estabelecer conexões com a concepção de capacidade intrínseca desenvolvida pela OMS. A seguir apresentaremos e analisaremos alguns ensinamentos éticos, morais e existenciais do filósofo romano. Além disso, faremos algumas conexões de semelhanças entre os pressupostos principalmente do *Resumo do*

*Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde* de 2015 e a filosofia do envelhecimento humano de Cícero.

A obra *Catão, o Velho ou Dialogo* sobre a velhice versa sobre a arte de envelhecer e é dedicada ao seu grande amigo, confidente e editor Tito Pompônio Ático. É um monólogo que tem como protagonista o personagem principal do diálogo, Marco Porcio Catão, o Censor. Cícero, na época que escreveu a obra, tinha 62 anos de idade e Ático, 65.

Naquela época, a expectativa de vida humana era cerca de 30 anos, situação que permaneceu inalterável até o renascimento. Em 1800, em países do primeiro mundo, chegou aos 40 anos de idade. Em 1900, em torno dos 50 anos. Somente a partir de 1950 passou a aumentar de forma progressiva a nível mundial.

Devido ao progresso social e ao avanço tecnológico, a expectativa de vida vem aumentando rapidamente, chegando hoje a uma média de 80 anos, sendo que a tendência é aumentar significativamente nas próximas décadas (JACOB FILHO; KIKUCHI, 2011).

Portanto, Cícero e seus colegas já estavam ligeiramente acima da média da expectativa de vida das demais pessoas daquela época.

Num documento anterior, intitulado *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde*, a OMS (2005, p. 8) descreve o processo de envelhecimento da população mundial como uma das grandes conquistas engendradas pela “humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo”, porque nos últimos dois séculos, há uma transformação gradual em nível mundial: o declínio contínuo da fertilidade e o aumento da longevidade (PEACE *et al.*, 2007).

Voltando a Cícero, segundo Kury (1998), na Introdução da obra *Catão, o Velho ou Dialogo* sobre a velhice, a locação temporal do diálogo, 150 a. C. não foi realizada de forma ocasional. Até então o homem público romano se destacava pela austeridade, o patriotismo e a moralidade, ou seja, pelos bons costumes. Após a destruição do Império Púnico, inicia-se um processo de decadência moral e corrupção no Império Romano, postura que perdurará por séculos. Assim, Cícero propõe no tratado um “retorno” aos bons costumes dos antepassados, ao ideal dos humanistas, numa época em que se vivia bem na República.

Considerando que o passado é sempre passado, singular e natural aos acontecimentos históricos, mesmo semelhantes, podem ter nexos causais. Eles são explicados e compreendidos com suas especificidades próprias. Assim, para Veyne (1983), os fatos e acontecimentos históricos não são regulados pelas leis determinísticas dos objetos da astronomia geocêntrica da época romana, como os astros, mas de acordo com as vontades, liberdades e contingências humanas, denominadas pelo autor de intrigas, próprias do mundo sublunar. Afinal, “as coisas humanas não podem ter leis universais” (VEYNE, 1983, p. 342).

Ora, a visão de Cícero acerca do envelhecer é uma marca registrada, logicamente, de um produto de uma época histórica.

## Filosofia, felicidade e o envelhecer

Segundo Cícero, em todas as fases da vida é possível encontrar prazer e sentido para a existência, pois todas elas têm suas virtudes e especificidades. E a filosofia, enquanto reflexão prática sobre a vida, tem muito a contribuir para uma velhice harmoniosa, paciente e prudente. Estudar filo-

sofia, na época, seguindo os fundamentos clássicos de Sócrates, era buscar razões para viver bem e feliz. Hadot (2008, p. 144) reitera que “a vida filosófica foi extremamente vigorosa no período helenístico, época em que Cícero viveu”.

É que a maioria das pessoas compreende a velhice como um tempo penoso, difícil de ser vivido. Desejam-na, mas quando chega, sentem-se passivas, negligenciadas por aqueles que outrora lhe honravam. E o que é pior: queixam-se amargamente pela privação dos prazeres dos sentidos. Dizem que, sem eles, a vida não tem graça (LUCE, 1993; COKAYNE, 2013).

Entretanto, outros vivem a velhice com galhardia, sem lamentações, com otimismo. Sentem-se aliviados por estarem “liberados” da vida ativa, pública e privada, e dos prazeres da carne. São respeitados e admirados pelos que os cercam. É o que se denomina hoje de envelhecimento ativo e saudável. Em contrapartida, o negativismo, o temperamento triste e a rabugice são inaceitáveis em qualquer idade da vida.

Por isso, continua Cícero, é que o poder, o prestígio e a riqueza podem ajudar a tornar a velhice mais saudável. Mas não são garantias de uma vida feliz e saudável. As melhores armas ou meios para saber envelhecer são o conhecimento e a vivência das virtudes. A sabedoria permite melhor compreensão de si, dos outros, do mundo, dos deuses, da existência. Já a prática das virtudes traz paz, tranquilidade, serenidade, prudência, sensação de dever cumprido nas fases anteriores da vida. Seria como um “cavalo forte e generoso [sic] que nas Olimpíadas alcançou muitas vitórias e desfruta de uma velhice descansada agora” (CÍCERO, 1998, p. 75).

No mesmo sentido, para Foucault (2006, p. 646), a velhice não se apresenta somente como uma fase cronológica

da vida, mas sobretudo pela busca do cuidado de si, porque “é uma forma ética que se caracteriza ao mesmo tempo pela independência relativamente a tudo que não depende de nós, e pela plenitude de uma relação consigo, em que a soberania não se exerce como um combate, mas como um gozo”.

Ainda, para Cortella e Rios (2013, p. 49), a velhice é uma decorrência natural da vida e nela se usufrui o que se construiu nos projetos pessoais, sociais, profissionais, financeiros, etc.: “Por mais que queiramos embelezar a conclusão da vida, ela só poderá ser bela pelo que a vida foi ao longo de nossa história”.

Os ensinamentos de Cícero estimulam a pessoa a guiar-se por valores supremos, como a busca pelo autoconhecimento, conhecimento de si e domínio de si, liberdade interior, espiritualidade, sociabilidade, consciência da finitude existencial, beleza, arte, felicidade, vida intelectual, reflexão sobre a morte e o processo de morrer. A efetivação da capacidade intrínseca da OMS visa à concretização dessa potencialidade existencial humana, principalmente com as pessoas idosas ou os adultos maiores.

Percebe-se que a busca pela felicidade e o bem supremo na vida de uma pessoa sempre foi algo almejado pela humanidade. Nas éticas antigas era um tema recorrente, palco de muitas pesquisas e discussões. Atualmente, devido aos progressos econômicos, políticos, culturais e tecnológicos da humanidade, a felicidade está estruturada em outros valores. Para muitos, ela restringe-se ao ato de trabalhar, produzir, ganhar dinheiro, consumir, seguir a moda, satisfazer os desejos de forma compulsiva e imediata, entre outros.

Assim, a moda, que é considerada pela elite intelectual e esclarecida como algo ontológico e socialmente inferior, está ligada à produção, ao consumo e à comunicação de massa num mundo voltado para o ter. “A moda não é mais um

enfeite estético, um acessório decorativo da vida coletiva; é sua pedra angular” (LIPOVESTKY, 2009, p. 13). A sedução, o efêmero e o frívolo tornaram-se os ideais coletivos da vida pós-moderna. O gozo pelo consumo, a mentalidade da cultura instantânea e imediatista, a política do espetáculo, tudo isso movido pela publicidade está gerando uma sociedade que “aniquila a cultura, conduz ao embrutecimento generalizado [e] à derrocada do cidadão livre e responsável” (LIPOVESTKY, 2009, p. 13).

Porém, a busca por uma felicidade mais consistente segue referências mais profundas, como a realização pessoal, execução de um projeto de vida com propósitos, enaltecendo qualidades subjetivas ou da alma, como o cuidado de si, a autoestima, o autoconhecimento, a satisfação racional dos desejos e prazeres, a participação em grupos de convivência, a saúde integral, a autonomia, a dignidade, a sexualidade, a espiritualidade.

Segundo Cícero, uma vida honrada, tranquila e distinta pode gerar uma velhice pacífica, ativa e suave (COKAYNE, 2013). Por isso, cita duas qualidades essenciais dos idosos - a capacidade reflexiva e a parcimônia no julgamento. Essas posturas foram concretizadas em vários acontecimentos pelos antepassados, como na “assembleia dos anciões”, no conselho do Senado e no exercício da magistratura na cidade de Esparta. De certa forma, a OMS (2005, p. 7), corrobora a busca de valorização das pessoas idosas, para que “continuem a representar um recurso para suas famílias, comunidades e economias”.

Com a velhice, a pessoa consegue desenvolver as atividades públicas com mais prudência, porque não está mais ocupada com as tarefas imediatas da juventude, continua Cícero. Destaca que não é a força, a agilidade física e a rapidez de realizar grandes façanhas que caracterizam

as virtudes dos velhos, homens públicos, mas a sabedoria, a clarividência e o discernimento. Sem dúvida, a irreflexão é própria da juventude. Porém, a sabedoria é própria da maturidade.

Essas qualidades de pessoas idosas, segue Cícero, são válidas tanto para homens públicos e célebres quanto para homens particulares, tranquilos e sem ambição, como agricultores romanos, amigos e vizinhos de Cícero, que jamais abdicavam dos trabalhos da lavoura.

## O corpo e a velhice

Com a velhice há, conseqüentemente, o enfraquecimento do corpo. Entretanto, Cícero confessa não perceber essa situação, mesmo com idade avançada. Quando jovem, possuía a força de um touro ou um elefante. Como orador, ainda sente seus pulmões sólidos. O timbre da voz adquire um brilho melhor, deixando-a límpida. Sugere ao homem idoso falar em público de forma pausada e suave, porque isso gera tranquilidade nos ouvintes, além de reter sua atenção, mantendo a audiência. Se isso não for possível, sugere escrever livros.

O exercício físico e a temperança, qualidades também muito revalorizadas hoje com os estudos sobre o envelhecimento humano, permitem manter uma velhice mais saudável. As leis e os costumes dos povos procuram dispensar os idosos de encargos que exigem vigor. Sugere conservar a saúde, praticando exercícios apropriados, comendo e bebendo o necessário para viver, sem excessos, de acordo com um dos fundamentos da ética das virtudes, herdada dos gregos. Assim, para Santos (2001, p. 94), Cícero apresenta sua visão “de envelhecimento como processo fisiológico, relatando os problemas do idoso como redução da memória e da capaci-

dade funcional, alterações dos órgãos dos sentidos, redução da capacidade de trabalho”. Porém, não basta só cuidar do corpo. É preciso cuidar, com maior afinco, do espírito e da alma, da capacidade intrínseca. Se o corpo se cansa com os exercícios físicos, o espírito se alivia exercitando-se.

Dessa forma, a velhice não é simplesmente dada, mas é conquistada e assegurada com valores e leis sólidas, oriundas da tradição e gerenciadas com moderação e discernimento. Uma velhice com tais prescrições e poder pode ser usufruída até os suspiros finais da vida.

Para exercitar e manter a memória ativa, Cícero praticava o método pitagórico, que consistia em toda noite, relembra e sintetizar todas as atividades realizadas durante o dia, submetendo seu espírito à uma ginástica rigorosa. Com toda essa disposição subjetiva, estava sempre à disposição de seus amigos. Conclui este item sobre a falta de vigor físico da seguinte forma:

No entanto, a vida que levei ao longo dos anos permite que ainda as faça, pois quem vive em estudos e trabalho não sente quando chega à velhice: pouco a pouco, sem sentir, se vai envelhecendo; não se aquebranta num repente, mas sim à força de muito viver (CÍCERO, 1998, p. 110).

Dessa forma, se as forças físicas declinam naturalmente, as potencialidades e as qualidades intelectuais podem ser mantidas e atualizadas pela disposição do caráter, pela força da vontade, conseguindo, inclusive, manter-se inserido numa comunidade, contribuindo ativamente com os seus rumos políticos, jurídicos e sociais. Se isso não for mais possível, há a possibilidade de dedicar-se ao estudo, poesia, amizade e produção de obras. Essa postura gera uma velhice saudável, com dignidade (MARC; AGRONIN, 2014).

Se a velhice é natural, o saber envelhecer é cultural, construído e reconstruído, de acordo com os paradigmas de

cada época histórica. Essa máxima, muita divulgada atualmente, já estava subjacente nas proposições filosóficas sobre o saber envelhecer em Cícero.

## Os costumes em Cícero e a mentalidade líquida atual

Cícero, de acordo com o costume dos antepassados, deleitava-se em presidir os banquetes e fazer um breve discurso com um copo de vinho à mão depois do banquete principal. Como no *Banquete* de Xenofonte, seguia o costume das taças serem de tamanho pequeno e tocado de vez em quando. Tais rituais e banquetes eram praticados diariamente com amigos e vizinhos em sua casa de campo em Sabina, e se estendiam até tarde da noite, onde eram discutidos assuntos variados. Portanto, a velhice é uma excelente oportunidade para realizar entretenimentos com pessoas amigas, idôneas e moderadas. Mas para isso, requer-se uma boa condição financeira, uma casa adequada e empregados domésticos, realidade que Cícero possuía e usufruía muito bem.

Essa condição cultural privilegiada construída e alcançada por Cícero não é a realidade da maioria das pessoas idosas hoje no mundo. Vivemos em um mundo estruturado em torno do mercado e do capital. No mundo capitalista, globalizado e consumista, os princípios, valores e comportamentos estão estruturados na ordem do ter, das coisas, das mercadorias. As pessoas só são pessoas pelo que produzem (LIPOVESTKY, 2007; LIPOVESTKY, 2009). Elas são proprietárias de si mesmas e das coisas e valem pelo montante de produção, seja ela de manufaturas ou de serviços que são capazes de produzir (BEAUVOIR, 1990).

Sendo assim, para Cícero, quando a pessoa se sente liberada das obrigações estritamente profissionais, da ambição, do esforço, das inimizades e das paixões de todas as

espécies, o idoso tem o direito de se isolar do mundo urbano e viver uma vida mais meditativa, sempre em contato com a natureza, com o ambiente, com o ecossistema. Nada é mais agradável ao espírito que alimentá-lo com o estudo e o conhecimento, além de usufruir de uma velhice ociosa em locais tranquilos. Dessa forma, para Foucault (2006, p. 647), o “cuidado de si designa uma tensão vigilante de um eu que vela, sobretudo para não perder o controle de suas representações, para não se deixar invadir nem pelos sofrimentos nem pelos prazeres”.

Naquela época, os senadores, mesmo velhos, viviam nos campos. Eram convocados para as atividades políticas por meio de uma espécie de carteiros. A atividade agrícola não era só um passatempo útil, mas praticada como algo prazeroso, pela abundância que a vida na terra proporcionava. Além disso, era um excelente local para prestar culto aos deuses, de acordo com o costume religioso romano, advindo dos gregos.

A casa de um agricultor cuidadoso sempre está provida de barris de vinho e de azeite. A dispensa está sempre farta de carne de porco, de cordeiro, de cabrito, de galinha, de leite, de queijo e de mel. Sem esquecer-se da horta, chamada pelos agricultores de “segundo guarda-comidas”. Cita ainda os momentos de prazer desfrutados da caça e do cultivo das aves.

Enfim, nada melhor do que uma vida vivida nos campos, exercendo e acompanhando as atividades agrícolas, o ritmo das estações, do verdor dos prados, a harmonia das árvores, as variedades de vinhas e oliveiras. Não há nada mais prazeroso do que um campo bem cultivado. E a velhice não é empecilho para se usufruir destes e outros bens.

Alguns pequenos gestos confirmam a respeitabilidade da dignidade na velhice, como receber visitas, buscar sua

companhia, abrir passagem, ceder o lugar para sentar, ser acompanhado por uma pessoa mais jovem, ser consultado para ouvir conselhos, ser acompanhado de volta à casa. Claro que estes gestos e costumes são mais observados em cidades civilizadas.

Em Atenas, ainda para Cícero, uma pessoa idosa entrou num teatro superlotado para assistir aos jogos e seus concidadãos não lhe cederam um lugar para sentar. Diante disso, dirigiu-se à delegação dos lacedemônios, que tinha seus lugares reservados, que imediatamente levantaram-se para lhe dar um lugar. Após essa atitude, o teatro inteiro os aplaudiu. Um dos representantes da delegação comentou que os atenienses sabem o que é justo, mas não praticam.

Outro argumento para corroborar essa tese de uma existência curta, mas bem vivida, é o seguinte: um ator, para ser reconhecido e aplaudido, não precisa desempenhar a peça inteira. Basta ser bom nas partes das cenas que executa. Da mesma forma, o sábio, o velho, não precisa chegar até o fim da jornada, porque o que conta, no tempo da vida, é uma vida vivida bem e honestamente, com respeito, sabedoria e honra. Se, por ventura, a vida for mais longa, devem-se evitar as queixas, porque a época da primavera, época da juventude, que sempre promete futuros frutos, já passou. Agora, na velhice, é época da colheita, da seara, como enaltecem Marc e Agronin (2014).

Assim, para Frédéric Gras, na análise da Situação do Curso no final da obra *A hermenêutica do sujeito*, referente ao governo de si e dos outros, “longas e belas páginas sobre a velhice, inspiradas em Cícero, Sêneca, Demócrito, aparece como uma fase de realização ética para a qual devemos de tender: no crepúsculo da vida, a relação consigo deve ascender ao seu zênite” (FOUCAULT, 2006, p. 645).

## Considerações finais

Para a OMS, a pessoa idosa que consegue otimizar sua capacidade intrínseca, principalmente pela busca da autonomia, tende a alcançar uma qualidade de vida melhor, como a satisfação das necessidades básicas fundamentais, sejam elas físicas, psíquicas, sociais, financeiras ou espirituais. Se essa condição existencial for assegurada, é possível alcançar a dignidade, a integridade, a liberdade e a independência, identificado como bem-estar geral. Em Cícero, todas essas qualidades são denominadas como arte de viver bem, de felicidade, que é a tranquilidade da alma ou da consciência.

A pessoa sábia, ainda para Cícero, é capaz de libertar-se das perturbações da alma, dos desejos, dos impulsos e das paixões de toda a ordem, porque busca viver a impassibilidade, a tranquilidade da alma, a imperturbabilidade do espírito. Ela pode ser considerada e seguida como um guia, um caminho eficaz à vida boa, pois alcançou um desenvolvimento espiritual da alma ou consciência pela prática da virtude, pela prática de hábitos bons e saudáveis.

Os verdadeiros frutos da velhice são as lembranças das boas ações praticadas no passado. É assim porque é de acordo com a natureza. E tudo o que é efetuado em função dela é bom. Aqui aparece um dos princípios da filosofia estoica, que é seguir a natureza, entendida como uma sabedora superior. Além disso, há uma identificação, uma imbricação entre deuses, natureza, razão ou providência e virtude ou aquilo que é bom, com a sabedoria, com a autonomia do sujeito pelo cuidado de si. Essa busca pela autonomia, mesmo em perspectivas e contextos diferentes, é enaltecida como um dos fatores fundamentais do envelhecimento saudável na atualidade, onde os adultos maiores “têm o direito de fazer escolhas e assumir o controle de uma série de questões,

incluindo onde vivem, os relacionamentos que têm, o que vestem, como passam seu tempo e se submetem-se a tratamento ou não” (OMS, 2015, p. 21).

A felicidade e a aceitação da condição da velhice são oriundas dos bens da alma, da atitude interior, da consciência de si, condição definida pela OMS como capacidade intrínseca. Quem possui essa postura, segundo Cícero, age com mais galhardia. Além disso, deve-se seguir a natureza, ou seja, aceitar a velhice como um decurso natural da vida, perseguindo-a como se ela fosse divina, pois a velhice é inevitável. Aceitá-la é colher os frutos de uma existência digna. Resistir ou rejeitá-la é uma atitude de estupidez, pois, simbolicamente, é querer guerrear contra os deuses ou lutar contra a fluidez da vida.

Convém destacar que a visão sobre o envelhecimento humano ou a arte de envelhecer bem em Cícero é um produto de uma reflexão filosófica de uma determinada época, inclusive fundamentada, naturalmente, nos parâmetros da ciência, arte, cultura, sabedoria, virtude, velhice do contexto do mundo antigo e romano, com influência da filosofia socrática e estoica. Sua visão acerca do envelhecer possui algumas incongruências. Ela é mais restrita a classe dos patrícios romanos, da elite intelectualizada. Para a maior parte da população idosa, essa forma de vida com abundâncias financeiras, bens materiais, proteção do estado romano, condição social etc. eram desconhecidas e dificilmente alcançadas, devido à rigidez da estrutura social e hierárquica. Mesmo assim, a arte de envelhecer tornou-se uma referência clássica, novamente revisitada, porque desde 1875, a Organização das Nações Unidas (ONU), decretou a Era do Envelhecimento Humano.

Portanto, a velhice é uma excelente oportunidade para proporcionar o cuidado de si, dos valores da alma como paz, amor, amizade, tranquilidade, espiritualidade, finitude.

## Referências

ADORNO, T.W. *Educação e emancipação*. Tradução de Wolfgang Leo Maar. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Tradução de Maria H. Franco Monteiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

CÍCERO, M.To. *Catão, o velho ou diálogo sobre a velhice*. Introdução, tradução e notas de Marino Kury. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.

COKAYNE, K. *Experiencing Old Age in Ancient Rome*. London: Routledge, 2013.

CORTELLA, M.S.; RIOS, T. A. *Vivemos mais! Vivemos bem? Por uma vida plena*. Campinas, SP: Papirus 7 Mares, 2013.

DALBOSCO, A.C. Sem humanização, o castelo desmorona. *Universo UPF*, Passo Fundo, RS, n. 02, p. 6-7, mar. 2013.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Tradução de Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HADOT, P. *O que é a filosofia antiga?* Tradução de Dion D. Macedo. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2008.

FUNDO POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA/ONU). *Relatório de Envelhecimento no século XXI: Celebração e desafios*. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php>. Acesso em: 10 mar. 2018.

FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito: Curso dado no Collège de France (1981-1982)*. Tradução Márcio Alves Da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

JACOB FILHO, W.; KIKUCHI, E.L. *Geriatrics e gerontologia básicas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LIPOVESTKY, G. *O império do efêmero: A moda e seu destino nas sociedades modernas*. Tradução de Maria Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

\_\_\_\_\_. *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade do hiperconsumismo*. Tradução de Maria Machado. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

LUCE, J. *Continuity and change: Four disciplinary perspectives on the reading of De Senectute de Cicero*. *Journal of Aging Studies*, v. 7, n. 4, p. 335-338, 1993.

MARC, E.; AGRONIN, M.D. From Cicero to Cohen: Developmental Theories of Aging, From Antiquity to the Present. *The Gerontologist*, v. 54, n.1, p. 30-39, 2014.

MAIO, E.R.; LOLLI, M.G.S. Educação permanente, não formal, como instrumento para a valorização e o reconhecimento do idoso: o modelo da UNATI/UEM. *Revista Ensino Em Re-Vista*, v. 22, n. 2, p. 401-410, jul./dez. 2015.

NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alinea, 2007.

OLIVEIRA, G.M.; WITTER, C.; LIMONGELLI, A.M.Al. Definições de envelhecimento saudável, bem-sucedido ou ativo. *Integração*, Ano XIX, n. 65, p. 61-65, jun./jul. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Contijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Envelhecimento humano*. Disponível em: <<http://brasil.campusvirtuaisp.org/>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

PEACE, S. *et al.* The ageing world. In: BOND, J. *et al.* (Edited by). *Ageing in Society*. London: BSG and SAGE, 2007. p. 1-14.

SANTOS, S.C. Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental. *Rev. RENE.*, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 88-94, jul./dez./2001.

VEYNE, P. *Como se escreve a história*. Trad. António José da Silva Moreira. Lisboa: Edições 70, 1983.

TEIXEIRA, I.N.O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP* [online], São Paulo, v.19, n.1, p. 81-94, maio 2008.

# 3

## Fotografia, memória e envelhecimento: aspectos introdutórios

*Rafael Czamanski*

*Eliane L. Colussi*

*Helenice de Moura Scortegagna*

### Introdução

O processo de envelhecimento humano tem se tornado tema e objeto de estudo de diversas áreas do conhecimento. Tendo em vista sua complexidade, pesquisas sobre o tema envelhecimento e memória são desenvolvidas, em especial na área da saúde, das humanas, das áreas tecnológicas, do direito, entre outras. Do ponto de vista da importância da memória no processo de envelhecimento das pessoas, diversas abordagens são possíveis e necessárias.

A memória, da perspectiva do desenvolvimento humano e social, em especial no processo de envelhecimento das pessoas, encontra-se relacionada aos campos de estudos da psicologia social, da história, da sociologia, entre outros. O uso de registros fotográficos como instrumento de fomento ao processo de recordar permite que a pessoa se desloque no tempo e revise seu passado reforçando sua identidade individual e social. As representações do passado que nos

chegam por meio das lembranças de narradores se apresentam carregadas de subjetividades de sentidos e significação. Dessa forma, memória, história e contemporaneidade indicam o tempo como força de corrosão, o espaço como lócus da experiência da rememoração e o movimento como a estrutura simbólica da cultura. Esses são, para o autor, os elementos constituidores da memória e identidade, pois “os espaços da experiência produzem, sob a ação do tempo, as possibilidades de sistematizar os fragmentos do passado (as lembranças) em memória. Esse processo somente é possível na medida em que existe consciência da experiência presente” (DIEHL, 2002, p. 114).

Em estudos sobre memória e envelhecimento, além das narrativas por meio de entrevistas, diversas outras possibilidades metodológicas têm sido utilizadas como meio de rememoração. Entre elas, está o uso de fotografias. A materialidade da fotografia, uma confirmação de que o passado existiu, torna-se um suporte material para a memória. Conforme Justo (2012), o idoso/narrador, ao ver-se nas fotografias, pode reviver sua história e reavivar sua memória. O uso de fotografias como recurso metodológico possibilita a interação com a temporalidade, isto é, a possibilidade de pensar a fotografia não como um resgate do vivido, mas como um planejamento do futuro (JUSTO, 2012). O objetivo deste trabalho é analisar a produção científica sobre o uso de fotografias no campo de estudos de memória e envelhecimento.

## Envelhecimento, sociedade e memória coletiva

Entre os estudos sobre memória e velhice, merece destaque a obra de Ecléa Bosi (2009), que se constitui numa das principais referências do ponto de vista de marco teórico e

metodológico. No estudo, a autora realizou entrevistas com oito idosos, trabalhadores urbanos da cidade de São Paulo, que estavam, no período de seu estudo, com 80 anos ou mais. As narrativas das histórias de vida tiveram como fio condutor ou teias o mundo do trabalho, comum a todos os participantes da pesquisa. A relevância da sua obra, além da riqueza das narrativas, encontra-se no arcabouço teórico que permitiu que a interpretação das memórias e lembranças adquirisse significados importantes, em especial a memória como fato social e coletivo.

Ecléa Bosi fundamentou sua pesquisa em grande parte a partir de Maurice Halbwachs (2006). Para ele, a memória é sempre precedida do “fato social” e do sistema social, que seriam mais importantes que os fenômenos de ordem psicológica ou individual. Essa preexistência e predomínio do social sobre o individual deveriam, por força, alterar substancialmente o enfoque dos fenômenos psicológicos como a *percepção, a consciência e a memória* (BOSI, 1994).

Maurice Halbwachs (2006) aborda a memória como representação do passado e como memória social ou coletiva. Nesta perspectiva, entende-se a ideia de que a memória é fonte da essência da cultura, pois é na memória que o passado se conserva e o presente adquire significância individual e social. Dessa forma, as lembranças e memórias permitem um alargamento das fronteiras do presente.

Nesta perspectiva, a memória como fenômeno social pode ser conceituada como “quadros sociais da memória”, pois lembrar não é reviver, mas reconstruir as experiências do passado com imagens e percepções contemporâneas. Quando se rememora um episódio vivido, deve-se questionar o quanto ele foi de fato real, uma vez que cada pessoa constrói suas lembranças a partir de imagens formadas pela experiência vivida e acumulada e pela consciência do mundo

presente. A autora chama a atenção para o fato de que por mais clara e nítida que nos pareça uma determinada lembrança “de um fato antigo, ela não é a mesma imagem que experimentamos na infância, porque nós não somos os mesmos de então e porque nossa percepção alterou-se e, com ela, nossas ideias, nossos juízos de realidade e de valor” (BOSI, 2009, p. 54).

Para Halbwachs (2006), a memória da pessoa é ancorada à memória de um determinado grupo social e, portanto, a uma memória coletiva de uma determinada sociedade. Na elaboração ou construção mental da memória, as lembranças podem, a partir da vivência em grupo, ser reconstruídas ou simuladas. Podem-se criar representações do passado apresentadas na percepção de outras pessoas, no que se imagina ter acontecido ou pela internalização de representações de uma memória histórica. Ou ainda, a lembrança seria uma reconstrução do passado “com a ajuda de dados emprestados do presente, e, além disso, preparada por outras reconstruções feitas em épocas anteriores e de onde a imagem de outrora se manifestou já bem alterada” (HALBWACHS, 2006, p. 75).

A memória coletiva pode ser definida a partir de quadros sociais que compõem a memória e as lembranças de cada indivíduo e que são, na maioria das vezes, originadas nas memórias de grupos sociais. O indivíduo pertence a várias formas de coletividade. Assim, suas experiências, afetos, afinidades e lembranças necessariamente estão vinculadas a algum grupo social ou familiar que tem em comum um determinado passado. Halbwachs (2006) concluiu afirmando que um grupo que compartilha memórias constrói a sua história a partir de elementos da experiência comum, que é impregnada de emoções e significados.

Sobre estudos que envolvam a memória e a recuperação do passado por meio da rememoração, Diehl (2002) destaca que as variáveis tempo, espaço e movimento são fundamentais quando se trata de analisar narrativas e histórias de vida. Quando se seleciona um grupo de narrador-participantes de um estudo, as falas se enquadram num processo de re-simbolização e revalorização dos sentidos e funções culturais do passado. Para o autor, não se recorre à memória como um ato apenas de busca de informações do passado, mas como um processo dinâmico de rememoração.

## Fotografia, memória e reconstituição do “passado”

A fotografia surge de uma parcela do tempo, de uma fração de segundos. Nascida do tempo e gerada pela luz, gravada pela prata ou pelo sensor digital. A foto desperta emoções, certifica os acontecimentos e traz à vista o esquecido. Frequentemente recorreremos às fotografias de nossas vidas para deflagrar o processo de lembrar e assim reconstruir a versão dos acontecimentos passados (SIMSON, 1998). Por meio das imagens fotográficas pode-se deslocar no tempo e até reviver boas lembranças que foram congeladas no papel fotográfico. Mais do que isso, a fotografia significa “as imagens que nos restaram das histórias que nos chegam pelas tramas da rede familiar, construímos uma interpretação da figura e da atuação dos nossos antepassados no tecido social e transmitimos para as novas gerações” (SIMSON 1998, p. 22).

Frequentemente, quando se olha uma fotografia, percebe-se que o tempo passou. Entretanto, esse passado pode ser revisitado na forma de lembranças e pensamentos. Conforme Simson (1998), foi nos anos de 1930 e 1940 que

ocorreu uma democratização do registro fotográfico, com o surgimento das máquinas fotográficas de operação simples e de baixo custo. Essa inovação tecnológica permitiu que a vida de grupos sociais e de indivíduos fosse registrada pela imagem. Tinha ficado para trás outras formas de registro do passado, tais como “livros de memórias, cartas ou diários” (SIMSON, 1998, p.22).

Com as imagens fotográficas o homem estabeleceu um novo método de aprendizagem do real, pois a informação visual de outros povos e lugares distantes passaram a ser conhecidos pela representação fotográfica (KOSSOY, 2009). Sabe-se que a fotografia não é o real, mas uma representação do real. Contudo, sua condição técnica proporciona um registro fiel das pessoas, objetos ou lugares. A fotografia preserva a memória visual do aparente. Dessa forma, a imagem fotográfica certifica que aquele personagem ou aquela cena existiu realmente (BARTHES, 2009).

O documento fotográfico se sobressai dentre os demais documentos, pictóricos e escritos, em detrimento de sua aproximação com o real. Diante da imagem o espectador vê uma cena real, um resquício de passado e, talvez, um fragmento de sua história. Os fragmentos congelados pela fotografia que às vezes revisitamos são uma fonte de recordação e emoção. Assim, a imagem perene da fotografia viaja pelo tempo, um insubstituível meio de informação (KOSSOY, 2009).

O fotógrafo ou o autor do registro fotográfico irá contaminar a imagem com sua própria cultura, sua visão de mundo. Ao vislumbrar uma cena ele irá promover um corte no tempo cronológico, e ao mesmo tempo um corte no espaço geográfico e, por fim, se utilizará de um equipamento ou tecnologia para registrar o fato ou tema selecionado. O registro fotográfico documenta, certifica a existência do real e a percepção do fotógrafo sobre esse tema. A imagem fotográfica

foi capturada também sobre superfícies como o metal, couro, vidro, papel e filme. Esses suportes ou materiais de origens diferenciadas não alteram o caráter singular da fotografia, o “espelho” do real.

O retrato fotográfico está ligado à existência real do indivíduo; o retrato pintado pode ser criado pela imaginação do seu autor. Embora a câmera fotográfica tenha surgido de experiências com a câmera obscura, elemento utilizado pelos pintores na produção de suas obras, o produto gerado pela câmera fotográfica “grava uma cena a partir do real” (KOSSOY, 2009, p.35).

A migração do processo fotográfico analógico para o sistema digital proporcionou o diálogo da fotografia com a tecnologia. Os sensores digitais eletrônicos das novas câmeras substituem com elevada competência os antigos filmes fotográficos. Mas esse fato é pouco relevante diante da mobilidade que as imagens ganharam com o formato digital. Hoje, decorridos quase dois séculos, a fotografia se reinventou. Contudo, ela ainda recorre à luz para nascer. Porém, o seu “corpo jovem e digital” viaja na velocidade da internet. A foto pode ser criada em uma fração de segundos e, assim também, nesse mesmo intervalo de tempo pode viajar de um continente a outro. Advento conquistado nas últimas décadas, a fotografia segue preservando fragmentos da realidade. Os personagens retratados envelhecem e morrem. Os cenários se modificam, se transfiguram e também desaparecem. Tal processo ocorre também com seus autores-fotógrafos e seus equipamentos (KOSSOY, 2009).

Portanto, a fotografia enquanto objeto-visual e fragmento do mundo nos revela de forma ímpar os acontecimentos das sociedades. Sua amplitude emocional e visual ultrapassa as barreiras do tempo. Assim, os fatos gravados pertencem a um passado remoto ou distante. Porém, esse

passado, ao ser revisitado, poderá ser repensado e reavaliado nos contextos futuros, pois “de todas as artes da imagem, a fotografia é, com certeza, aquela em que a representação está ao mesmo tempo, ontologicamente, mais próxima de seu objeto, pois ela é sua emanção física direta, a impressão luminosa do seu referente” (DUBOIS, 1998, p. 348).

## Envelhecimento e fotografia

O uso das tecnologias promoveu avanços importantíssimos, não apenas na área da fotografia. A medicina, nos últimos 50 anos, avançou mais do que em toda sua história: exames por imagens, tomografias computadorizadas e diagnósticos precisos na detecção de doenças. Esses progressos na área médica já promovem um aumento considerável na expectativa de vida em diversos países. No Brasil, a população brasileira teve um crescimento relativo de 21,6% no período de 1997 a 2007. O acréscimo ocorrido no grupo de pessoas com mais de 60 anos foi de 47,8%, e do segmento com 80 anos ou mais de idade foi de 86,1% (IBGE, 2008). Segundo dados do mesmo instituto, no período de 2012 a 2017 houve um crescimento de 4,8 milhões de idosos, ou seja, 18% de crescimento desse grupo. Portanto, as estimativas se confirmam diante dos dados reais. (IBGE, 2018)

O Brasil, assim como diversos países desenvolvidos, passa por uma transição demográfica caracterizada pelo crescente número de pessoas acima de 60 anos de idade compondo o segmento que mais cresce (TEIXEIRA *et al.*, 2015). Perante esse fato é inquestionável a importância de assegurar a essas pessoas não apenas longevidade, mas também qualidade de vida, bem como sua satisfação pessoal. O processo de envelhecimento humano nem sempre se caracteriza por ser um período saudável e de independência.

Por intermédio da fotografia podem-se exercitar os estímulos visuais e emocionais no presente e, inclusive, dialogar com as recordações do passado. A fotografia encanta porque, além de um tema, ela é um bilhete de viagem que desperta o interesse. Pode-se explorar todos os aspectos do passado e do presente abordados na imagem sem nem sequer deslocar-se fisicamente do lugar onde nos encontramos.

O testemunho que a imagem fotográfica proporciona é único. Na fotografia, a imagem que nós vemos é uma cópia do original. Na concepção de Kossoy (2007), o assunto não é o real, e sim uma representação emanada do real. A fotografia é jovem se comparada às outras formas de arte. Todavia, foi a partir desse invento que o homem visualizou sua imagem real representada em papel. O homem, ao ver se a si mesmo nos retratos de álbuns de família, se emociona. Percebe que o tempo passou e pelas suas imagens constata a ação impiedosa do tempo e as marcas deixadas por ele.

Estudos que utilizam fotografias em abordagens sobre envelhecimento e memória aparecem com diferentes objetivos e metodologias. No Brasil, alguns desses estudos resultam de relato de experiências originários de projetos de extensão de centros de convivência ou universidades abertas. De algumas dessas experiências ocorreu um processo de investigação teórica e metodológica, resultando em projetos de pesquisa voltados à pessoa idosa. Exemplos são os estudos de Loreto e Hoeltz (2015), de Venâncio (2017) e de Oliveira et al. (2015).

O primeiro foi realizado na Universidade do Adulto Maior (UniAMa - UNISC), com duração de quatro semestres. Um dos objetivos dos cursos foi oportunizar à pessoa idosa o acesso a um processo de educação continuada e a convivência com diferentes gerações. Foram oferecidas diferentes disciplinas, tais como Inclusão Digital, Turismo,

Fotografia, Oficina de Memória, Saúde do Idoso, História do Rio Grande do Sul, Oficina Literária, Gastronomia, Estudo das Religiões, entre outras (LORETO; HOELTZ, 2015).

O segundo, de Venâncio (2017), foi resultado de pesquisa com teatro, memória e fotografia junto a velhos sujeitos participantes de uma oficina criada em 1999 e é parte de um Programa de Extensão da Universidade Federal Fluminense (UFF). A partir da iniciativa e objetivos iniciais, onde se verificou a riqueza da narrativa de fragmentos da experiência de vida desses sujeitos, foi iniciado um projeto que visou à construção de um arquivo de histórias de vida. Na sequência, foi implantado outro arquivo com fotografias dos espetáculos teatrais. O objetivo foi mostrar o uso da fotografia da cena como provocadora de memórias.

Já o estudo de Oliveira et al. (2015) descreveu a experiência de um projeto de extensão da Universidade Aberta à Terceira Idade - (UNATI, UNESP). O relato da experiência destaca que os impactos dos cursos de informática e fotografia na vida dos idosos foram positivos. Para isso foram aplicados questionários aos alunos dos cursos de fotografia e de informática. Observou-se que muitos idosos não tinham nenhum conhecimento antes do curso, muitos ainda não tinham acesso a essas tecnologias e a maior motivação para realizar esses cursos foi a aquisição de conhecimento, que também foi apontada como o maior impacto em suas vidas.

O campo de estudos sobre memória coletiva aparece relacionado ao conceito de identidade. Nesta perspectiva, no ciclo da vida denominado *velhice* deve-se considerar duas possibilidades de abordagem. Em primeiro lugar, o olhar em relação ao velho como uma pessoa individual e autônoma. Conforme Santos (2016), “ser velho não está diretamente associado a um discurso negativado ou positivado compulsoriamente, podendo transitar entre diversos fluxos dentro

dessa essência individual que é envelhecer” (SANTOS, 2016, p. 92).

A segunda abordagem insere a experiência individual de envelhecer a partir da necessidade de inserir o indivíduo, sua memória e lembranças, antes de qualquer pressuposto, num determinado contexto social. Dessa forma, entende-se que a rememoração, isto é, o reconstruir episódios do passado por meio de lembranças, seja um ato constante na vida do idoso e que antes de ser um ato nostálgico a escuta das histórias de idosos, seria tanto terapêutico quanto uma contribuição para a memória social (BORGES, LEBEDEFF, 2014).

## Considerações finais

Portanto, a memória possui contextualidade e é possível de ser atualizada historicamente, tanto em sua manifestação individual quanto coletiva. Ela projeta perspectivas de futuro, de utopias, e consciências de passado. Assim sendo, a memória possui capacidade de instrumentalizar canais de comunicação para a consciência histórica e cultural. A memória está intimamente ligada às tradições familiares, expressando continuidade e identidade daquelas tradições. Quando assume características coletivas, adquire funções tais como de identificação cultural, de diferenciação e de integração a um determinado grupo social (DIEHL, 2002). Estabelecer um diálogo entre envelhecimento, memória coletiva e registros fotográficos permite construir uma relação entre as experiências do passado, do presente e do futuro. Para a pessoa idosa, parte de suas memórias e lembranças se encontram materializadas em objetos, diários, móveis e até fotografias. A fotografia é um elemento de materialização de memórias, de comunicação e de conhecimento de si e do outro (FREIXO, 2011).

## Referências

- BARTHES, Roland. *A câmara clara*. Lisboa-Portugal: Edições 70 LDA, 2009.
- BORGES, Daniele Borges Bezerra; LEBEDEFF, Tatiana Bolívar. Velhice, identidade e memória: diálogos entre saúde e cultura a favor da manutenção de identidade. *Cadernos do Tempo Presente*13. 2014.
- BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças dos velhos*. São Paulo: Companhia das Letras, 15. ed. 2009.
- CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L.; KANSO, S. Juventude e envelhecimento na Conferência do Cairo: 15 anos depois no Brasil. In: Brasil. *15 anos após a conferência do Cairo*. Campinas: ABEP/UNFPA, 2009. p. 233-290.
- DIEHL, Astor. *Cultura historiográfica: memória, identidade e representação*. Bauru, SP: Edusc, 2002.
- DUBOIS, Philippe. *O ato fotográfico e outros ensaios*. Campinas, SP: Papirus, 1998.
- FREIXO, Alessandra Alexandre. Pelas lentes da memória: fotografia e interconhecimento no sertão da Bahia. In: TRENCH, Belkis; ETSUKO, Tereza da Costa Rosa. *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 224-241. 2011.
- HALBWACHS, Maurice. *A memória coletiva*. São Paulo: Centauro, 2006.
- IBGE. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 25 set. 2018.
- JUSTO, Joana Sanches; JUSTO, José Sterza. Tempo, finitude, velhice e fotografia. *Revista Kairós*, p. 101-116, 2012.
- KOSSOY, Boris. *Fotografia & História*. 3. ed. rev. e ampl. Cotia - SP: Ateliê Editorial, 2009.
- \_\_\_\_\_. *Os tempos da fotografia: o efêmero e o perpétuo*. Cotia - SP: Ateliê Editorial, 2007.
- LORETO, Bruno Nunes; HOELTZ, Mirela. Ambiente acadêmico para os idosos em Santa Cruz do Sul. SALÃO DE ENSINO E DE EXTENSÃO, p. 197, 2015. *Anais...*
- MONTEIRO, Celina Maria Bacellar; MONTEIRO, Maria Inês Bacellar; CAMARGO, Fernando Monteiro. O velho e os outros: memória,

cuidado e qualidade de vida. *Revista Portal de Divulgação*, v. 41, p.42-51, 2014.

OLIVEIRA, Angélica Valeze de *et al.* Impacto dos cursos de informática e fotografia na vida dos alunos do projeto de extensão UNATI (Universidade Aberta a Terceira Idade). *Pesquisa em Educação Ambiental*, p. 1-8, 2015.

RICOEUR, P. *Tiempo y narracion*. Tomo I: configuración del tiempo en el relato histórico. Madrid - España: Ediciones Cristiandad, 1987.

SAMAIN, Etienne. *O fotográfico*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SANTOS JÚNIOR, João Batista Lemos dos. *Visibilidade e visualidade da velhice na fotografia contemporânea*. Goiânia: 2016.

SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes Von. Imagem e memória. In: SAMAIN, Etienne. (Org.). *O fotográfico*. São Paulo: Hucitec, 1998.

TEIXEIRA, M. F. N. *et al.* Association between resilience and quality of life related to oral health in the elderly. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. 1, p. 220-233, jan./mar.2015.

VENANCIO, Beatriz Pinto. Fotografia e memória de gestos cênicos. Estudo sobre velhice e linguagem teatral. *Urdimento-Revista de Estudos em Artes Cênicas*, v. 2, n. 27, p. 269-295, 2017.

# 4

## Estética, beleza e envelhecimento humano

*Sabrina Fernanda Romanssini  
Nadir Antonio Pichler  
Carlos Eduardo de Oliveira Duarte*

### Introdução

A estética, conceituada por filósofos como ciência do belo, do gosto e do apazível, aos poucos foi assumindo outras dimensões, principalmente no século XX, deixando de ser algo relacionado à subjetividade para tornar-se exterior, voltada aos padrões de beleza física e ligada ao ideal da juventude. A partir disso, a estética tornou-se um comércio bastante almejado e desejado aos olhos das pessoas de todas as idades.

A conquista do espírito e de bem-estar, do amor a si mesmo, do ser reconhecido e aceito socialmente depende diretamente da visão que a pessoa tem sobre beleza da vida em seu aspecto geral, das escolhas e buscas priorizadas em atividades diárias (FIN; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2017). A formação da imagem corporal possui múltiplas dimensões, envolvendo concepções sociais, psicológicas e fisiológicas, colaborando para exteriorização de emoções. Com a necessidade de agregar políticas públicas para melhor atender essas questões ao indivíduo, uma nova ética voltada

para o cuidado com a alma toma forma e profissionais da área da saúde começam a trabalhar de forma interdisciplinar. Além de exercerem suas responsabilidades e obrigações de sua determinada área profissional, passam também a dar atenção ao cuidado com o ser humano em relação ao respeito, às emoções e aos valores.

A pesquisa científica no campo da cosmetologia hoje é vasta. As indústrias nacionais e internacionais têm trazido ao mercado um arsenal poderoso de produtos aprimorados com altíssima sofisticação. Os produtos e tecnologias ligadas às empresas de renome mundial vão avançando no domínio do mercado, ávido pelas promessas e certezas das necessidades do corpo contemporâneo (CARMO; MOTTA; 2017). A alegria e a felicidade se relacionam com a beleza, o contentamento, a satisfação, o prazer de desfrutar a vida com familiares. Esses são gestos que demonstram e transmitem alegria (EHLINGER-MARTIN *et al.*, 2016).

Ferreira (2010) salienta a importância dos tratamentos estéticos faciais e corporais para prevenir patologias ou amenizar o envelhecimento, com tratamentos como massagens que prometem desintoxicar, drenar e relaxar o corpo do ser humano.

Para Borghi, Hammerschmidt e Lenardt (2006), a estética no cuidado gerontológico é entendida como uma ação que permite a expressão, o respeito, a igualdade, a liberdade, o prazer, o bem-estar e a felicidade. Assim, ética e estética devem estar juntas. A estética representa uma alternativa para fundar uma ética diferente. Desenvolver e aprimorar conhecimentos sobre a ética e estética permitem ao profissional exercer maneiras mais apropriadas para cuidado ao idoso. Esta reorganização de cuidado com o idoso embasada na ética e na estética é complexa, mas faz-se necessária.

Esse capítulo visa contribuir com uma análise acerca da estética e da beleza relacionada ao processo de envelhecer, principalmente pela busca da realização e satisfação com corpo e alma. O envelhecimento é um processo natural e com ele há mudanças visíveis que fazem o indivíduo desanimar. Entretanto, a estética pode auxiliar a cuidar amenizar e até tratar algumas questões do envelhecimento.

Assim, o objetivo do texto é falar sobre estética, beleza e envelhecimento humano como promotores de qualidade de vida e satisfação entre corpo e alma.

## Estética na perspectiva filosófica

O termo “estética” é um conceito filosófico. De origem grega, designa *aisthesis*, que significa a capacidade do indivíduo de receber impressões sensíveis dos objetos que o cercam, julgar suas aparências e perceber como os cinco sentidos são afetados pelas impressões. Assim, a estética é um campo de pesquisa filosófica que investiga conceitos e critérios pelos quais é julgado a aparência de algo (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

De acordo com Leite (2015), “estética relaciona-se com o estudo do belo e do sentimento que ele suscita nos homens. A estética aparece ligada à noção de beleza e por isso a arte tem lugar privilegiado nessa reflexão, pois, durante muito tempo, ela teve como função exprimir a beleza do modo sensível”.

No Dicionário Básico de Filosofia de Japiassú e Marcondes (2008), a estética é descrita como uma das áreas da filosofia, e o termo foi desenvolvido por Alexander Von Baumgarten no século XVIII tendo como significado o estudo da sensação, da ciência do belo, do gosto e mundo subjetivo, aprazível aos sentidos, com a finalidade da elaboração

de uma ontologia do belo. Porém, na época contemporânea, “a estética, tendo renunciado em princípio a todo cânone, é caracterizada por uma abundância de correntes, cada uma constituindo suas teorias particulares”.

Já para Hugon (2009), a estética como disciplina filosófica, como *epistême*, nasceu no século XVIII e significa uma nova organização das ideias conectadas ao sensível, ao belo e a arte.

Em 1735 o filósofo alemão Alexander Baumgarten publicou um artigo intitulado *Reflexões filosóficas sobre algumas questões pertinentes à poesia*. Nesse trabalho, pela primeira vez, foi empregado o termo estética, designada de ciência da percepção geral. Depois, com a obra *Aistheticae*, de 1750, a estética foi definida como a busca pelo conhecimento dos sentidos, caracterizando-a de estética natural - ciência que visa identificar a capacidade inata que o ser humano possui para o pensar e apreender a dimensão do belo e estética adquirida – alcançável pelo ensino, pesquisa e prática.

Porém, se a estética propriamente dita surge no século XVIII, os estudos sobre a arte e a beleza já eram temas da filosofia discutidos e analisados tradicionalmente desde o século IV, nos diálogos *República*, *Íon*, *Leis* e *Banquete* de Platão. O Banquete expõe os problemas entre beleza e prazer sensível. De acordo com Oliveira et al. (2012), em Platão o conceito de beleza foi idealizado e elevado ao mundo das ideias, ao mundo inteligível, por meio da razão, em detrimento do mundo sensível, considerado de esfera inferior e, conseqüentemente, pouco valorizado, porque a beleza era “relativamente ligada ao conhecimento de cada indivíduo” e o “belo como conhecimento inferior”. Assim, Platão tem, de um lado, a visão das belezas terrenas sensíveis e, de outro, a ideia de que o belo refere-se à espiritualização progressiva,

à beleza sobrenatural, sendo elevada em níveis, até chegar unicamente à ciência do belo sobrenatural.

Sergundo Aristóteles, na *Poética*, a estética está ligada às ciências práticas, que tem a função de produzir uma obra de arte, oriundas da faculdades da alma, que permite ao ser humano formar, pela apreensão dos objetos do mundo, “uma imagem mental icônica desses objetos que refletisse, de modo transformado, o conhecimento abstrato” (LEITE, 2015).

Já em Plotino, na obra *Enneadas*, o belo é elevado à interpretação místico-religiosa semelhante à forma platônica, como uma força criadora ou princípio plasmador que governa o desenvolvimento dos seres vivos e assegura a ordem e a unidade do cosmos. Plotino compreende que a beleza e o objeto belo são uma multiplicidade de elementos, que se organizam intrinsicamente como uma unidade, porque todos esses elementos procedem de uma única forma, onde inicialmente habitava apenas a mente do artista, que é o Belo em si. Assim, a beleza sensível é apenas o primeiro grau de beleza, porque além dela, há a beleza das almas, dos atos e dos conhecimentos.

Santo Agostinho, no tratado *De Vera Religione*, no contexto do cristianismo, concebe o belo ou a beleza como algo que causa prazer pelo simples fato de ser belo, do modo como se apresenta. O autor associa a beleza com aquilo que é harmonioso, seja em unidade, número, medida, igualdade, proporção e ordem. Além do mais, o mundo é um reflexo da suprema beleza do Criador, princípio e fim de tudo, do qual tudo procede e retorna e a beleza das coisas do mundo, mesmo finitas, espelham a grandeza divina.

Na compreensão de Hugon (2009), a Idade Média Cristã apresenta o belo como um modo particular de ser, isto é, como expressão de uma visão de mundo da manifestação

da beleza de Deus. Essa concepção de belo possui um caráter metafísico, uma propriedade objetiva ligado ao sobrenatural. Logo, para muitos místicos e pensadores, influenciados pela concepção do belo de Platão e Plotino, a beleza sensível é julgada efêmera e inferior.

Na filosofia antiga e medieval, arte significava discussão sobre imitações, tragédia e efeitos psicológicos da poesia ou da música. Na modernidade, a arte tornou-se uma ciência autônoma, fundada na liberdade criativa, na busca pelo sublime, como a arte romântica, que almejava o insondável, libertando o artista dos padrões da arte tradicional, ancorada em pressupostos metafísicos, como a arte ideal num mundo superior. O artista sente-se livre para produzir suas obras de artes, sem censura e imposições restritivas da esfera do mercado, da política, da religião e da moral. Ele cria sua própria obra de arte e o público realiza, respectivamente, suas próprias críticas estéticas. Assim, arte é uma forma absolutamente humana de lidar com o tempo livre (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Na modernidade ainda, para Oliveira *et al.*, (2012), Kant, na Crítica da Faculdade de Julgar, faz uma distinção entre o belo e o agradável, abordando o ato de julgar a beleza como juízo do gosto, diretamente ligado ao prazer sensível, subjetivo, privado e particular de cada indivíduo. Ele traz a questão do prazer, que relacionado à beleza. Não inclui só a sensação, mas também a compreensão racional e a razão, que resultam na experiência do belo.

Nesse sentido, para Leite (2015, p. 37),

é a partir de Baumgarten que essa área se tornou uma disciplina autônoma e culminou na *Educação Estética*, que teve início com os estudos de Schiller. Assim como Imanuel Kant, Friedrich Schiller insere-se no contexto Iluminista, marcado pela conscientização histórica, resultado do esforço de um pequeno grupo de literatos, escritores, críticos e filósofos.

Segundo Oliveira *et al.* (2012), estética é uma reflexão em torno de objetos, isto é, sobre o belo, que abrange o ramo das propriedades estéticas; o sensível, ligado ao ato de sentir, imaginar e a arte, que compreende a criação, imitação, inspiração, valor artístico. Para o mesmo autor, ainda, o belo agrada, alegra e atinge a sensação do prazer proporcionado pela beleza, relacionados aos sentidos. Entretanto, a experiência do belo não é só a sensação que causa prazer, mas sim a concepção e apreensão que as pessoas realizam através da sensação. Mas isso depende do interesse das pessoas de se relacionar e buscar uma visão mais profunda com os objetos, como a contemplação de uma flor, onde o prazer sentido não é oriundo das cores, mas da ação em que os olhos e a mente percebem da figura e na fixação dos olhos em tudo o que o chama a atenção.

A teoria da arte significa ofício. Vem do latim *artifex*, do artífice, que é a capacidade humana de produzir artificios, de executar uma obra de arte. A pessoa que pratica essa arte possui saber, talento e habilidade (HUGON, 2009).

## Estética no século XX e XXI

Para Ferreira (2010), o início do século XX foi palco de uma mudança radical na silhueta e nos padrões estéticos corporais, principalmente para as mulheres. Entre 1910 e 1920, os corpos ganham formas alongadas e autonomias. A mulher ingressa no mercado de trabalho e passa a ter autonomia financeira e moral para adquirir produtos de beleza e investir em seu corpo. Nos anos 1930, a revista *Votre Bonheur* propõe que as mulheres se apliquem maquiagens distintas: uma para o dia, outra para o trabalho e outra para a noite. É um método inventado pela revista para as mulheres tornarem-se felizes durante a jornada de trabalho. Além da

maquiagem, há uma série de cremes, acessórios e perfumes, porque as mulheres que trabalhavam deveriam estar agradáveis aos olhos da sociedade. Portanto, a atuação feminina no mundo do trabalho criou novos critérios estéticos e cuidados com o corpo. A publicidade dos anos 1930 conclama a necessidade da adequação à nova ordem estética.

Segundo Vigarello (2008), essa nova ordem estética é o “primeiro ano da felicidade”. A partir disso, o corpo feminino começou a ser trabalhado e exibido e os músculos fortes passaram a ser a expressão da beleza feminina ideal.

Desde as primeiras décadas do século XX, o peso corporal é um elemento fundamental da beleza feminina, sendo seu excesso considerado de má saúde. A gordura tornou-se uma inimiga na busca pela elegância e felicidade exterior. Esse período também é marcado por profundas transformações nos campos da ciência, arte e filosofia, influenciando nos padrões estéticos (FERREIRA, 2010).

A estética revolucionou todas as áreas nessa época. Nos anos 1950 a 1970, o hedonismo, a busca incessante pelo prazer, invade o universo da estética com novas modas baseadas na origem de raças e povos, com aumento da presença da sensualidade (FIN; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2017).

No entendimento de Ferreira (2010), do século XX para o XXI desenvolveu-se a biotecnociência, que começou a interferir no corpo, trazendo novas questões éticas e estéticas para o campo da saúde e da vida humana. Nesse sentido, na perspectiva da Bioética, o corpo humano está no centro das discussões aplicadas às práticas médicas, como a busca pelas cirurgias estéticas e da “eugenia” da beleza, colocando a saúde pública diante de questões éticas envolvendo a estética. A estética e a saúde mesclam-se, envolvidas pelas maquinarias de poder e influenciadas pelos estudos científicos.

Para Queiroz (2017), existe uma nova construção do sentido da beleza do corpo das mulheres no século XXI, onde elas passam a ter a função não mais de produção, mas de corpo-consumidor. Nessa nova perspectiva, acredita-se que o trabalho na fábrica desgastaria os corpos femininos, sendo necessário substituí-los por máquinas para exercer as atividades produtivas.

Segundo Carmo (2017) e Motta (2017), em relação ao mercado da beleza, o Brasil apresenta-se como uma nação que disponibiliza muitos tratamentos e procedimentos para atender uma demanda de clientes em expansão que buscam, além da melhoria corporal, uma vida mais saudável. Esse fortalecimento é influenciado pelo resultado da queda da taxa básica de juros (Selic), bem como na melhoria nas condições de crédito, que fez com que as clínicas investissem em aparelhos modernos, resultando em melhores condições para os pacientes realizarem os tratamentos estéticos.

De acordo com um levantamento em 2018 efetuado pela Associação Brasileira da Indústria de Higiene Pessoal, Perfumaria e Cosméticos (ABIHPEC), juntamente com o Instituto FSB Pesquisa, o Brasil tornou-se o terceiro país com o maior mercado de estética no mundo (CARMO, 2017).

## Estética, beleza e envelhecimento humano

Para muitos idosos, principalmente mulheres, a fase de usufruir da aposentadoria torna-se um período de infelicidade, pois sentem-se insatisfeitos com o que vivenciaram até o momento, ou ainda pensam que não conseguiram usufruir tudo do que a vida poderia oferecer. A falta de perspectiva para novas ocupações e o término da ocupação profissional

com a aposentadoria torna as expectativas e esperanças restritas.

Já para Oliveira (2014), a velhice pode ser um período prazeroso, com projetos e realizações, com possibilidade de realizar algo que não foi alcançado antes, ou então para colocar em prática toda a sabedoria e experiência acumulada, com desenvolvimentos de projetos de vida e de potencialidades. Os idosos que têm objetivos e projetos são, portanto, ativos e vivem mais.

Joia e Ruiz (2013) aplicaram uma pesquisa qualitativa com 30 idosos no município de Barreiras (BA), com a finalidade de identificar a qualidade de vida. O resultado mostrou que construções de afetos entre a família apresentam forte associação de satisfação com a vida. Já os idosos que não tiveram acesso a rede de amizades e familiares tendem a ter maiores graus de estresses. Idosos que praticam religião, atividades físicas e adotam uma boa regulamentação alimentar, se mostraram mais imunes ao desencadeamento de doenças e estão propensos a ter mais longevidade.

No entendimento de Wibelinger (2014), é imprescindível que pessoas idosas se ocupem com livros, viagens, relacionamentos estáveis e duradouros, além da busca pela espiritualidade, porque tudo isso gera mais qualidade de vida, mesmo sendo portador de alguma doença crônica.

Para o cardiologista norte americano Herbet Benson, da Universidade de Harvard, se as pessoas usassem mais suas capacidades mentais positivas, 60% das consultas médicas não precisariam ser realizadas (PESSINI, 2014). Tais atitudes e posicionamentos frente às experiências podem favorecer significativamente a promoção de saúde mental e o bem-estar psicológico.

Diante disso, Barros (2013), Blum (2013) e Silva (2013) sugerem a necessidade de uma integração de profissionais

da área da saúde para melhor atender pessoas idosas, pois quando se trata de um paciente, é válido lembrar que o ele é um ser humano, constituído por sentimentos, emoções, anseios e valores culturais que variam em cada sujeito. Nesse contexto, a ética dos profissionais exige ter uma atenção maior.

Segundo Ortolan *et al.* (2013), o envelhecimento é um processo natural, onde a pele é um marcador da idade cronológica. Por ser um órgão exposto, a pele está sujeita aos danos ambientais. A diminuição das proteomas e enzimas multicatalísticas, que são responsáveis pela degradação de proteínas oxidadas e deformadas, interferem nas atividades dos fibroblastos, resultando na diminuição da síntese proteica e aumento da proteólise. Além disso, existem outras alterações que causam o envelhecimento, como a perda de volume, redução de fibroblastos, mastócitos e dos vasos sanguíneos, sistema circulatório, encurtamento das alças capilares e anormalidade das terminações nervosas.

Para Pereira (2011), a teoria dos radicais livres, pelo motivo da exposição, excesso à radiação, fatores extrínsecos e ambientais, danificam as membranas das células, provocando efeitos negativos sobre a pele e acelerando o processo de envelhecimento das células. Há também uma diminuição da produção hormonal e a pele começa a apresentar ressecamento. A derme apresenta uma diminuição da quantidade e da qualidade do gel coloidal, perdendo sua capacidade de reter a água e de manter o equilíbrio na produção das fibras de colágeno e elastina, que sustentam a pele. Com isso, a manutenção da firmeza e da elasticidade da pele fica fragilizada. Os vasos sanguíneos vão perdendo a capacidade de eliminar as toxinas do organismo e também de nutrir e oxigenar as células da epiderme (MOREIRA, 2012).

No idoso, a diminuição da rede vascular leva à diminuição da oxigenação celular, causando danos às moléculas e facilitando a morte das células. Essa situação pode ser influenciada por fatores ambientais, como tabagismo e radiações solares. Contudo, o envelhecimento pode variar de pessoa para pessoa, de acordo com hábitos de vida, história mórbida atual e pregressa, carga genética e influências ambientais.

Barros (2013), Blum (2013) e Silva (2013) enfatizam que a pele é o principal órgão do corpo humano, e o surgimento de sinais de envelhecimento desencadeiam alterações da autoimagem e autoestima, induzindo ao quadro depressivo.

Em contrapartida, excluindo o lado negativo da estética, o processo de envelhecimento pode ser realmente vivenciado de forma positiva, porém realizando procedimentos para se aproximar aos padrões estéticos, aceitando positivamente as alterações do processo de envelhecer (QUEIROZ, 2017).

Para Gomes *et al.* (2009), a aparência é um fator importante na questão humana, pois influencia positivamente em comportamentos e atitudes. Por isso, os idosos que preservam uma boa aparência sentem-se mais otimistas e tornam-se mais sociáveis. Alguns procedimentos estéticos, como coloração de cabelos e tratamentos antirrugas, passam uma percepção de empoderamento à mulher. A insatisfação com o peso, o desejo de emagrecer e obter sucesso é motivo de orgulho, satisfação e cuidado de si (EHLINGER-MARTIN, *et al.*, 2016).

Alguns tratamentos faciais, como limpeza de pele, auxiliam na renovação de células, obstruem os poros fechando-os, proporcionando higienização, nutrição e hidratação. Procedimentos de higienização, como a depilação, também proporcionam sensação de bem-estar e harmonia íntima.

O cuidado diário com um creme no rosto, a realização das atividades rotineiras, a família unida, a liberdade de realizar atividades físicas, leva os idosos ao bem-estar geral e a sentirem-se mais ativos na vida. Isso, conseqüentemente, contribui para uma melhor qualidade de vida na longevidade. Nesse sentido, sugerem-se mais e melhores programas de incentivo à promoção da saúde de idosos que envolvam, para além do cuidado com as doenças e seus intervenientes, o autocuidado com a beleza como estratégia de valorização da autoestima (ORTIZ *et al.*, 2016).

Na perspectiva de melhorar a aparência e também a saúde, surgem as massagens com benefícios para o ser humano, pois os deslizamentos suaves estimulam o sistema parassimpático, proporcionando o relaxamento e a circulação (FRANÇA, 2016).

O excesso de toxinas, como adiposidades, compromete o funcionamento do corpo, podendo desencadear problemas de saúde. Alguns tratamentos estéticos, como drenagem linfática e massagens, podem amenizar e até eliminá-las.

Na visão de França (2016), as massagens realizadas corretamente auxiliam na redução de medidas e edemas, estimulam a circulação sanguínea, o metabolismo e as respostas neuromusculares. A massagem no tecido adiposo exerce uma pressão mecânica criando calor e hiperemia, ativando as células de gordura, resultando na queima de gastos energéticos, pois quando a circulação dos vasos sanguíneos é aumentada, a gordura tende a diminuir.

Guimarães *et al.* (2018) citam os benefícios fisiológicos da massagem no idoso, pois ocorre uma absorção maior do produto na pele devido à desidratação. A pele, ressecada pelo comprometimento das glândulas sebáceas e sudoríparas, torna mais suscetível à escamações e escoriações. Portanto, a prática da massagem relaxante deve ser feita de forma

suave e com maiores repetições. A massagem é estimulante e relaxante, pois interfere emocionalmente, alivia tensões como dor de cabeça e insônia, minimiza a ansiedade e depressão e contribui para aumento da autoestima e qualidade de vida.

Segundo França (2016), a massagem desintoxicadora com movimentos firmes, rápidos, calmos, leves e repetitivos, exerce efeitos mecânicos locais resultantes das ações diretas das pressões exercidas no segmento massageado, como também ações indiretas, por liberação de substâncias vasomotoras, como:

- Tem ação termogênica, desintoxicante, enzimática, lipolítica, ortomolecular reorganizadora, vasodilatadora e linfocinética, pois desintoxica tecidos.
- Tem aumento de produção de trifosfato de adenosina (ATP), com recuperação normal de eliminação de toxinas, pois aumenta o transporte de aminoácidos e da síntese de proteínas, gerando aumento da tonificação muscular.
- Aumenta a circulação dos plexos vasculares, com maior captação de oxigênio local e auxilia na normalização do metabolismo e promove regeneração celular.

Segundo Godoy e Godoy (2004), na drenagem linfática realiza-se o fluxo da linfa inserida dentro do vaso linfático, facilitando a entrada do fluido intersticial. O envolvimento dos vasos linfáticos na compressão externa afeta o interstício celular, responsável pela formação da linfa, dirigindo-a ao desembocamento do líquido intersticial e eliminando toxinas.

Portanto, é significativo para o ser humano cuidar-se, pois os cuidados estéticos, quando não exagerados, são essenciais para a saúde e felicidade.

## Considerações finais

A percepção estética é relativa e subjetiva, particular de cada indivíduo, porém influenciada de acordo a visão de mundo cada pessoa. A sociedade determina e impõe normas de estética, e as pessoas sentem-se pressionadas a cumpri-las para se sentirem incluídas. O processo de aceitação fora dos padrões corporais ideais estipulados pelo mercado da beleza e mídia torna-se uma realidade assustadora, já que os padrões de exigência são diferentes entre homens e mulheres. Para elas, há uma necessidade maior de serem bem vistas do que para os homens.

Contudo, a procura pela beleza pode ser significativa para a busca pela qualidade de vida. Mesmo na velhice, estar satisfeito com sua aparência é sinônimo de saúde, bem-estar e felicidade. Além de tudo, é possível que alguns tratamentos estéticos faciais e corporais ultrapassem as noções de beleza e passem a atingir o bom funcionamento do organismo.

A beleza que se destaca na estética do cotidiano não é o padrão do inalcançável, como o da perfeição, mas sim o que é verdadeiramente humano e individual: a essência.

## Referências

- ALMEIDA, Maria Antonieta Pereira Tigre; CARVALHO, Rosemeire Jesus. Efeitos da massoterapia sobre o sistema imunológico. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, São Paulo, SP, v. 12, n. 40, p. 353-366, abr. 2018.
- BARTH, Wilmar, Luiz. O homem pós moderno, Religião e Ética. *Teocomunicação*, Porto Alegre, RS, v. 37, n. 155, p. 89-108, mar. 2007.

BARROS, Carlos Alberto Martins Sampaio; BRUM, Lucimar Filot; SILVA, Jéssica Gabriele. A influência dos cuidados estéticos nos sintomas de baixa autoestima em idosas acometidas de transtornos depressivos. *Periódicos Uniarp*, Caçador, v. 2, n. 2, p. 37-48, set. 2013.

BORGHI, Ângela Cristina da Silva; HAMMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; LENARDT, Maria Helena, Ética e Estética: Envolvimentos na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 15, p. 114 -126, out./maio, 2006.

CARMO, Luana Gomes; MOTTA, Romilda Costa. “Mulheres reais” nas campanhas publicitárias da marca Dove: o padrão de beleza feminino em xequê. *Revista Formadores- Vivências e Estudos: Caderno de Iniciação Científica*, Cachoeira, BA, v.10, n.1, p. 87 – 101, mar. 2017.

FERREIRA, Francisco Romão. Corpo feminino e beleza no século XX. *Revista Alceu*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 186-201, jul./dez, 2010.

FRANÇA, Ilka Cavalcante. Eficácia da técnica de massagem modeladora para redução de adiposidades e do fibro edema gelóide. *ACIS: Ata de Ciências da Saúde*, São Paulo, , v. 4, n. 2, p. 26-30, abr./jun. 2016.

FIN, Thais Caroline; PORTELLA, Marilene Rodrigues; SCORTEGAGNA, Silvana Alba. Old age and physical beauty among elderly women: a conversation between women. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 74-84, jan.fev. 2017.

EHLINGER-MARTIN, Agnes *et al.* Women’s attitudes to beauty, aging, and the place of cosmetic procedures: insights from the *QUEST Observatory*. *Journal of Cosmetic Dermatology*, Vancouver, v. 15, n. 1, p. 89-94, mar. 2016.

FRIES, Aline; PEREIRA, Cristina, Daniela. Teorias do envelhecimento humano. *Revista Conceito Saúde*, Ijuí, RS, v. 10, n. 20, p. 207-514, jan./jun, 2011.

GOMES, Ana Lucia Barrêto *et al.* Análise de demanda para o tratamento estético de pacientes na região Tocantina (Brasil). *CED- Revista Eletrônica da Fainor*, Vitória da Conquista, v. 2, n. 1, p. 2- 12, jan./dez. 2009.

GUIMARAES, MarciaMeira *et al.* Efeito da drenagem linfática no tratamento de fibro edema gelóide em mulheres. *Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, BA, v. 12, n. 2 40, p. 1222-1321, 2018.

GOLDENBERG, Mirian. Corpo, Envelhecimento e Felicidade. *Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387, 2011.

- GODOY, Jose Maria Pereira; GODOY, Maria Fatima Guerreira. Drenagem linfática manual: novo conceito. *Jornal Vascular Brasileiro, São Paulo*, v. 3, n. 1, p. 76-79, ago. 2004.
- HUGON, Carole Talon. *A Estética, histórias e teorias*. Lisboa: Edições Texto & Gráfica, 2009.
- JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- JOIA, Cristina Luciane; RUIZ, Tania. Satisfação com a vida na percepção dos idosos. *Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 79-102, dez. 2013.
- LEITE, Priscila de Souza Chisté. Contribuições dos estudos marxianos para a Estética: reflexões sobre a sociedade contemporânea. *Filosofia e Educação*, Campinas v. 7, n. 1, p. 33-62, fev./maio 2015.
- OLIVEIRA, Nicácia Souza. Percepções dos idosos sobre o processo de envelhecimento. *Revista de Psicologia*, Cariri, v.8, n. 22, p. 49-83, fev. 2014.
- ORTOLAN, Morgana Claudia Aparecida Bergamo *et al.* Influência do envelhecimento na qualidade da pele de mulheres brancas: o papel do colágeno, da densidade de material elástico e da vascularização. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*, Curitiba, PR, p. 41-48, jan./fev. 2013.
- PESSINI, Leo. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. *O mundo da saúde*, São Paulo, v. 10 n. 3, p. 457-465, ago.set. 2010.
- QUEIROZ, Roberto Pessoa Falcão *et al.* O corpo nos estudos de consumo: Uma revisão bibliográfica sobre o tema. *Consumer Behavior Review*, Rio de Janeiro, v. 1n. 1 p. 32-48, jul./set. 2017.
- ORTIZ, Flávia vilas boas Carli *et al.* Percepções de qualidade de vida nos idosos de Portugal e do Brasil. REAS, *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, São Paulo, v. 9, n. 9, p. 1315-1320, out./nov. 2017.
- SILVA, Janaína Kelly, Souza. Necessidades condicionais e (In) Satisfação dos desejos: Reflexões sobre a felicidade fabricada. *Inter Espaço: Revista de Geografia e Interdisciplinaridade*, Grajau, v. 2, n. 4, p. 182-195, jun.2016.
- VIGARELLO, Georges. *História do corpo: da revolução à grande guerra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- WIBELINGER, Lia Mara. *Fisioterapia em reumatologia*. Rio de Janeiro: Revinter. 2. ed., 2014.

# 5

## Vaidade no processo de envelhecimento humano

*Carlos Eduardo de Oliveira Duarte  
Nadir Antonio Pichler  
Sabrina Romanssini*

### Introdução

A história do corpo, a aparência e a satisfação para atender os padrões socionormativos é um campo de batalha de proporções épicas. Nesse tema, a insatisfação e a busca pelo corpo ideal induziram as mulheres a escravizarem o corpo de acordo com os arquétipos de beleza, carreada por uma vasta escala da estética feminina.

Diante disso, as mudanças visíveis do envelhecimento são o resultado de um processo gradativo e irreversível. Contudo, segundo Abreu, Gomes e Martins (2018), a forma pelo qual os indivíduos escolhem envelhecer ativamente e bem-sucedidos resulta de uma composição de valores sociais, culturais, mas especialmente de uma visão subjetiva permitindo que a sua saúde mental seja preservada e que mantenha otimista do próprio “eu”.

Para Sá *et al.* (2015), percebe-se que a longevidade tem sido foco de pesquisas, na qual oportuniza o campo científico voltado a população idosa nos diferentes ramos de conhecimento e temas, dentre os quais se destacam a saúde, a vida

ativa, a sexualidade, o bem-estar físico e mental, a beleza, a vaidade, entre outros.

Nesse contexto, traz-se o tema referente à vaidade positiva. Assim, buscando compreender a preocupação das pessoas com a vaidade, especialmente para a pessoa idosa, cita-se que a beleza, assim como a vaidade, não é absoluta. Já citava Platão, adjetivando que o belo, como algo associado à dádiva dos deuses que, por sua vez, eram considerados vaidosos.

Na concepção de Platão, o ser humano é composto de duas partes: uma mortal - o corpo - e outra imortal e divina - a alma. Quando na companhia dos deuses, a alma é alimentada pela vaidade, porque o divino é sabedoria, amor próprio, bondade e tudo o que a isso se assemelha; e disso se alimenta a asa da alma, compondo então a concepção dualista da vaidade - a sensível e a ideal. Para Platão, era algo que nem sempre fora incentivado pela sociedade em geral, mas que é importante. Assim, quando se discorre sobre a vaidade, despertam sentimentos que inspiram ações que vão da contemplação reverencial e silenciosa a ousadias de ordem conceitual ou material para desfrutá-la ou produzi-la, mas que também se furta a uma definição objetiva.

À medida que as pessoas envelhecem, abraçam o amor próprio tido como a insurreição da positividade corporal, como peculiaridades subjetivas, sejam estéticas, profissionais ou pessoais, capazes de gerar o entendimento de dizer “eu valho” ou “eu sou bonita” ou “mereço mais” (Pereira *et al*, 2018). Aborda-se, com essas concepções, o envelhecimento bem sucedido em uma nova configuração do curso de vida e as imagens da velhice revelando a vaidade como uma forma de bem-estar, realização pessoal, vivacidade e vigor preservados.

Abreu, Gomes e Martins (2018) enfatizam que a expressão consagrada de que acreditar em si mesmo, em talentos e méritos subjetivos, ou na beleza estética, não soa como um complexo narcisista, mas como marcador de autoestima, uma forma de amar a si próprio.

Diante dessa premissa, o presente estudo tem por objetivo compreender a concepção sobre envelhecer com vaidade.

## Representação da vaidade no envelhecimento

As sensações subjetivas na avaliação de si são capazes de gerar satisfação física, psicológica e social, de acordo como o indivíduo organiza as diferentes visões sobre o envelhecimento e está relacionado à identificação de comportamentos para os quais gerencia sua velhice com sucesso. Diante disso, aborda-se o envelhecimento saudável, com ênfase na vaidade positiva, autoestima, bem-estar e cuidado.

Apesar de o envelhecimento ser um processo inerente à vida, tornar-se idoso se apresenta, ainda, como uma experiência problemática para o ser humano, principalmente quando a imagem atrelada à velhice é de um período de doenças, desgastes, dores, sofrimentos, solidão, abandono e inutilidade.

Segundo Ferreira *et al.* (2010), a proposta de uma nova pintura em que o curso da vida seguiria um crescente sem fim serve ao propósito de anular a estigmatização, identificada ou presumida sobre essa população, no que concerne aos preconceitos negativos. Nesse tema, Ezquerria *et al.* (2016) mencionam que o termo 'idoso' tem sua história relacionada às intenções de mudar as conotações negativas existentes e que permeiam o processo de envelhecimento, afirmando que este estágio pode ser considerado o mais propício para

a autorrealização, pela suposta vantagem da experiência de vida acumulada.

Para Ferracioli (2018), a abordagem holística do sujeito que está envelhecendo envolve necessariamente reconhecê-lo como um todo que “funciona” de forma integrada e que é um ser em constante interação com o meio ambiente. Abordar seus problemas e recursos implica não apenas em considerar sua história de vida, os eventos vividos e os desejos atemporais, mas também em explorar o contexto de sua vida cotidiana, incorporando suas áreas de inserção familiar e comunitária. Em resumo, reconhecer o quadro biológico, social e subjetivo que o constitui.

A variabilidade na qualidade do envelhecimento, segundo Zeeb, Rothgang e Darmann-Finck (2018), é observada nas diferentes áreas de atenção de gerontologia e mostra que o desgaste orgânico pela passagem do tempo ou as condições adversas de cultura não são os únicos determinantes da evolução do sujeito envelhecido. Aspectos pessoais como a força emocional, a plasticidade diante da mudança, a abertura aos novos e variados interesses e a busca de trocas com os outros funcionariam como facilitadores do enfrentamento das dificuldades cotidianas e do sustento da saúde psicofísica.

Para Ferracioli (2018), o idoso que desenvolve a postura da flexibilidade para se adaptar às mudanças necessárias no tempo se torna um adulto capaz de cuidar melhor de si. O indivíduo será capaz de posicionar-se contra os limites que o curso de vida sujeita, com maior ou menor grau de previsibilidade no processo de envelhecimento.

Desta forma, Ezquerria *et al.* (2016) afirmam que as vicissitudes da posição contra os limites acompanharão o sujeito em todos os planos de sua vida, construindo um espírito ativo, vital, até o final os dias, requerendo flexibilidade emo-

cional para amar o próprio mundo, renovando permanentemente o pensamento, afeto e autoestima, fortalecendo as conexões internas com as redes de sentimentos, aspirações e esperanças, assim como a sua própria imagem, na qual reflete em estar vivo, e é isso que impede a deterioração.

Nesse sentido, Brunnet *et al.* (2013) citam que existe uma correspondência de bem-estar com a própria aparência, dos cuidados com a saúde e expectativa em projetar novos planos e ideias de vida. Por meio dessas informações, é possível perceber que o ser humano aspira uma forma de perpetuar o belo, mesmo que à medida que se envelhece perde-se o poder que foi alocado com base não no mérito, mas no valor da juventude. Como explicam Zeeb, Rothgang e Darmann-Finck (2018), temer e combater o processo natural de envelhecimento não é algo inato à experiência humana. Em outros termos, significa dizer que os padrões atuais de beleza são baseados nos pilares da juventude - canalizando o *status quo*, baseando a identidade e valor em seu exterior, permanecendo dependente de aprovação externa para a autoestima.

Assim, em contraste com os sinais cronológicos ou indicadores que apontam para os estágios da vida, o envelhecer vai além da simples representação social. Como foi descrito por Hesse (1957, p.154), ao citar que “a tarefa de ser idoso é tão bela e sagrada quanto a de ser jovem”, pode-se acrescentar a perspectiva budista da vida, isto é, aceitar o que é, aceitar o que não se pode mudar e deixar a vida percorrer seu caminho tirando o máximo proveito em qualquer fase. Tais afirmativas, segundo Abreu, Gomes e Martins (2018), são chaves vitais para um envelhecimento consciente e ativo no qual, diferentemente do processo biológico, mantém um coração sem rugas e com positividade - e isso é ter triunfo

sobre a velhice, e viver com suas dificuldades e limitações, mas também com alegrias.

Para Saito e Castro (2011), com o enfrentamento das transformações decorrentes do envelhecimento se vivencia o equilíbrio emocional, a percepção, o pensamento e o sentimento em envelhecer. Logicamente, todo esse processo se encaixa no mundo social mais amplo, que surge pelo estilo de vida geral do indivíduo e de suas interações, assim como da estabilidade relacional do decorrer da vida toda.

Nesse sentido, Ezquerria *et al.* (2016) referem que toda essa compreensão integra os níveis físico, emocional e mental não somente para o idoso, mas em todo o processo de envelhecimento. Tais argumentações podem ser vistas como um preparo da vida adulta para envelhecer bem, em função de sua maior ou menor plasticidade biocultural, que produz como resultado de uma construção que envolve discernimento e representações individuais.

Adicionado a todos esses atributos, Pereira *et al.* (2018) mencionam que as atitudes positivas podem possibilitar um envelhecimento bem sucedido com interação social e mais segurança emocional para o viver melhor. Essa atitude também é decorrente dos ciclos vitais anteriores bem vividos.

Nesse sentido, existe uma correspondência de bem-estar com a própria aparência, dos cuidados com a saúde e ter a expectativa e projetar novos planos e ideias de vida, refletido na concepção de um valor manifestado por atitudes, em que o sujeito tem consigo mesmo.

## Vaidade

Segundo Pereira *et al.* (2018), vaidade consiste em dois temas: fixação na aparência física e sucesso pessoal. Tal fixação consiste em uma preocupação constante, uma visão

positiva e enfoca o fenômeno universal de buscar a vida sem fim, bem como mostra o contraste desta dinâmica e o complemento de como os estágios da vida foram medidos, além da preocupação provocativa com a cultura constantemente de renovação.

A prática do culto do corpo apresenta-se como uma preocupação que perpassa todas as classes sociais e faixas etárias, apoiada num discurso que ora se apropria da questão estética, ora da preocupação com a saúde. Tais discursos, segundo Barbosa e Silva (2016), são alimentados pelos meios de comunicação que ditam padrões de beleza, tanto em programas específicos quanto em comerciais, revistas ou jornais. Esses veículos de informação têm dedicado espaços em suas programações cada vez maiores para apresentar novidades em setores de cosméticos, de alimentação e vestuário. Propagandas veiculadas nessas mídias estão o tempo todo tentando vender o que não está disponível nas prateleiras, como se o sucesso e felicidade estivessem atrelados à estética corporal.

Na verdade, como afirmam Pereira *et al.* (2018), isto é resultante de uma mídia capitalista que bombardeia muitas informações fazendo com que as pessoas esqueçam de sua individualidade e seus valores, valores estes que vão além do corpo, estando presentes no contexto corpo-alma.

Segundo Silva, Cachioni e Lopes (2012), a partir dos anos 1980 a imagem do idoso passou a ressaltar uma representação saudável e produtiva com novos estilos de vida, espaços e papéis sociais. Assim, pesquisas e estudos passaram a ser desenvolvidos para promover a velhice com qualidade no início do século XXI, como fruto da combinação de aspectos negativos e positivos, inerentes de todas as etapas do curso de vida.

Conforme Solomon (2016), a expressão “envelhecimento” teve sua ascendência na França e significa uma personificação da velhice bem sucedida, a qual se afasta das insuficiências físicas e dependências. Tais representações deflagraram um novo marco definidor desta etapa da vida, voltado para atividades motivadoras, possibilitando ao indivíduo melhor aceitação da velhice, cuidado com o corpo, a sexualidade, saúde e bem-estar.

E neste cenário, segundo Fin (2014), insere-se na relação da aparência e da beleza a busca pela vaidade como composição do reconhecimento de amor próprio. Nesse padrão, a vaidade está relacionada à “satisfação global”, que é percebida pelos idosos de acordo com as experiências vividas, sejam positivas ou negativas, vivenciadas no processo de envelhecimento.

A importância da vaidade e dos cuidados pessoais é fundamental para a autoestima de qualquer pessoa, como explicam Avelar e Veiga (2013). O amor próprio é essencial para viver bem, com cuidados, vaidade e a autoestima, relacionando à positividade do autoconceito de uma pessoa. A vaidade e o amor-próprio não se aplicam apenas à aparência, mas à valorização da força interior e da inteligência. Solomon (2016, p. 250) descreve como uma forma de autoconceito no qual “as crenças de uma pessoa sobre seus próprios atributos e ao modo como ela avalia essas qualidades”. A vaidade positiva é algo que vem de dentro. É aceitação de si mesmo e varia conforme a pessoa.

Para Fin (2014), idosos longevos passam por um período privilegiado de realização pessoal, cuja capacidade para as mudanças sociais, renovando identidades anteriores, compilando novos contornos para a vida e redefinindo o seu valor para si e para a sociedade. A vaidade pode possibilitar oportunidades criadas por uma maior longevidade e uma

maior compreensão de como adiar o declínio físico e cognitivo relacionado à idade, desenvolvendo novas habilidades e qualidades, encontrando novas perspectivas de sua vida e desfrutando de um nível mais alto de realização e autoestima.

## Vaidade positiva no envelhecimento

A vaidade é a consciência de um sentimento interior de autoestima, autoimagem e em pessoas longevas permite a manutenção da vitalidade. Nesse sentido, para Avelar e Veiga (2013), a vaidade e autoestima em idosos são atributos de confiança e autoestima. É um sentimento de valor, que engloba componentes afetivos, físicos e todas as dimensões de suas vidas. Dados que corroboram com Tiggemann (2011), quando cita que a vaidade positiva é um construto multidimensional refletindo em percepções associadas ao corpo, cognições, emoções e afeto e no comportamento de uma pessoa, uma vez que são questões que podem influenciar a satisfação total para o envelhecimento bem-sucedido.

Segundo Sibília (2011), contemporaneamente é possível receber uma gama de informações sobre as condições que possibilitam um envelhecimento ativo e saudável. Essas são características interligadas, mas com um laço mais forte para o idoso. Já para Florentino (2014), a vaidade positiva leva ao bem-estar com a própria aparência, sendo um impulso para cuidar melhor da saúde e ter maior vitalidade. Nesse ponto de vista, os cuidados com o ser vaidoso não diminuem nessa faixa etária. Dessa forma, é manter vivas as expectativas, objetivos e projetar novos projetos de vida, o que confere aos idosos uma qualidade de vida e mais disposição para viver.

Nesse tema, Edmonds (2002) cita que várias dimensões subjetivas contribuem para um constructo da vaidade positiva, como a motivação ligada à sexualidade, saúde física e na liberdade pessoal. São traços pessoais produzidos por recompensas extrínsecas (como a atratividade física) e intrínsecas (controle e autoestima). Da mesma forma, Santos (2014) afirma que os idosos atribuem à vaidade múltiplas emoções e sentimentos, para além da aparência física, onde a imagem pessoal abrange o conhecimento da dimensão humana, processo de desenvolvimento pessoal que realça e valoriza as capacidades e competências do homem.

Logo, segundo Avelar e Veiga (2013), sentir-se belo, vaidoso e feliz vai além do corpo. A vaidade apresenta-se como campo de reflexões, adquirindo inúmeros significados que se modificam ao longo do tempo, fazendo com que um sujeito construa um mundo de sentidos, valores, emoções, sentimentos, linguagens e comportamentos, construídos social e culturalmente. Esse sentimento está ligado à qualidade da adaptação, bem-estar, satisfação com a vida e saúde, não relacionado com a idade cronológica, mas com a qualidade de integração social e capacidade adaptativa das pessoas para lidar com os eventos da vida, incluindo o declínio físico e cognitivo. Conforme Kunzel, Visentini e Casalinho (2017), a vaidade se configura como um desafio para a pessoa idosa, visto que é um dos valores enaltecidos na atualidade.

Essa medida evanescente da eternidade passa a ser materializada, monetizada, adquirida por ações com a expectativa de benefício de um processo de recompensa-renovação-oportunidade. Em outros termos, a vaidade pode ser encontrada naqueles que são confiantes e seguros e pensam muito em si mesmos. Por outro lado, a vaidade excessiva, segundo Kunzel, Visentini e Casalinho (2017), impulsiona

sentimentos negativos que culminam em uma visão exagerado do serem relação à autoestima, poder ou beleza.

Com isso, Sibília (2011) traz a vaidade como um processo existencial de viver em tempo finito e possibilita o sentimento agradável desde a escolha de vestimentas, passando por preferências estéticas, até a habilidade de empatizar com as emoções dos outros. Enfim, entre as diversas maneiras que o indivíduo possui para pensar a respeito de si mesmo, nenhuma é tão essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo.

Essa concepção de vaidade, para Florentino (2014), envolve as noções de saúde, vitalidade, dinamismo e, acima de tudo, beleza, e atravessa, contemporaneamente, os diferentes gêneros, todas as faixas etárias e classes sociais, perpassando e compondo, de maneira diferenciada, diversos estilos de vida, na qual conquistam novas conotações à medida que são criados espaços de resignificação dessa etapa da vida (BRUNET, 2013).

Tais virtudes não vêm automaticamente com o envelhecimento. Segundo Santos (2014), as virtudes do amor próprio, vaidade, cuidado e autoestima crescem apenas através de resoluções individuais, lutas diárias e perseverança. Além disso, essas virtudes dificilmente aparecem apenas nos idosos. Algumas virtudes humanas comuns - que homens e mulheres de todas as épocas cultivam - simplesmente tomam forma especial nos últimos anos. Quando aparecem nos idosos vaidosos, podem instruir e, às vezes, até inspirar todo o processo de envelhecimento.

## Considerações finais

A resignificação da vida, na velhice, inicia-se com o rompimento dos estereótipos criados em torno do processo de

envelhecimento, principalmente feminino. Não cabe mais a personificação de idosos dependentes, isolados, descuidados e sem objetivos na vida. Assim, a vaidade no envelhecimento pode ampliar significativamente os horizontes da vida, a manutenção do autocuidado e da autoestima, expandindo e diversificando os relacionamentos, vinculações afetivas e realizações de desejos, exploradas com maior vigor e conhecimento, comunicação e integração social.

Dito isso, a vaidade como atributo de confiança, segurança e bem-estar, exige um cultivo ativo ao longo da vida e está intimamente interligada com toda a história do desenvolvimento individual do sujeito, oferecendo a oportunidade de viver a velhice de forma produtiva, construtiva e ativa.

## Referências

ABREU, Bruna Martins; GOMES, Arthur Parreiras; MARTINS, Simone. Envelhecimento ativo: das diretrizes às ações para melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. *Perspectivas em Políticas Públicas*, Belo Horizonte, v. XI, n. 21, p. 129-172, jan./jun. 2018.

AVELAR, Cátia Fabíola Parreira; VEIGA, Ricardo. Teixeira. Como entender a vaidade feminina utilizando a autoestima e a personalidade. *Revista de Administração de Empresas*, Curitiba, v. 53, n. 4, p.338-349, ago. 2013.

BARBOSA, Bruno Rafael Silva-Nogueira; SILVA, Laionel Vieira-da. A mídia como instrumento modelador de corpos: um estudo sobre gênero, padrões de beleza e hábitos alimentares. *Razón y Palabra*, Quito, Ecuador, Universidad de los Hemisferios, v. 20, n. 94, p. 672-687, septiembre-diciembre, 2016.

BRUNET, Alice Einloft *et al.* Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas. *Pensando Famílias*, Porto Alegre v. 17, n.1, p. 99-109, junho, 2013.

EZQUERRA, Sandra; SALANOVA, Mercè Pérez; PLA, Margarida, SUBIRATS, Joan. (Eds.). *Edades en transición*. Envejecer en el siglo XXI. Barcelona, Editorial Planeta S.A., p. 165-190, novembro, 2016.

EDMONDS, Alexandre. No universo da beleza: notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro. In: GOLDENBERG, Miriam. *Nu*

& vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro, Record, p.189-261, janeiro-abril, 2002

FERRACIOLI, Natália Gallo Mendes. Psychological aspects of aging and psychology's contributions to gerontology: theoretical and technical interface. *MOJ Gerontol Ger.* Edmond, v. 9, n.2, p. 139–140, março, 2018.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena; *et al.* O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p.1065-1069, mar. 2010.

FIN, Thais Caroline. *Velhice feminina e beleza corporal*. Dissertação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, março, 2014, 116 f.

FLORENTINO, Thaís Portilho. *Vaidade não tem idade: mulheres idosas e o mercado da beleza*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2014.

HESSE, Hermann Karl. Morgenlandfahrt. In: MIDDLETON, J. C. (Ogr.). *Morgenlandfahrt de Hermann Hesse, the Germanic revision: literature, culture, theory*. London: Taylor Francis, 2016. p. 299-310.

KUNZEL, Cristina; VISENTINI, Monize Sâmara; CASALINHO, Gilmar D'Agostini Oliveira. Estudo da vaidade feminina e sua influência no consumo compulsivo de cosméticos. *Revista de Administração e Negócios da Amazônia*, Manaus, v. 9, n.2, p. 33-58, abr. 2017.

PEREIRA, G. S *et al.* *Projetando lugares com idosos: uma análise da produção acadêmica nacional*. Pelotas, UFPEL, v. 2, n. 4, p. 99-119, abr. 2018.

SÁ, Rosyara Lopes Vieira *et al.* O significado de envelhecimento bem-sucedido relacionado aos fatores determinantes. *Anais CIEH*, Joao Pessoa, v. 2, n.1, set. 2015.

SAITO, Cinthia Mayumi; CASTRO, Eliane Dias de. Práticas corporais como potência de vida. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v.19, n. 2, p. 177-188, maio-ago. 2011.

SANTOS, Gina Maria Gomes dos. *Bem-estar, autoestima e autoconceito: o que sentem as mulheres que se maquilham?* Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, junho, 2014.

SIBÍLIA, Paula. A moral da pele lisa e a censura midiática: o corpo velho como uma imagem com falhas. In: GOLDENBERG, Miriam (org.). *Corpo, envelhecimento e felicidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, dezembro, 2011.

SILVA, Natália Polo; CACHINI, Meire; LOPES, Andrea. Velhice, imagem e aparência: a experiência de idosos da UnATI EACH-USP. *Re-*

*vista Temática Kairós Gerontologia*, São Paulo v. 15, n. 7, p. 235-257, dez. 2012.

SOUZA, José Cavalcante de; PALEIKAT, Jorge; COSTA, João Cruz. Diálogos / Platão. In: PESSANHA, José Américo Motta. *Os pensadores*. 5. ed. - São Paulo: Nova Cultural, 1991. p. 146-147.

SOLOMON, Michael R. *O comportamento do consumidor- compreendendo, possuindo e sendo*. 11. ed. São Paulo: Bookman, 2016.

TIGGEMANN, Marika. Mental health risks of self-objectification: a review of the empirical evidence for disordered eating, depressed mood, and sexual dysfunction. In: CALOGERO, R; TANTLEFF-DUNN, Stacey; THOMPSON, J. Kevin. (Orgs.). *Self-objectification in women: causes, consequences, and counteractions*. Michigan: American Psychology Association, 2011. p. 139-159.

ZEEB, Hajo; ROTHGANG, Heinz; DARMANN-FINCK, Ingrid. Ageing, health and equity—broad perspectives are needed to understand and tackle health challenges of ageing societies. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, Basel, v. 15, n. 457, p. 2-4, Mar. 2018.

# 6

## O sentido do trabalho para os caminhoneiros formalmente aposentados, mas ainda ativos

*Tatiane Carla Reginatto Franceshini*

*Cleide Fátima Moretto*

*Jarbas Dametto*

### Introdução

O trabalho ocupa um espaço importante no curso da vida dos indivíduos. Costuma centralizar o cotidiano dos cidadãos e determinar modos de vida. Do trabalho resultam identidades, significados, sentidos, relações individuais e sociais. A atividade laboral está associada aos aspectos psicológico, existencial, de subsistência, do status social, da integração social, da utilidade, da satisfação, da autonomia, do sofrimento e do prazer. Enfim, a realização (ou não) da pessoa por meio do trabalho estará relacionada aos sentidos que este irá lhe proporcionar (MORIN, 2001, MUCHISKY, 2004, TOLFO; PICCININI, 2007).

Os estudiosos do grupo *Meaning of Work* (MOW, 1987) afirmam que o trabalho compreende três dimensões que lhe

atribuem sentido: a centralidade, entendida como o nível de importância que o trabalho tem na vida de uma pessoa em uma determinada fase; as normas sociais, vistas como as regras derivadas de valores morais, éticos sobre os direitos e deveres do trabalhador; e os resultados valorizados, que são os motivos que abrangem os valores que levam a pessoa a trabalhar, tais como prestígio, relacionamento social, retorno financeiro, entre outros. Já para Morin (2001), o sentido do trabalho é constituído pelo significado, que consiste nas representações e no valor que a pessoa atribui ao trabalho; pela orientação, que é o que a pessoa busca com o trabalho e o que direciona suas ações no trabalho; e pela coerência, ou seja, pela harmonia e equilíbrio que o trabalho proporciona.

Observa-se que a constituição da identidade é um processo que evolui conforme o desenvolvimento humano. Dejours (2009) afirma que este processo deixa sempre uma lacuna que nunca é preenchida, destacando que “É a partir do olhar do outro que nos constituímos como sujeitos; é justamente na relação com o outro que nos reconhecemos [...]; são as relações cotidianas que permitem a construção da identidade individual e social [...]” (DEJOURS, 2009, p. 34). O autor complementa ainda que na vida adulta o trabalho é o palco central para a construção, o desenvolvimento e a complementação da identidade, pois pelo trabalho confrontamos o mundo externo (objetivo) e o mundo interno (subjetivo).

Nesse sentido, notamos que o trabalho é, portanto, determinante na constituição da identidade (ENRIQUEZ, 1999). Ele auxilia a pessoa a descobrir e a desenvolver sua identidade (MORIN, 2001), a qual, relacionada ao trabalho, é determinada por diferentes fatores, tais como a satisfação, o reconhecimento e o status, entre outros, os quais terão maior ou menor valor, conforme as relações culturais. Por isso percebemos que a identidade se constrói entre a relação

indivíduo e sociedade, na qual o indivíduo se identifica e se transforma a partir do outro (COUTINHO, 2006).

Tolfo e Piccinini (2007) destacam que os valores e os sentidos atribuídos ao trabalho sofrem transformações e adaptações conforme as etapas da vida. O sentido atribuído ao trabalho na aposentadoria passa a ter significados diferentes daqueles em fases anteriores da vida. Nesse momento as pessoas preparam-se para mudanças de suas atividades laborais. Algumas continuam trabalhando, outras mudam a atividade e usam a flexibilidade da carga horária. Em outros casos, as pessoas se desvinculam do mercado de trabalho. Mas, para todos existem perdas e essas precisam ser elaboradas. Para muitos aposentados, permanecer no trabalho é uma forma de sentir-se útil, produtivo e pertencente a um grupo social. Evidenciando os valores relacionados ao trabalho. Neri (2007) afirma que para muitos aposentados, o trabalho é uma opção e não uma obrigação.

O mercado de trabalho brasileiro está acompanhando os movimentos da dinâmica produtiva e sofre, portanto, importantes transformações. Identificou-se, nos últimos anos, uma diminuição na demanda por trabalhadores, escassez na oferta de profissionais capacitados, altos índices de rotatividade, enfim, situações que fazem repensar o perfil dos trabalhadores. A atualidade é marcada por uma característica que, há poucos anos, era incomum: as empresas estão mantendo os funcionários aposentados em seu quadro de trabalhadores e recorrendo à recontração de alguns que haviam parado. Esses profissionais aposentados e ativos possuem maturidade, experiência, ética e comprometimento, fatores que fazem a diferença no desenvolvimento de suas atividades. Eles apresentam características que reforçam sua contratação e agregam vantagens para as empresas (FRANÇA; SOARES, 2009).

No Brasil, o setor de transporte de carga rodoviária vem apresentado importante crescimento dada a expansão das atividades produtivas num país com dimensões continentais. Desse modo, considerando que o principal modal é o de transporte rodoviário de cargas, o profissional motorista tem expressiva importância para a economia do país. O município de São Marcos (RS), durante a década de 1990 e meados dos anos 2000, foi considerado a cidade brasileira com o maior número de caminhões per capita. O trabalhador “da estrada”, como refere Possamai (2007), está envolvido com os setores político, econômico, cultural, social e religioso, tendo grande responsabilidade no desenvolvimento do município.

Diante do exposto, percebeu-se a necessidade de aprofundar os estudos sobre essa categoria de trabalhadores como forma de revelar o sentido todo peculiar que eles atribuem ao trabalho, as identidades observadas, o papel da cultura na escolha da profissão, bem como os vínculos com o instrumento de trabalho e com a família. Nessa direção, o presente estudo tem o intuito de compreender o sentido atribuído ao trabalho para os caminhoneiros aposentados que continuam exercendo a atividade profissional e suas implicações em termos de identidade, cultura e relações sociais.

## Método

Para compreender os sentidos atribuídos ao trabalho para esse grupo de caminhoneiros aposentados e que permanecem ativos no mercado de trabalho, foi realizado um estudo qualitativo, de natureza exploratória e descritiva, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas como método de coleta de dados. O roteiro utilizado para as entrevistas focalizou o sentido que o trabalho tem para o entrevistado.

Optou-se pela pesquisa qualitativa porque, como descreve Minayo (2001), esta opera com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, dos valores e crenças, o que representa um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser apenas avaliados na operacionalização das variáveis.

O estudo foi realizado no município de São Marcos, localizado na encosta superior nordeste do estado do Rio Grande do Sul, a 155 km da capital Porto Alegre, com 20.105 habitantes, segundo o último censo demográfico (IBGE, 2010). O município de São Marcos é conhecido pelo título “Capital Scania”, local que, por muitos anos, apresentou o maior número, no Brasil, de caminhões *per capita*, o que acabou por atribuir à cidade a denominação de cidade do caminhoneiro (BERTOLAZZI, 1998).

Participaram da pesquisa 16 caminhoneiros aposentados que, no momento da pesquisa, permaneciam trabalhando – ou seja, ativos –, com idade variando entre 53 e 76 anos, todos do sexo masculino. Eles trabalham como autônomos ou conta própria, possuem seu próprio caminhão, ou são empregados exercendo atividade para empresas da cidade. O número de participantes foi decidido pelo critério de saturação de dados. A amostragem por saturação, como explicam Fontanella, Ricas e Turato (2008), é uma ferramenta constantemente usada em pesquisas qualitativas, auxiliando a definir a totalidade dos componentes para o estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Passo Fundo, pelo parecer número 676.119. A coleta foi realizada no segundo semestre de 2014. Os participantes foram abordados individualmente após contato realizado por meio da Associação dos Motoristas São-Marquenses. Os objetivos da pesquisa foram esclarecidos e o termo de consentimento foi lido e assi-

nado pelos participantes. As entrevistas, que tiveram duração média de 60 minutos, foram gravadas e, posteriormente, transcritas de forma integral e original. Para assegurar o sigilo e o anonimato, utilizou-se como referencial a letra “M” para caracterizar motorista caminhoneiro, e, para diferenciação, utilizou-se um número e a idade do participante, respectivamente.

As falas obtidas foram analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (1977), com o propósito de descrever sistemática e objetivamente o conteúdo das mensagens. Dentre as várias modalidades de análise de conteúdo, a análise temática foi a escolhida, pois com ela, como Bardin (1977) esclarece, pode “[...] descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (p. 105). O conteúdo das falas fez emergir duas categorias de análise, quais sejam: sentido e centralidade e cultura e identidade.

## Resultados e Discussão

Os resultados referem-se aos 16 caminhoneiros pesquisados. Os participantes têm idade que varia entre 53 e 76 anos, são aposentados e recebem o benefício da aposentadoria pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS). Exercem a profissão há, no mínimo, 35 anos, sendo que os dois entrevistados mais velhos, 74 e 76 anos, dirigem, respectivamente, há 55 e 61 anos. O período em que recebem a aposentadoria varia de 3 a 30 anos. Todos são casados e do sexo masculino. A escolaridade média prevalecente varia da 1ª até a 5ª série, equivalente ao ensino fundamental incompleto; apenas dois entrevistados têm o ensino fundamental completo. Quanto à renda financeira relacionada ao

exercício da atividade profissional como caminhoneiro, ela varia de R\$ 2.300,00 a R\$ 5 mil mensais. Do total de entrevistados, 12 trabalham por conta própria (com caminhão próprio) e quatro (4) como empregados. Todos possuem casa própria e residem com a esposa, e alguns também com filhos e demais familiares. Desenvolvem uma jornada de trabalho de 10 a 16 horas diárias, em turnos diurno e noturno. Todos são residentes e naturais do município de São Marcos (RS).

A partir da temática central “o sentido do trabalho”, a discussão segue a análise a partir das categorias emergentes dos resultados, quais sejam sentido e centralidade e cultura e identidade.

## Sentido e centralidade

Apesar de as diferentes visões oriundas das discussões sobre a importância/centralidade do trabalho para a vida humana, Antunes (1998) afirma que o trabalho será sempre central, pois assume vários sentidos. O autor enfatiza que, para além da existência de teses que defendem o descentramento do trabalho, as tendências em curso unem elementos suficientes para reforçar a centralidade do trabalho na contemporaneidade (ANTUNES, 2011). Essas concepções vêm ao encontro da visão de Dejours (2008b, p.40): “a centralidade do trabalho é percebida na construção da identidade, na realização de si mesmo e na saúde mental, ou mesmo saúde somática”. Como centralidade do trabalho entende-se o grau de importância que o trabalho tem na vida de uma pessoa em um momento específico (MOW, 1987).

Para os caminhoneiros entrevistados, observamos que o trabalho assume papel central em suas vidas, tamanha a importância atribuída a ele. A centralidade é um fator

relevante e manifesto em suas falas, exemplificadas pelos excertos abaixo:

Trabalho é a força da gente... É... ele dá uma força diferente pra gente, eu me sinto vivo. Deixa a gente mais animado.. Mais vivo [M9, 69 anos].

O trabalho prá mim é tudo, o trabalho é tudo, eu gosto, eu adoro. Trabalhar é saúde, é vida, é tudo. Eu adoro [M5, 63 anos].

Tem que trabalhar para poder viver se não, não dá. Viver sem trabalho não dá, se morre [M12, 74 anos].

Fica evidenciada nas manifestações dos caminhoneiros pesquisados a ligação do trabalho com o sentido de força, de vida, de saúde, de integralidade e de totalidade. Os caminhoneiros pesquisados atribuem o sentido do trabalho ao sentido da vida.

A centralidade também é percebida como forma de realização pessoal e satisfação pela atividade que exercem. Inferimos que a valorização do trabalho oferece uma vida digna ao trabalhador, evitando que ele se sinta mero instrumento, ou apenas mais um na empresa. A realização e a satisfação com o seu trabalho criam motivações para a continuidade da atividade. Como argumenta Marques (2007), saber que o próprio trabalho vale a pena repercute na valorização do próprio indivíduo. A esse respeito, Dejourns (2004) afirma que o trabalho, apesar das provações, realiza transformações pessoais e superações em prol da realização. Contribuindo nessa direção, Morin (2001) defende que o prazer e a realização obtidos com a execução da tarefa atribuem sentido especial ao trabalho, o que é percebido nesta pesquisa, cujos participantes percebem, pelo trabalho, realização, valorização e satisfação pessoal e profissional:

Ah, na minha profissão é bom fazer as coisas, tu fazer com prazer, com amor, trabalhar bem, satisfeito. Faço minha profissão com satisfação, tranquilo [M5, 63 anos].

Senti aquilo que tu tá transportando, que tu tá levando a produção brasileira é importante. Tu chega num lugar, tu vê o produto, o milho, o soja jogando em cima, é bonito... puxar os produtos é bonito [M1, 53 anos].

Como argumentam Heloani e Lancman (2004), o trabalho assume papel central na formação da identidade do sujeito e é fundamental para as relações sociais, afetivas e econômicas, o que é base para vida das pessoas. Considerando-se a visão de que não existe uma única identidade, mas sim, identidades, as falas que seguem revelam essa conexão de relação entre o individual e o grupo, ou o coletivo. O modo como cada participante manifesta sua percepção em termos de satisfação com o trabalho revela um traço individual, mas que também resulta de uma identidade coletiva.

Nunca pensei em fazer outra coisa, eu sempre gostei, e o pior é isso: eu gosto [M3, 76 anos].

E também o trabalho pra mim é tudo, alguma coisa tem que fazer e como eu só fiz isso não posso dizer que eu só sei fazer isso, talvez eu saiba fazer mais, mas, é que eu só fiz isso durante toda minha vida [M9, 69 anos].

Prá ser caminhoneiro, tem que ser humilde. Na estrada, não pode chegar e querer saber tudo. Tem gente que tem orgulho e não quer ser humilde, [...]. Eu fui prá estrada por gostar da profissão, era o que eu queria, eu queria ser caminhoneiro [M4, 54 anos].

A estrada é um vício e o cara não perde o vício [M14, 53 anos].

As falas sinalizam, de outra parte, certa dualidade, como o termo “pior” para algo que gostam, como algo compulsivo, que faz com que tenham que continuar. Essa verbalização

nos leva a questionar sobre as dificuldades enfrentadas por esse grupo de trabalhadores, que não são poucas, mas que são sublimadas por uma espécie de “vício”, de prazer. Ainda, a centralidade do trabalho gera, segundo Enriquez (1999), uma mobilização geral sobre o trabalho, em um contexto no qual aquele que não trabalha é considerado um parasita, um inútil, sem ter direito a comer. O trabalho, para esses motoristas, está atrelado ao sentido de utilidade:

E se a gente parar 10 dias, todos os caminhoneiros, o Brasil para por falta de comida, água e combustível, tudo... [M4, 54 anos].

O caminhoneiro é muito importante para o Brasil. Se o caminhoneiro ficasse três dias parado, ia chega prá muita coisa [M1, 53 anos].

Prá ti ter uma ideia, uma época eu fiquei em casa parado dois meses, tinha arrumado um motorista amigo pra dirigir o caminhão e pensei em ficar em casa. Neste tempo, eu chegava em casa e sentava pra almoçar e dizia: o que eu fiz hoje pra merecer esta comida? Tá tudo bem, me diziam, se tu não fez hoje, mas ontem tu fez né. Eu deveria pensar assim, mas eu pensava desta maneira, e ficava nervoso. Eu não comia direito, me enrolava o estômago, eu achava que eu tinha que fazer alguma coisa prá merecer aquilo [M9, 69 anos].

Os relatos dos caminhoneiros entrevistados expressam histórias de vida configuradas pelo trabalho, histórias marcadas pelo dinamismo, pelo ir e vir, pelo movimento, pela aventura e liberdade, nas quais o trabalho confunde-se com a identidade pessoal e profissional. Percebemos que o trabalho, a “estrada”, estão imbricados em suas vidas. Eles não conseguem identificar o que é trabalho e o que é vida; a vida é o trabalho e o trabalho é a vida deles. Nesse contexto não se suportaria a falta do trabalho, a falta da rotina. A vida não teria mais sentido. Permanecer trabalhando após a aposentadoria representa, para eles, envelhecer de forma ativa

em todos os sentidos. Continuar trabalhando determina a possibilidade de viver.

## Cultura e identidade

A partir das falas identificamos o quanto o trabalho assume papel principal na vida desses participantes. O trabalho é o sustento, a motivação. Ele fornece identidade profissional e, também, pessoal. A relação desses profissionais com o trabalho pode ser associada ao que aprenderam sobre a importância que o trabalho teve e tem para a vida humana e para o município, que lhes foi repassada pelas gerações que os antecederam.

Essa relação com o trabalho pode ser justificada pela cultura local. Os municípios da região serrana foram fundados principalmente por imigrantes italianos, que trouxeram consigo a vontade de progredir, de construir por meio do trabalho uma vida de conforto que não tinham no país de origem (SANTOS; ZANINI, 2009). O município de São Marcos, como destaca Possamai (2007), tem uma ligação muito antiga com o transporte de carga por ser uma cidade que liga a região dos Campos de Cima da Serra à Santa Catarina e à capital Porto Alegre. O município, segundo ele, era um local de passagem de tropeiros, o que também despertou nos municípios o interesse em realizar a profissão de transportador. Para Bertolazzi (1998), do final da década de 1960 até os dias atuais, o caminhão tem servido para auxiliar o desenvolvimento e o fortalecimento da agricultura, da indústria e do comércio local.

Para esses motoristas, percebemos que o ato de trabalhar é algo herdado, é algo tido como moral, é a essência para uma vida feliz. O trabalho lhes foi passado por diferentes gerações; é uma tradição ou herança regional. O trabalho,

para Zanini e Santos (2009), “[...] é compreendido como uma herança (simbólica) do ponto de vista das sagas familiares, ou seja, como um legado a ser transmitido entre gerações [...]” (p.192). Como o município se desenvolveu com o trabalho dos motoristas caminhoneiros, é raro encontrar algum munícipe que não tenha um familiar caminhoneiro. Para a maioria dos entrevistados, a escolha da profissão se deu por influência familiar. A escolha pela profissão dá continuidade às escolhas de pais e irmãos, algo entendido como inerente à “família”, ao “sangue”.

Sou motorista porque tá na família, tá no sangue, o meu pai trabalhava com aquele reboque antigo a gasolina, puxava madeira, ia prá Antonio Prado, não ia pra longe. E aí começou os irmãos ir para longe e assim vai [M6, 65 anos].

Tenho sete irmãos homens, tinha cinco que dirigia na estrada, mas agora eles faleceram, de homem só tem eu de vivo na família [M3, 76 anos].

Meu pai comprou um caminhão em 1959-60 e foi morar em Canoas. O pai trabalhou até 1964, depois faleceu e eu assumi o caminhão [M9, 69 anos].

Já outros entrevistados, foram influenciados pela opção, pelo interesse na profissão, pelo vislumbre em ter um caminhão na cidade do caminhoneiro, pela possibilidade de conhecer e desbravar o mundo, pela possibilidade de ter um trabalho no qual o ganho econômico fosse atrativo, além da possibilidade de projeção social.

Outro fator relevante dentro da cultura desses trabalhadores é a religião, vista como um componente central para explicar a solidariedade intergrupala e associada à construção valorativa do trabalho (SANTOS; ZANINI, 2009). A religião, Deus, os santos, e em especial a Nossa Senhora

Aparecida acabam sendo referenciados como uma proteção, como uma defesa contra os perigos da estrada.

Eu me acidentei, mas não me fiz nada, mas eu agradeço sempre para nossa Senhora Aparecida [M6, 65 anos].

Graças a Deus nunca fui assaltado, nunca. Tive muita sorte, então eu sempre digo: olha, tenho que agradecer muito a Deus, eu nunca sofri um acidente [M2, 61 anos].

Sim, Nossa Senhora prá mim é tudo. É minha protetora [M14, 53 anos].

Levando em consideração a tríade de valores ensinada e herdada, percebe-se a importância da família para esses profissionais. A família do caminhoneiro tem algumas características bem específicas, como a tolerância à habitual ausência do pai devido às exigências do trabalho. A falta, a ausência física do convívio diário se faz necessária para o sustento, então é considerada normal. As esposas e os filhos aprendem muito cedo a conviver com as ausências.

Sabe-se que toda mudança, seja intrasistêmica (nascimento, morte, filhos saindo de casa) ou intersistêmica (crise de valores, mudanças de trabalho) abala o funcionamento da família, necessitando de uma adaptação para assegurar a coesão familiar (ANDOLFI, 1989). O patriarcado está presente na lógica familiar desses participantes, influenciado pela cultura local, que dispensa expressiva importância ao homem, considerado o mais forte, o mais corajoso. Corroborando isso, para a maioria dos entrevistados, o provento familiar é de sua responsabilidade e suas esposas exercem atividades do lar e cuidados com os filhos:

A minha esposa nunca trabalhou, ela viajava comigo, agora ela não viaja mais, tem que cuidar da casa e dos filhos e dos cachorros [M4, 54 anos].

A minha família ia junto nas viagens, depois, quando filhos foram pra aula, não deu mais. Minha esposa ficou cuidando deles e da casa. Agora ela ajuda cuidar a neta [M11, 65 anos].

Eu me orgulho de ser motorista, porque formei meus filhos e fiz minha casa [M2, 61 anos].

As características familiares dos motoristas pesquisados consolidam-se com a afirmação de Montgomery (2005, p.100), que argumenta: “repetido em inúmeras gerações, transferido de pais para filhos, o papel do homem como provedor ultrapassa suas raízes biológicas”. Observamos que o motorista caminhoneiro é o chefe do domicílio, que trata do sustento atual e das escolhas futuras de todos os seus membros. À esposa, cabe o cuidado, a presença e a responsabilidade pelos filhos e pelos filhos de seus filhos.

Esses caminhoneiros seguiram o desejo de muitos jovens do município que sonhavam em ser motoristas e desenvolveram um apreço todo especial pela profissão. Percebemos, de outra parte, que não almejam ver seus filhos seguindo na mesma profissão. Apenas três motoristas pesquisados têm filhos caminhoneiros. Todavia, vemos que os demais podem não ter seguido diretamente a profissão, mas estão envolvidos em atividades que requerem habilidades semelhantes e desenvolvem características parecidas, tais como representante comercial de peças automotivas, administrador em empresa de logística, engenheiro civil (que realiza viagens frequentes com a construtora, conhecendo vários locais) e designer de adesivos para caminhões. Como os imigrantes italianos passaram para seus descendentes o legado de produzir e desenvolver por meio do trabalho com a terra, o caminhoneiro passa o legado de produzir e desenvolver por meio do caminhão, da cultura específica do caminhão.

A percepção de grande parte dos entrevistados é a de que o trabalho é importante e quem descansa, ou não tem um trabalho árduo, não é bem visto. Como argumentam De Boni e Costa (1984), o descanso do domingo, considerado *dia santo*, era algo insuportável para esses trabalhadores devido ao fato de estarem acostumados ao trabalho “de sol a sol”. Pozenato e Giron (2007) complementam, que pouco era o tempo de lazer dos imigrantes. Se reuniam nos domingos à tarde em *bodega* ou salões da comunidade para jogos de carta e discussão de assuntos tidos como masculinos, como jogos, negócios e aventura. Zaneli, Silva e Soares (2010, p.30) vão além, e argumentam “o tempo que nos rege é o cronômetro do trabalho”. Questionam-se: como deixar o trabalho para descansar, como se permitir entregar-se ao lazer e ao descanso sem ser visto pelos demais membros da comunidade como alguém que não gosta de trabalhar ou como um desocupado?

Quando estou parado no posto, assisto televisão se tiver sozinho, se tiver alguém, se fica conversando e tomando chimarrão [M6, 65 anos].

Quando chego de viagem, fico só em casa. No máximo que eu vou alí na pracinha jogar um pouco de baralho, umas duas horas depois vou pra casa, eu de bar não gosto. Tem gente lá da firma que, antes de ir pra casa, vai pro bar [M14, 53 anos].

Quando parado no posto, a gente conversa, assiste TV. Tem muito que ficar contando da vida alheia dos outros. Eu não fico [M12, 74 anos].

É possível identificar, por suas falas, que esses profissionais atribuem o período de lazer aos contatos sociais oportunizados na estrada, ao conhecer outras culturas, outras cidades e pessoas. Não foi relatado outro momento de lazer além daquele tempo de descanso do trabalho.

Um dos valores, dos motivos para se trabalhar e que contribui para a constituição da identidade está relacionado à questão social, aos relacionamentos e à necessidade humana do contato. Para Santos (1990, p.16) “Ter uma identidade é, então, estar só, no sentido de unicidade, e estar com o outro, na medida em que se compartilham os valores e as representações do grupo social e da cultura a que se pertence”. O trabalho coloca as pessoas em contato umas com as outras, fato importante para a constituição de sua identidade. Morin (2001) afirma que o fato de estarem em contato uns com os outros, por meio do trabalho, é um estimulante real para o trabalhador, pois contribui para o desenvolvimento de sua identidade pessoal e social, e de laços de afeição duráveis.

Por meio dos relatos é possível perceber que o caminhoneiro, apesar de dirigir por horas, de estar sozinho dentro da *boleia* do caminhão e de estar longe dos familiares na maioria dos dias, não se sente sozinho, muito pelo contrário, ele tem muitos amigos e cria também amizades nos diferentes e distantes locais que frequenta.

Tu cria amigo em tudo o que é lado, eu tô dentro de uma cidade grande lá em Minas, por exemplo, e tu para num sinal e tem gente que cumprimenta e me chama pelo nome. “O ... tá fazendo o que aí?”. Tantos anos que o pessoal me conhece, sempre tem alguém que te conhece. Tem o pessoal dos postos, das transportadoras, é muito tempo puxando no mesmo lugar, na mesma região, que a gente se conhece. Isto é muito bom [M1, 53 anos].

A gente tem bastante amigo na estrada, a gente tem bastante facilidade de comunicação, se fala com telefone, com radio, com PX. Mas, assim, tamo sempre conversando [M10, 64 anos].

Não me sinto sozinho na estrada não, tu se fala pelo rádio, se tá sempre conversando pelo rádio. Quando tu tá no posto, sempre tem conhecidos para conversar e passar o tempo [M9, 69 anos].

Para o caminhoneiro, o contato social é muito importante. A conversa, a camaradagem, o coleguismo na estrada, nos locais por onde transita, são usados como forma de suavizar o distanciamento da família e estar sempre integrado com a sociedade (MASSON; MONTEIRO, 2010). A profissão caminhoneiro é muito dinâmica. O estar na estrada proporciona conhecer muitos lugares, culturas diferentes. Observamos que o contato é muito importante e faz parte da satisfação proporcionada pelo trabalho. Aventura, liberdade e desafios fazem parte do encantamento com a profissão.

Tu tá conhecendo gente, tá conhecendo lugares, tu vai numa região, o sistema é um, vai em outro, é outro, é bom assim. O sotaque muda, a comida é outra, é bom. Aí tu vai para lá e prá cá e acaba gostando disso [M1, 53 anos].

Conhecer o Brasil na época era bom. Conheço o Brasil todo e mais Argentina e Bolívia. É muito bom viajar e conhecer tudo, é uma aventura [M11, 65 anos].

Olha, o que eu vou dizer, eu gosto porque eu gosto de sair para fora, ir em volta, daqui a pouco eu tô aqui, depois tô lá. Gosto de não tá sempre no mesmo lugar. E assim vou me distraindo. Eu não sou capaz de ficar parado [M2, 61 anos].

O caminhoneiro, ao contrário de outros profissionais, passa dias no trabalho e grande parte de sua vida é vivida dentro do local de trabalho. O veículo, a máquina, além do seu local de trabalho, é também de descanso, o que explica o apreço especial pelo caminhão, que faz dele a sua casa, passa a sua personalidade ao caminhão e ao seu modo de dirigir.

Sempre gostei de caminhão bonito, bem cuidado. Eu cuido do meu caminhão. Agora tô meio relaxado, eu tô meio cansado, mas eu procuro fazer com que ele fique bom né, que fique do tipo que a gente goste. [...] No caminhão, ela [esposa] pode ajudar, vê o que eu acho, a ideia ajuda. Tipo tira daqui e bota ali, dar ideias, mas aí vem mexer sem ordem minha, dentro do meu caminhão, aí não dá. Cada um manda na sua casa, no bom sen-

tido é claro. A dela é dela e a minha é minha. (risos) Mas, no fim, dá tudo certo (risos). Tem que ser assim, se não, não dá certo o casamento [M9, 69 anos].

Eu sempre cuidei muito do caminhão porque sempre tive o meu caminhão, era meu, tenho que cuidar, não passo muito pretinho nas rodas, mais cuido bem sim [M6, 65 anos].

Ah sim, hoje o caminhão é um automóvel, tu pega que nem esse caminhão que eu trabalho é automático não precisa fazer as marchas. Tem ar condicionado, tem tudo o conforto, tem tudo dentro, tem TV, geladeira. Só o fato do meu caminhão ser baú que não precisa enlonar já é ótimo. Carrego, fecho as portas e tchau, vou embora. Já é bem melhor. O caminhão é um automóvel, é uma casa o caminhão hoje [M15, 55 anos].

Conforme Hoffmann e Legal (2003), a forma de dirigir o veículo depende muito da personalidade do motorista, assim, também a relação homem e veículo sofre influências da personalidade do condutor. Para muitos caminhoneiros, o carro, o caminhão, é a sua casa. Eles nutrem pelo veículo os mesmos sentimentos que nutrem ao lar, atribuem funções e cuidados especiais, o carro serve de transporte e trabalho, mas também de casa (CORASSA, 2003). Nesse sentido, para Da Matta (2011, p.84) “O carro constrói, mas é, em contrapartida construído pelas pessoas. [...]. Pode-se dizer que, como todos os objetos culturais ou sociais, o automóvel ajuda transformar indivíduos em pessoas, dando-lhes um sentimento de singularidade e de história”. Pelas falas dos caminhoneiros pesquisados, no que diz respeito aos seus hábitos de trabalho e de lazer e à valoração atribuída à máquina, é possível inferir que o caminhão é tido como uma extensão de seu corpo e o cuidado, que talvez eles não manifestem com o próprio corpo físico, é dedicado ao veículo, ao objeto de sua profissão.

## Considerações Finais

No intuito de compreender o sentido do trabalho para os motoristas caminhoneiros pesquisados, o recurso de análise da fala permitiu importantes percepções. Todavia, há que se ter em mente que estamos tratando de um grupo particular de profissionais, cujas evidências não podem ser generalizadas, mas sinalizam pontos de discussão e novas reflexões sobre a temática.

É notório, pela fala dos participantes, que o trabalho é uma dimensão central na vida de cada um deles. O trabalho refere-se à vida; sem trabalho não haveria existência. A centralidade manifesta-se no tempo de vida que ele ocupa: mesmo depois de aposentados, não se permitem parar. As adversidades enfrentadas no cotidiano da estrada, sabidamente difícil e precário, foram subavaliadas, e são superadas pela fé, pela crença em um poder superior que protege e dá alento para esses profissionais continuarem na estrada.

Percebemos que a identidade dos participantes está impregnada de uma herança familiar forte, pois esses profissionais escolheram dar sequência ao que os pais e irmãos faziam, demonstrando a influência do poder patriarcal, que se perpetua em suas próprias famílias. Por outro lado, observamos a marca do aspecto cultural nessa identidade: a comunidade ou sociedade local tem um componente forte nessa influência. Essa é a particularidade da amostra em relação aos estudos com os caminhoneiros em geral, demonstrando o quanto as identidades individuais estão impregnadas de valores coletivos do mundo laboral. Por fim, há que se ressaltar a expressão da relação homem e ao seu caminhão por meio da transferência do cuidado para o caminhão como forma de substituir o cuidado de si. O caminhão representa, para

muitos caminhoneiros, a extensão de seu próprio corpo, sua casa, seu espaço, seu ser.

## Referências

ANDOLFI, M. *Por trás da máscara familiar: um novo enfoque em terapia da família*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

ANTUNES, R. L. C. *Adeus ao trabalho?* Ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

ANTUNES, R. L. C. O trabalho e seus sentidos. *Revista Debate & Sociedade*, Uberlândia, n.1, v.1, 2011.p. 5-13.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BERTOLAZZI, M. A. *Empregado, autônomo e empresário: a tomada de decisão no setor de transporte rodoviário de cargas em São Marcos/RS*. 1998. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

CORASSA, N. Uso do carro como uma extensão da casa e os conflitos no trânsito. In: HOFFMANN, M.H.; CRUZ, R.M.; ALCHIERI, J.C. (Orgs.). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.p.61-101.

COUTINHO, M. C. *Participação no trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DA MATTA, R. *Fé em Deus e pé na tábua*, ou, como e por que o trânsito enlouquece no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 2010.

DE BONI, L. C., COSTA, R. *Os italianos do Rio Grande do Sul*. 3. ed. Porto Alegre: Universidade de Caxias do Sul, 1984.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004

DEJOURS, C. O trabalho como enigma. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (Orgs.) *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. 2. ed. Rio de janeiro: Editora Fiocruz; Brasília: Paralelo 15, 2008.p. 123-141.

DEJOURS, C.(2009). A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. 10. ed. São Paulo: Atlas. p. 21-31.

- ENRIQUEZ, E. Perda do trabalho, perda da identidade. In: NABUCO, M.R.; CARVALHO NETO, A. (Orgs.). *Relações de trabalho contemporâneas*. Belo Horizonte: IRT da PUCMG, 1999. p. 69-83.
- FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.
- FRANÇA, L.H. F. P.; SOARES, D. H. P. Preparação para a aposentadoria como parte da educação ao longo da vida. *Psicologia Ciência e Profissão*, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 738-751, jun. 2009.
- HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 77-86, dez. 2004.
- HOFFMANN, M. H.; LEGAL, E. J. Sonolência, estresse, depressão e acidentes de trânsito. In
- HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. (Org.). *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.p.343-358.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Censo 2010*. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br> Acesso em 18 out. 2018.
- MARQUES, C.A *proteção ao trabalho penoso*. São Paulo: LTr, 2007.
- MASSON, V. A; MONTEIRO, M. I. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. *Revista brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p. 533-540, ago. 2010.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.
- MONTGOMERY, M. *O novo pai*. 12 ed. São Paulo: Ediouro, 2005.
- MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 08-19, set. 2001.
- MOW (International Research Team). *The Meaning of working*. Londres: Academie Press, 1987.
- NERI, M. C. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. *Ensaio Econômicos*, n.663, 2007. p. 1-27.
- POSSAMAI, O. J. *A história dos caminhoneiros de São Marcos/RS*. Porto Alegre: EST/Edições, 2007.
- POZENATO, K.M.M.; GIRON, L. S. Identidade: cultura e memória. *Métis: história e cultura*, Caxias do Sul, n.6, v.12. 2007. p.137-151.
- SANTOS, M. F. S. *Identidade e aposentadoria*. São Paulo: EPU, 1990.

SANTOS, M. O.; ZANINI, M. C.C. Especificidade da identidade de descendentes de italianos no sul do Brasil: breve análise das regiões de Caxias do Sul e Santa Maria. *Antropolítica*, n. 27, p. 21-41, 2009.

TOLFO, S. R; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 19, n. spe, p. 38-46, 2007.

ZANINI, M. C.C.; SANTOS, M. O. O trabalho como categoria étnica: um estudo comparativo da ascensão social de imigrantes italianos e seus descendentes no Rio Grande do Sul (1875-1975). *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, Brasília, n.17, v. 33, p.177-198, 2009.

# 7

## Luto e reparação após a perda de cônjuges na velhice

*Sabrina Andreia Tubin  
Alessandro Adami  
Jarbas Dametto*

### Introdução

A longevidade implica em desafios em diversas esferas, acarretando a necessidade de realinhamentos que englobam desde instâncias governamentais, dada a necessidade de viabilidade econômica e de construção de políticas públicas diversas para uma população que envelhece, até âmbitos mais íntimos, como as relações familiares e a própria experiência individual transformadas pela velhice. Como um desafio pessoal comum do sujeito longo, tem-se a necessidade de superar a perda de pessoas próximas, bem como o enfrentamento de uma realidade desprovida de um companheiro com o qual se compartilhou, em termos cronológicos, afetivos e funcionais, uma parte significativa da vida.

Com olhares à necessária elaboração interna das experiências de perda, acarretadas seja pelos reveses da vida, seja pela implacável terminalidade humana, o presente ensaio resgata concepções psicológicas e psicanalíticas sobre

as relações afetivas e seus rompimentos, elencando as decorrências possíveis da perda de um objeto de amor e, em especial, de um cônjuge na velhice. Para dar conta desse intento, recorre-se a elementos teóricos acerca das vinculações emocionais em geral tal como concebidas pela psicanálise, estendendo-se ao processo de ruptura dessas relações e seus desdobramentos possíveis: o luto, a melancolia e a elaboração. Resgata-se, também, elementos acerca da especificidade da perda de objetos de amor na velhice e suas decorrências. Por fim, esboçam-se perspectivas que apontam para a capacidade adaptativa do sujeito e suas possibilidades de vida gratificante, mesmo diante dos inevitáveis rompimentos de laços afetivos que acompanham uma vida longa.

## Vinculações afetivas sob um olhar psicanalítico

As vinculações emocionais em psicanálise são compreendidas em termos de *relações de objeto*, ou *relações objetais*. Relações de objeto descrevem, de acordo com Kernberg (2008), as interações com figuras emocionalmente relevantes, internalizando, por conseguinte, a relação entre si e o outro. “Esta estrutura interna replica, no mundo intrapsíquico, as relações com o outro significativo, quer elas sejam reais ou fantasiadas” (KERNBERG, p. 42). Objeto, termo, muito utilizado por Freud, remete a uma representação interna do outro externo ao qual se dirige afeto, e com o qual uma pulsão pode se satisfazer. O objeto pode existir enquanto realidade concreta (uma pessoa, um ideal, algo externo), e enquanto realidade psíquica, ou seja, como uma imagem do outro que internalizamos e investimos afetivamente. Na criança, este objeto é inicialmente fantasiado na mãe, e mais

especificamente no seio materno, protótipo dos futuros investimentos libidinais (KUSNETZOFF, 1982).

Os objetos vão sendo substituídos por outros, como a mãe em sua totalidade e as demais relações amorosas, que são definidas de acordo com as demandas de desenvolvimento do sujeito. Entretanto, a relação primária continua como base para as relações posteriores, ganhando complexidade junto à experiência interpessoal e o modo como essa contempla ou não os parâmetros primitivos da relação de objeto. (SCHULTZ; SCHULTZ, 2008; ROUDINESCO; PLON, 1998).

Dessa forma, quando se dá a falta de um objeto, como no caso da morte de um parceiro, no término de uma relação ou até mesmo na demissão de um emprego, o indivíduo encara um processo doloroso chamado luto, no qual são procurados novos objetos para suprir o que foi perdido ou, na melhor das hipóteses, busca a reorganização da libido no seu próprio ego (CASTILHO; BASTOS, 2013; NASIO, 1997).

A morte é mais esperada do que a própria velhice por grande parte dos indivíduos, mas isso não significa que ela seja “aceita”. Saber que a morte pode acontecer em qualquer fase da vida é um assunto que a maioria das pessoas prefere não abordar e deixar para ser pensando quando um evento dessa ordem se aproximar.

Para a maioria dos indivíduos que estão em diferentes faixas etárias, a morte é um fato considerado compreensível se ocorrido na velhice, dado que nela o sujeito já viveu boa parte da vida. Entretanto, essa compreensão serve apenas como uma espécie de “válvula de escape”, dado ao ser humano não admitir facilmente que é um ser finito: essa condição é negada. Desse modo, parte dos indivíduos prefere acreditar no chamado “destino” como forma de deixar essa carga em segundas mãos (CONCENTINO; VIANA, 2011).

O homem, para lidar e suportar a imponente da morte, com a ansiedade provocada por esse fenômeno, recorre, através de meios psíquicos, a explicações sobre o sobrenatural, ou seja, aumenta sua crença em que a vida de cada pessoa tem seu próprio futuro já traçado ao nascer, denominando essa crença de destino (CONCENTINO; VIANA, 2011, p.592).

Quando um evento inesperado ocorre e se perde um objeto de amor, cada sujeito encara essa perda de forma particular. Esse momento denomina-se período de luto, no qual ocorre uma reconstrução na vida afetiva e relacional do indivíduo. O luto pode ser vivido em função de diversas circunstâncias de perda. Entretanto, nesse estudo o foco se dá sobre a dor e a elaboração do luto na perda de um parceiro conjugal na velhice (SOUZA; BAPTISTA, 2015).

O luto é considerado um processo de reação à perda. Neste período ocorrem adaptações e reconstruções que envolvem significativas mudanças nas atividades diárias do indivíduo, por este não ter mais que investir sua libido no que lhe foi objeto importante por um período significativo de sua vida (SOUZA; BAPTISTA, 2015; NASIO, 1997).

Podem-se encontrar três tipos de luto: o luto normal, que é um luto consciente, no qual o indivíduo sabe o que perdeu e as reais dimensões desse sofrimento; o luto patológico, que é radicalmente inconsciente, e o luto melancólico, no qual o indivíduo pode até saber quem perdeu, mas não sabe o que perdeu junto com esse objeto (FREUD, 2016).

A perda de um cônjuge não acarreta somente a falta de um parceiro, mas sim de alguém que era seu amigo, seu confidente, parceiro sexual e de diversas outras atividades diárias. Na velhice, principalmente, esses indivíduos já viveram grande parte de seu tempo juntos, o que dificulta ainda mais a readaptação a essa nova fase, que pode acarretar ex-

periências intensas de desprazer e dor (SOUZA; BAPTISTA, 2015; CONCENTINO; VIANA, 2011).

Um dos fatores importante que dificulta o processo do luto é a representação que o objeto perdido tinha na vida do indivíduo, ou seja, a psique humana cria uma representação desse objeto externo dentro do próprio indivíduo, de maneira que o sujeito investe energia tanto no objeto amado quanto em sua representação. A partir do momento em que se perde o objeto amado, toda a energia que era investida nele externamente passa a focalizar na representação objetal que está dentro do próprio sujeito (NASIO, 1997).

Diante desse contexto, o luto do indivíduo passa a caracterizar uma condição *melancólica*, que consiste em um luto que toma rumos diferentes do luto normal. O luto patológico e melancólico consiste em uma desestruturação do eu, que passa a criar identificações com o objeto perdido. O indivíduo, ao invés de investir sua libido no próprio ego e procurar por novos objetos de desejo, investe essa energia na representação interna do objeto perdido. Passa então a ter comportamentos depressivos, e em alguns casos ele assume atitudes correlatas as do falecido, e o enaltece como algo a jamais ser superado ou suprido, ao qual ele desejaria se unir (COSER, 2003; NASIO, 1997; HAMON; TRICHT, 2017).

Em condições ideais, o processo de luto, ao invés de se tornar patológico, acarreta em resultados positivos, ou seja, ao invés do investimento de energia se dar na representação do objeto perdido, ela é transferida para o próprio ego ou para outro objeto eleito por escolha do indivíduo (NASIO, 1997). Quando o indivíduo consegue administrar sua libido para um novo objeto de desejo, muitas vezes acaba descobrindo uma nova versão de identidade.

## Rompimento de laços afetivos: luto, melancolia e reparação

O rompimento de laços afetivos maritais deriva de diversas circunstâncias da vida, tanto devido ao fim de um relacionamento por escolha ou necessidade frente a impasses conjugais, como pelo falecimento de um cônjuge. Em ambas as circunstâncias, adentra-se ao processo de luto, dado os investimentos libidinais que se concentravam no objeto de amor na ocasião da perda, bem como a estranheza frente à incógnita do que se perdeu junto com o objeto amado. Vemos estabelecidas, assim, as condições do luto normal ou da melancolia, condições nas quais se sofre a duras penas a perda do objeto. Entretanto, esse processo ocorre com destinos distintos para esse sofrimento dependendo dos enredos intrasubjetivos armados após a subtração do cônjuge.

O luto resulta em um empobrecimento na percepção afetiva do mundo. A perda implica em uma penosa existência em uma realidade descolorida. A ausência definitiva do objeto amado resulta em uma experiência de tristeza e desamparo. Porém, no luto normal, com o tempo, o mundo volta a ter cor devido às capacidades de reparação do sujeito afetado. Diante da impossibilidade de recuperar o que perdeu, o sujeito recupera para si mesmo a energia que se desprende com a perda, viabilizando um auto-investimento afetivo, bem como restaurando a possibilidade de estabelecimento de novos vínculos.

No ápice do luto há a introjeção da perda. Pelas operações da fantasia, que ainda funcionam de acordo com os modelos que foram rompidos, se busca manter vivo dentro de si o que já não existe mais na realidade. Com o tempo tais mecanismos deixam de ser necessários devido a compreen-

são e aceitação de que o objeto já não existe mais. De acordo com as ações reparadoras que o sujeito opera em relação a si mesmo e à realidade, se finda o processo do luto, mantendo em si uma imagem não atormentadora do outro perdido (NASIO, 2007).

Já no caso da melancolia, por sua vez, o mundo se empobrece e perde seu sentido. Não é só o objeto que se perde, perdendo junto com ele uma parte de si que não se sabe exatamente qual é. Dessa experiência resta uma estranheza assustadora e sintomática, sintetizada na sentença freudiana: “A sombra do objeto recai sobre o Eu.” (FREUD, s/p, 2016).

Tal proposição freudiana faz alusão aos desdobramentos intrapsíquicos e sintomáticos da melancolia, no qual o ego se vê eclipsado por um objeto que, ao ser perdido na vida concreta, é superinvestido internamente. Como expressão objetiva desse arranjo interno tem-se um sujeito que adota, sofrivelmente, as características do objeto de amor, replicando de modo estereotipado suas condutas, posturas e hábitos, bem como vivendo de modo relativamente alucinatório a sua presença. Luto e melancolia são desdobramentos derivados de experiências correlatas de perda, o que implica em supor, no sujeito melancólico, uma forma distinta de relação de objeto que o inclina a essa solução.

O luto, via de regra, é a reação á perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como a pátria, a liberdade, um ideal, etc. Em certas pessoas, sob as mesmas influências, observamos no lugar do luto a melancolia, e por isso as colocamos sob a suspeita de uma predisposição patológica (FREUD 2016, p. 100).

Tal predisposição pode ser pensada como uma vinculação narcísica ao objeto de amor: o outro amado é assumido como uma parte primordial de si mesmo. A melancolia também se caracteriza por um desânimo profundamente dolo-

roso, “por uma suspensão do interesse pelo mundo externo, pela perda da capacidade de amar, pela inibição da capacidade para realização e pelo rebaixamento da autoestima” (FREUD, 2016, p. 100). Tal experiência implica em auto-recriminação, insultos a si mesmo, ideiação suicida, até o ponto de atingir características delirantes de auto depreciação.

Nota-se que há uma semelhança marcante entre o luto e a melancolia, sendo que eles se caracterizam pelo mesmo enredo, exceto um: falta no primeiro a perturbação da autoestima. Como exemplo citemos o luto profundo, em que a reação à perda de uma pessoa querida contém o mesmo estado de ânimo doloroso, a perda do interesse no mundo, a perda da capacidade de escolha de qualquer novo objeto de amor em substituição ao pranteado e o afastamento de atividades que não lembrem o objeto perdido.

Toda essa limitação do Eu decorre da inibição resultante do total investimento libidinal no objeto perdido, como acima descrito, e o decorrente desinvestimento em outros propósitos e interesses. Conduta esta que só não nos parece patológica porque faz parte do processo de dor comumente sentido diante da perda (FREUD, 2016). No trabalho de luto, em distinção ao processo melancólico, é normal que prevaleça a força da realidade. Entretanto, a realidade não pode ser acatada imediatamente.

Em que consiste, então, o trabalho realizado pelo luto? Creio que não será nada exagerado descrevê-lo da seguinte maneira: a prova da realidade mostrou que o objeto amado já não existe mais e decreta a exigência de que toda a libido seja retirada de suas ligações com esse objeto. Contra isso se levanta uma notável oposição: em geral se observa que o homem não abandona de bom grado uma posição libidinal, nem mesmo quando um substituto já lhe acena. (FREUD, 2016, p. 101).

Como reparação ao trabalho do luto e à preservação do ente na memória dos que ficam, nos deparamos com outra

característica da perda que é o ritual, trabalho de trespassse em que sabemos que os sentimentos de integridade e identidade dependem, de modo muito estreito, do lugar concebido aos mortos na vida. Nesse sentido, convém ter em mente que a sepultura é ao mesmo tempo psíquica e cultural. Cultos junto aos falecidos garantem a possibilidade ambivalente de conceber a perda e, ao mesmo tempo, preservar o objeto. Não se limita ao ritual concebido ao enterro dos mortos: “Nessas condições, a obra de sepultura significa que o enterro do morto evita o risco do seu desaparecimento. Trata-se de tornar o esquecimento impossível” (FÉDIDA, 2009, p. 104). Tal preparação regrada em cada cultura pela especificidade de seus rituais funerários conserva um lugar ao sujeito que se pretende preservar para além do cadáver, dando a ele seu caráter preservador na memória enquanto objeto passível ser reparado, ou seja, ainda capaz de evocar memórias. Nesses termos, pode-se perceber que elaborar o luto não é esquecer o amado, não é operar ativamente um abandono emocional de quem se amou, é mantê-lo enquanto memória, e não mais como objeto libidinalmente investido (NASIO, 1997).

## Desdobramentos de vida frente às perdas afetivas na velhice

A longevidade amplia as possibilidades de vivência de perda de cônjuges. Comumente na velhice as pessoas se tornam viúvos ou viúvas necessitando, a partir desse evento, reorganizar a vida afetiva e familiar, bem como assumir novas funções ou remodelar aspectos práticos do cotidiano. De modo geral, a velhice caracteriza-se por perdas físicas, sociais, econômicas e emocionais, que fazem com que o sujeito precise se adaptar para encarar essa fase de maneira positiva. Diante dessas transformações, concebe-se que o Eu,

enquanto elemento central da personalidade, é impelido a se adaptar às novas exigências da realidade, demandando certa plasticidade no uso de recursos adaptativos e defensivos.

A desenvoltura com que ocorre a adaptação a um percalço ou a uma nova fase da vida depende da rigidez de personalidade que o próprio indivíduo assume com o passar do tempo, cabendo considerar, além das características intrínsecas do sujeito, o modo como as experiências passadas foram vivenciadas. Um histórico de experiências gratificantes e garantidoras de confiança instaura no sujeito a capacidade de apostar em novas relações com o mundo e com as pessoas, preservando a integridade do Eu mesmo diante dos limites impostos pela idade (ERIKSON, 1976). Entretanto, quando o modo como se constituiu a imagem do outro nas experiências de vida foi marcado por vivências negativas, o que prevalece são modos rígidos e defensivos, dado que o outro e o novo são sentidos como maus e persecutórios. Nesses termos, Melanie Klein (1996) compreende a participação da vida interna, enquanto elementos constitutivos da personalidade e como bagagem adquirida no transcorrer da vida, como um prisma que atribui a experiência do envelhecimento boas ou más feições:

Sabemos que algumas pessoas, principalmente ao envelhecer, ficam cada dia mais amargas; outras se tornam mais brandas, compreensivas e tolerantes. Também é fato notório que essas variações se devem a uma diferença de atitude e de caráter, não correspondendo simplesmente às experiências adversas ou favoráveis que se apresentaram ao longo da vida. [...] Se o amor não foi sufocado pelo ressentimento e o ódio, ao contrário, firmou-se com segurança na mente, a confiança nas outras pessoas e a crença do indivíduo na sua própria bondade são como uma rocha que suporta os golpes das circunstâncias (KLEIN, 1996, p. 382).

Enfrentar positivamente a viuvez na velhice é olhar para dentro, retomando construções erigidas nas fases e nas

crises vitais antes enfrentadas. Mas para além das idiosincrasias do sujeito, que instituíram sua personalidade e lhe darão maior ou menor capacidade adaptativa, também cabe considerar que a velhice envolve aspectos culturais, heranças familiares, experiências vividas e fatores socioeconômicos. Envelhecer e enfrentar uma viuvez são fenômenos distintos dependendo do gênero, da condição financeira, da etnia ou do círculo cultural próximo. Como propõem Egydio (2017) e Eizirik (2013), a velhice pode ser tratada como homogênea em alguns aspectos (dificuldades que a idade traz consigo, intercorrências físicas etc. Entretanto, para se ter uma concepção mais fidedigna de velhice, deve-se tratá-la de forma individual. Cada idoso, de acordo com gênero, classe social e geração possui suas particularidades na forma de viver a velhice e a viuvez.

Para o gênero feminino é, em grande parte das vezes, mais difícil enfrentar o luto do que para o homem, pelo fato de a maioria das mulheres idosas de pouco tempo atrás, e mesmo as mulheres da atualidade, trazerem consigo a concepção cultural da mulher atrelada ao papel da dona de casa, do cuidado dos filhos e do marido. Para elas, a perda do cônjuge e o crescimento dos filhos as desloca de seu papel social e identitário prioritário, acarretando o sentimento de desvalia (GALICIOLI; LOPES; RABELO, 2012; EGYDIO, 2017). Enquanto o homem viúvo, principalmente quando em condições econômicas favoráveis, possui relativa facilidade de instaurar um novo relacionamento, dado que suas principais atribuições sociais não se inscrevem na intimidade do lar, as mulheres precisam operar um esforço de adaptação mais contundente, por vezes reinventando seus papéis sociais e sua auto percepção.

A partir do momento em que as senhoras elaboram o luto de maneira suficiente, começa uma viagem de desco-

berta de si mesmas. Muitas encontram novo valor à sua identidade que antes não conheciam, e toda energia que era direcionada ao cônjuge começa a ser investida em seu próprio Eu (EIZIRIK; BASSOLS, 2013). Inicia-se uma etapa na qual encontram a libertação de tarefas que antes eram destinadas à vida conjugal e familiar, passando a investir mais em novas relações sociais e atividades que lhes gerem prazer, além de cuidarem da sua própria aparência e dedicarem tempo e esforços ao autocuidado. Muitas mulheres, depois de administrarem o luto, relatam que a velhice é a fase mais livre que já tiveram (EIZIRIK; BASSOLS, 2013; EGYDIO, 2017; RECKSIEDLER; LOTER; HOLLSTEIN; PERRING-CHIELLO, 2017).

Estudos mostram que os idosos estão cada vez mais dispostos a encarar as mudanças que a era atual impõe, procuram encontrar um novo olhar sobre o que é a velhice e maneiras de encará-la de forma menos dolorosa. Entretanto, a adesão a novas formas de vivenciar o envelhecimento demanda, para além de esforços individuais, também apoio familiar, social e de amizades, bem como políticas públicas dirigidas a esse propósito. Essa nova visão da velhice traz consigo muitas vantagens, pois a maioria dos idosos já vivenciou muitas perdas e se submeteu a muitos sacrifícios, e essa “nova fase” acaba sendo de descobertas. Alguns idosos vivem esses momentos finais da vida sem pensar no tempo que lhes resta, aproveitando cada momento como se fossem eternos, sendo que para alguns autores essa experiência é considerada necessária para que os indivíduos possam apreciar sua vida sem temer a morte (EIZIRIK, 2013; EGYDIO, 2017).

Em contrapartida a uma série de possibilidades de vida, idosos separados ou viúvos frequentemente recebem cuidados com feições restritivas por parte de seus filhos. A

condição de viuvez ou divórcio é percebida como mais vulnerável, incitando medos e maior ímpeto de ajudar ou monitorar a vida do familiar. Movimentos esses que acabam por tirar a liberdade desses idosos, por vezes inibindo a própria superação do sofrimento acarretado pela perda (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Fazendo uma analogia à adolescência e suas crises e possibilidades, Berlinck (2008) propõe o termo “envelhecimento” para designar o modo como se vivenciam as mudanças sentidas no corpo e na mente com a chegada da velhice. Retratando os dramas dessa fase, o autor observa que “quando menos se espera, a vista não mais alcança, o ouvido não mais ouve a pele enruga, os cabelos caem, o peso torna-se um problema e só a alma permanece jovem em evidente descompasso com seu envelope” (BERLINK, p. 193-4). Seguindo, o autor salienta que, assim como na adolescência, também se descobre diante de um futuro incerto, porém agora com radicais modificações. Os sonhos que sonhara em realizar outrora já se tornam mais distantes, quando não impossíveis. No entanto, há nesta fase uma herança quando se pesa aquilo que conquistou até então e no que deixou às novas gerações, podendo levar o sujeito a uma reconstrução da própria experiência de estar vivo.

Com isso, podendo continuar a sonhar e vivenciar esta nova fase da vida com alegria, sem limitar-se aos pesos e às dificuldades da idade, participando de bailes, viagens e festas, assim como tinha participado até então ou fazendo isso pela primeira vez nessa fase. Há assim, uma (re)edição de uma conduta pautada no prazer e na sociabilidade, como na adolescência, manejo que defende o sujeito da dureza da experiência do envelhecer (BERLINCK, 2008):

A envelhecimento produz, no imaginário do sujeito, uma radical modificação de seu lugar. Ele se descobre mais sozinho do

que nunca, ainda que possa estar rodeado de um grande número de pessoas com quem interage cotidianamente. Esse ser sozinho resulta do reconhecimento de que seus antepassados já não existem e que seus filhos se afastaram porque se tornaram adultos (BERLINCK, 2008, p. 195).

Ressalta-se assim, diante dos limites e das potencialidades das pessoas que envelhecem, e tomando-as como uma crescente e nova população, que urge a necessidade de dedicar atenção e investimentos que comportem a realidade desse momento de vida, adaptando as condições ambientais e dando suporte às experiências internas e interpessoais, fazendo-lhe valer sua herança daquilo que conquistaram como do que deixaram, dos que lhe acompanham, para poder conviver com as perdas e mudanças intransponíveis da longevidade e da finitude (BERLINCK, 2008).

Acompanhando a proposição de Nasio (1997, p. 166) “a dor do luto não é dor de separação, mas dor de ligação. [...] o que dói não é separar-se, mas apegar-se mais do que nunca ao objeto perdido”, pode-se antever a velhice como uma sucessão de lutos a elaborar e como a necessidade de, assim, reconstruir objetos de apego e apoios ao amor próprio. As condições dessa elaboração variam conforme as capacidades que se pode construir durante a vida, sua menor ou maior rigidez psíquica e o modo qualitativo em que teve seus investimentos, ou seja, a quantidade e qualidade em que investiu naqueles à sua volta que continuam junto consigo, como os que já não lhe acompanham mais (NASIO 1997, ROUSSILLON 2019).

## Considerações finais

A velhice traz junto de si as marcas de um novo tempo de vida diante do abandono daquilo que se tinha até então, como o vigor físico, e, muitas vezes, também das próprias ca-

pacidades psíquicas. Um tempo de fragilidades que pode ser acompanhada do término do convívio daqueles que se tinha como companhia e como objeto de amor. Como acima retratado, uma perda afetiva implica, além de uma reorganização na vida concreta que se modifica frente a uma ausência, uma experiência interna intensa, dramática e conflituosa, que pode desembocar nas formas mais agudas de sofrimento, mas também em novos e profícuos arranjos de vida.

O modo com o qual o idoso haverá de lidar com estas perdas diz respeito aos modos como até então pode superar seus reveses na vida, assim como sua reação diante da força da perda, que em alguns casos pode o desorganizar psicologicamente. As feições do luto e sua resolução na velhice dependerão da organização que o sujeito traz em si entre aspectos positivos e negativos em relação a si mesmo e aos outros significativos. Processo que pode encaminhar a pessoa a superar ou sucumbir ao rompimento afetivo, de acordo com o modo como tem vivido e integrado à própria vida dentro de suas relações.

## Referências

- BERLINCK M. *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta, 2008.
- CASTILHO, G; BASTOS, A. A função constitutiva do luto na estruturação do desejo. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 18, n. 1, jan./abr. 2013, p. 89-106.
- COCETINO, J,M,B; VIANA, T,C. A Velhice e a Morte: reflexões sobre o processo de luto. *Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, 2011; 14(3). p.591-600
- COSER, O. Depressão: clínica, crítica e ética [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. Coleção Loucura & Civilização. Disponível em <http://books.scielo.org>, acesso em 10 jun. 2018.
- EGYDIO, Lucila. Do Feminismo à Feminização: Gênero e Envelhecimento em uma sociedade em transformação. *Revista Portal*, n.54, Ano VIII, Out/Nov/Dez, 2017.

- EIZIRIK, Cláudio Laks. A velhice. In: EIZIRIK, Cláudio Laks; BAS-SOLS, Ana Margareth Siqueira. *O Ciclo da Vida Humana: Uma Perspectiva Psicodinâmica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p.227- 239.
- ERIKSON, Erik, H. *Infância e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- FÉDIDA P. *Dos Benefícios da Depressão: elogio da psicoterapia*. São Paulo: Escuta, 2009
- FREUD S. A Interpretação dos Sonhos (II). In: *Obras Completas*, v. V. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
- FREUD S. Luto e Melancolia. In: *Obras Incompletas*, v. 5. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.
- KLEIN M. Amor Culpa e Reparação. In: *Obras Completas*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- MARTINS Regina Magnabosco; CAMARGO Brigido Vizeu; BIASUS Felipe. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Revista brasileira de psiquiatria*. v. 8. São Paulo. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/647/64712155020/>. Acesso em: 01 jul. 2018.
- NOVO Rosa, Ferreira. *Para Além da Eudaimonia: O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Textos universitários de ciências sociais e humanas. 2003. p.114 – 167.
- PAPALIA Diane E.; FELDMAN Ruth, Duskin. Desenvolvimento Psicossocial na Vida Adulta Tardia. In: PAPALIA Diane E.; FELDMAN Ruth, Duskin. *Desenvolvimento Humano*. 12ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 605 – 633.
- SALGADO Carmen Délia Sánchez. Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudo interdisciplinar de envelhecimento*. Porto Alegre, 2002. Acesso em: 01 jul. 2018.
- VERAS, Renato P.; RAMOS, Luiz Roberto; KALACHE, Alexandre. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 225-233, June 1987.

# 8

## Interdisciplinaridade no cuidado e atenção à saúde bucal do idoso

*Leonardo Saraiva  
João Paulo de Carli  
Lia Mara Wibeling*

### Introdução

O envelhecimento humano é um processo natural, universal, contínuo e irreversível, inerente a todos os seres humanos que se inicia ao nascer, se estende ao longo de toda a vida e termina com a morte (NETO *et al.*, 2007). É um processo fisiológico que engloba os tecidos moles e os tecidos duros da face e pescoço e que resultam numa alteração progressiva das estruturas intraorais e dos contornos faciais (COIMBRA; URIBE; OLIVEIRA, 2014).

No Brasil, a escala populacional que mais cresce é a de idosos, observando-se um acelerado envelhecimento populacional. Segundo os dados de projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de idosos deverá chegar a 41,5 milhões em 2030. Estima-se um acréscimo médio de mais de um milhão de idosos anualmente para os próximos 10 anos (IBGE, 2015). Segundo a estimativa da ONU (Organização das Nações Unidas), em 2050 o número

de idosos (acima de 60 anos) deverá triplicar no mundo, e em 2025 essa população irá duplicar no Brasil (MEDEIROS; JOST; BRÍGIDO, 2016).

O envelhecimento global, em geral, traz uma série de consequências que afetam as diferentes esferas de sua organização, seja ela social, econômica ou política; por exemplo, na esfera econômica o envelhecimento terá um impacto sobre os sistemas de aposentadorias e pensões, já que as pessoas estão vivendo mais (MONTENEGRO; MARCHINI, 2013). Já na esfera social, o envelhecimento altera os arranjos domiciliares e as relações intergeracionais. Na saúde, é necessário o desenvolvimento de técnicas e políticas de atendimento diferenciado, pois é preciso a adaptação em relação a esses idosos, citando como exemplo, idosos dementes com limitação física ou alguma patologia que impeça o atendimento nos consultórios, deve-se realizar atendimento em domicílio ou em consultório adaptado (MONTENEGRO; MARCHINI, 2013).

É importante a busca por uma atenção especial baseada em uma política de promoção e prevenção da saúde com objetivo de reabilitar os idosos na sua capacidade funcional e aspecto humano. Assim, pode-se contribuir para uma inclusão plena em todas as esferas da vida social e proteger a saúde destes idosos, bem como trabalhar na prevenção de agravos que ocasionam patologias (SANTOS; SILVA, 2013).

O novo significado universal de saúde bucal acatado pela World Dental Federation General Assembly (FDI) salienta a importância de se considerar a integralidade da saúde bucal com a saúde sistêmica dos indivíduos, levando em conta seus valores, expectativas e percepções (LIMA *et al.*, 2011).

Os níveis socioeconômicos e culturais associados às experiências de vida e à motivação para cuidar da própria saúde

de interferem diretamente na condição de saúde bucal (RIBEIRO *et al.*, 2009). Entre a população idosa, os acúmulos de experiências negativas relacionados às condições de vida e à saúde bucal refletem na maior prevalência de agravos (CORTE-REAL; FIGUEIRAL; CAMPOS, 2011). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que 14,4% dos brasileiros são desdentados totais, sendo esta condição associada ao nível socioeconômico da população (AZEVEDO *et al.*, 2017).

Historicamente, no Brasil, a saúde bucal dos idosos é considerada um problema que merece cuidado especial, pois a prestação de serviços odontológicos não adota como prioridade a atenção a esse segmento populacional que possui prevalência de altos níveis de cárie dentária, doenças periodontais e edentulismo (MOREIRA *et al.*, 2011).

Diante do exposto, este capítulo de livro tem por objetivo discutir o papel da odontologia na atenção à saúde do idoso através de uma revisão bibliográfica na perspectiva interdisciplinaridade.

## A Odontologia como promotora de saúde do idoso

A população mundial está envelhecendo. Isso é resultado de políticas de saúde mais eficazes. A Odontologia acompanha essa transição demográfica e os cirurgiões-dentistas já têm à disposição curso específico que foca as especificidades do envelhecimento: a Odontogeriatrics (UNA-SUS, 2014).

O CFO (Conselho Federal de Odontologia) considera que a Odontogeriatrics é a especialidade da Odontologia que foca no estudo de fenômenos decorrentes do envelhecimento humano que também têm repercussão na boca e suas estruturas associadas, bem como a promoção de saúde, o diagnós-

tico, a prevenção e o tratamento de patologias bucais e do sistema estomatognático da pessoa idosa (CFO, 2001).

A Odontogeriatrics tornou-se uma especialidade reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia em 2001, e em 2016 havia 271 especialistas em Odontogeriatrics registrados em todo o Brasil. Em 2016 havia mais de 279 mil cirurgiões-dentistas clínicos gerais no Brasil, a maioria trabalhando em consultório particular e nas regiões mais populosas do país. No entanto, existem apenas 34 Odontogeriatrics trabalhando no SUS, enquanto presumivelmente os outros 237 trabalham na iniciativa privada. Portanto, a maioria da população tem que procurar um cirurgião-dentista em um serviço privado, a fim de obter tratamento especializado, o que pode ser caro, especialmente para pessoas de baixa renda (SANTOS, 2015).

Todos os profissionais da área da saúde devem entender que a saúde bucal é inserida num conceito geral de saúde, transcendendo a parte técnica da Odontologia, integrando a saúde bucal às demais práticas da saúde sistêmica (SHINKAI; CURY, 2000). Portanto, nas tomadas de decisões da saúde bucal propostas pelo cirurgião-dentista, é importante serem difundidas informações sobre a saúde sistêmica do paciente, consolidando as atividades de educação em saúde; deverão contemplar informações sobre alimentação saudável para reduzir o consumo de alimentos açucarados e gordurosos; autocuidado com a higiene bucal e corporal e propostas para abandono do tabagismo e redução de acidentes. Desse modo, além de evitar patologias bucais, morbidades como câncer, traumas, diabetes, hipertensão e obesidade, que são patologias comuns na população idosa, terão seus fatores de risco difundidos (UNA-SUS, 2014).

O sistema nacional de saúde pública do Brasil (Sistema Único de Saúde ou SUS) baseia-se nos princípios da integra-

lidade da promoção da saúde, proteção e reabilitação para todos (MACINKO; HARRIS, 2015).

O SUS oferece cuidados de saúde na atenção primária, secundária e terciária, incluindo cuidados de saúde bucal em cada nível. A estratégia da saúde da família (ESF), como meio de prestação de cuidados, foi introduzida em 2011 e tem como objetivo administrar equipes multidisciplinares de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e, ocasionalmente, cirurgiões-dentistas. As equipes são distribuídas geograficamente para cobrir populações de até 1000 famílias. Essa estratégia atende quase 100 milhões de brasileiros (SANTOS, 2015).

A odontologia no Programa de Saúde da Família recebeu maior incentivo a partir da criação, em março de 2004, da Política Nacional de Saúde Bucal - denominada “Brasil Sorridente”. O “Brasil Sorridente” foi apresentado diante dos últimos resultados epidemiológicos de saúde bucal em âmbito nacional e como consequência do amadurecimento do processo de gestão em saúde pública no Brasil, e tem como meta a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de complexidade, e como objetivo a melhoria do acesso à saúde bucal e a garantia do atendimento odontológico à população brasileira (SALIBA *et al.*, 2008).

A capacidade e a qualidade do atendimento foram muito ampliadas, mediante incentivos globais às equipes de saúde bucal, implantação de laboratórios de prótese em todo o Brasil (disponibilizando assim prótese dentária na rede de assistência básica (FARIAS; SAMPAIO, 2011). Todavia, o programa está longe de alcançar a meta da OMS. O que se nota é uma população idosa com maior número de dentes, mas com uma saúde bucal longe de ser ótima. O acesso do idoso ao tratamento odontológico no Brasil ainda é muito restrito aos que podem financiá-lo, ou seja, a maioria dessa

população ainda não tem acesso aos serviços odontológicos (MONTENEGRO; MARCHINI, 2013).

Diante disso, a saúde bucal do idoso foi submetida a um modelo assistencial curativo mutilador com características excludentes, muitas vezes restritos aos serviços de urgência odontológica. Esse modelo assistencial gerou um quadro de saúde bucal precária nos idosos, que apresentam alta prevalência de doenças bucais como cáries, doenças periodontais, edentulismo e necessidade de uso de próteses. O tratamento paliativo não atende mais às necessidades e nem aos desejos dos idosos que necessitam de uma postura individualizada do profissional com relação a sua avaliação e tratamento (DUTRA; SANCHEZ, 2015).

## Particularidades das condições bucais na saúde do idoso

Os idosos possuem uma série de características fisiológicas similares entre si (BRASIL, 2011). No tocante à morbidade e mortalidade dessa população, é importante salientar as doenças crônico-degenerativas, principalmente as neoplásicas e as do aparelho circulatório. É importante considerar que é frequente a instalação de mais de uma patologia por indivíduo, o que acarreta no uso de terapias medicamentosas e polifarmácia, podendo uma exercer influência sobre a outra. Por isso é importante o atendimento holístico ao idoso, vendo-o como um todo, não apenas com foco na doença (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

Em relação à remodelação óssea, nos seis primeiros meses após uma exodontia o tamanho do rebordo residual é reduzido ligeiramente. Entretanto, a reabsorção óssea continua no restante da vida. Esse conhecimento é de grande importância para o cirurgião-dentista, pois a população de

idosos do Brasil é predominantemente desdentada (BRASIL, 2004).

Observa-se que um rebordo alveolar sem prótese é reabsorvido mais rapidamente que um rebordo com prótese. Isso porque um osso que recebe estímulos mecânicos frequentes mantém a atividade celular de remodelação equilibrada. Quando o tecido ósseo para de receber este estímulo, acarreta na chamada atrofia por desuso. Alguns fatores sistêmicos, como osteoporose e diabetes, também podem influenciar neste processo, acelerando a reabsorção óssea (TURANO; TURANO, 2004). É preocupante o fato de que na maioria das vezes não se consegue reabilitar utilizando próteses convencionais, onde existe grande reabsorção do rebordo alveolar, é necessário o uso de implantes. O uso de próteses sobre implantes pode ajudar a prevenir a perda de autoestima e combater o isolamento social, o que significa melhoria na qualidade de vida desses pacientes (CARVALHO *et al.*, 2006).

Em instituições de longa permanência é muito comum a falta da percepção de necessidade do tratamento odontológico entre os idosos, e ainda os cuidadores, família e profissionais dão pouca importância à saúde bucal, não tem noção da relação da saúde bucal com doenças sistêmicas e interferência na qualidade de vida. Por isso acabam removendo os dentes sem ter a noção da dificuldade de tratamento posterior (SIMÕES; CARVALHO, 2011).

A perda dos dentes, total ou parcial, produz impacto negativo na capacidade de mastigação e não restauram a função plena. Alteram a capacidade e eficiência mastigatória levando a mudanças na qualidade da dieta, ou seja, afeta a seleção dos alimentos e o estado nutricional. A falta de dentes está associada a deficiências nutricionais e baixo índice de massa corporal. Próteses Totais podem afetar o paladar,

já que recobrem algumas papilas gustativas, e capacidade de deglutição (CAMPISI *et al.*, 2009).

Colussi e Freitas (2002), após analisarem os dados existentes sobre a saúde bucal dos idosos brasileiros em muitos trabalhos científicos, concluíram que o serviço público odontológico necessita de uma reformulação, direcionando ações específicas aos problemas da terceira idade, entre os quais estão a falta de dentes e a sua importante reabilitação protética, que classificam como medida de implantação viável e profilática, pois assim se evitariam diversos outros problemas de saúde apresentados pelos idosos, mediante uma mastigação eficiente dos alimentos e que, somadas a medidas preventivas em alta escala, melhorariam a qualidade de vida das pessoas dessas faixas etárias.

O cirurgião-dentista deve estar atento a doenças comuns a população idosa, entre elas o diabetes, câncer, artrite e o mal de Parkinson. Idosos que fazem terapia contra o câncer podem apresentar-se mal nutridos, com cicatrização desregulada, perda da capacidade gustativa, diminuição da resistência às infecções sistêmicas, além de redução do fluxo salivar, o que pode provocar candidíase. Os idosos diagnosticados com artrite e mal de Parkinson comumente perdem a habilidade manual necessária para uma completa higiene bucal e corporal, e os pacientes idosos diabéticos têm alta prevalência de cáries múltiplas, doença periodontal, xerostomia e candidíase (CORTES-REAL; FIGUEIRAL; CAMPOS, 2011).

Em idosos há diminuição da composição, espessura, quantidade e viscosidade da saliva secretada, o que desencadeia na sensação de boca seca. Sabe-se que a saliva tem grande influência na saúde oral e até mesmo na qualidade de vida do paciente. Suas principais funções são: o início do processo de digestão através da amilase salivar; efeito-tam-

pão, que evita que haja uma diminuição abrupta do pH da boca, evitando a desmineralização dos dentes; gustação e fonética. As disfunções salivares podem ocorrer por alterações nas glândulas salivares, que passam por um processo de degeneração avançada ou pelo uso crônico medicamentoso (CASSOLATO; TURNBULL, 2003).

Os principais problemas de saúde bucal que acometem os idosos estão descritos nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, mais conhecida como Projeto SB Brasil 2010, e que compreendem a faixa etária dos 65 aos 74 anos (BRASIL, 2011).

Segundo os dados de Saúde Bucal Do Brasil, a composição do índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) dos idosos foi predominantemente constituída pelo componente “perdido”. Portanto, observa-se que esse grupo populacional foi exposto a grandes perdas dentárias em decorrência de uma odontologia com práticas mutiladoras (MARTINS *et al.*, 2008).

O índice CPO praticamente não se altera quando comparado os anos de 2003 e 2010. Isso porque a incidência da cárie é menos significativa nessa faixa etária, ou seja, a média de 27% dos dentes dos idosos correspondia, em sua maioria, ao componente “perdido” do CPO. No Brasil, 63,1% dos idosos que foram examinados são usuários de próteses totais superiores. Em relação aos usuários de prótese total inferior, os números são menores: apenas 37,5% (BRASIL, 2011).

É importante observar patologias que podem surgir com a instalação das próteses. É comum o aparecimento de úlceras traumáticas. Devem ser feitos os ajustes necessários para corrigir esses problemas e, caso não seja feita a correção da prótese, pode ocorrer também a hiperplasia fibrosa inflamatória, cujo tratamento é a correção da prótese ou

mesmo a remoção cirúrgica do tecido lesionado (TURANO; TURANO, 2004).

A partir do momento em que ocorre a necrose nos tecidos no interior da polpa dos dentes, uma lesão na região do periápice do dente começa a ser formada, composta pelo exsudato decorrente do processo inflamatório e micro-organismos que provêm do conduto infectado. Como a região é inacessível às defesas do organismo, e que continuamente alimenta a lesão periapical, os malefícios da lesão periapical não se restringem a essa região, sendo que micro-organismos e toxinas produzidos na região da lesão podem ser disseminados pela corrente sanguínea e afetar diversos órgãos e desencadear abscesso intracraniano, infarto cerebral, fasciteneccrosante, mediastinite e endocardite bacteriana (SILVA, 2010).

A doença periodontal é uma das principais razões da perda dos elementos dentários, e se caracteriza por uma infecção crônica causada por uma vasta microbiota, sendo que muitos desses patógenos estão relacionados a doenças cardiovasculares. Embora o mecanismo de conexão da infecção oral e saúde geral não seja plenamente conhecido, estudos apontam um risco aumentado de doenças de ordem geral quando pacientes apresentam doença periodontal. Em relação a doenças sistêmicas que podem levar a doença periodontal podemos citar diabetes, hipertensão, cardiopatias, doenças respiratórias, estresse, problemas gástricos, artrite (MURRAY; SAUNDERS, 2000).

## Abordagem interdisciplinar em Gerontologia

A interdisciplinaridade aplica-se à modalidade de assistência disciplinar que difere do modelo multidisciplinar

e também dos demais, ou seja, as formas de atuação, de aquisição e de transmissão de conhecimentos são fundamentalmente diferentes. Segundo Satin (1994), a interdisciplinaridade reconhece e implementa a integração das diversas esferas de competência das várias áreas por meio da contribuição de cada uma. Acrescente-se que os conhecimentos de cada disciplina se disseminam em direção às demais, propiciando condições para tornar maior o entrosamento de todos os profissionais.

Estudos com abordagem na interdisciplinaridade são escassos na literatura nacional e internacional (AGUIAR; MONTENEGRO, 2007). Após pesquisas realizadas nos Estados Unidos, foi constatado que o corpo de enfermeiros geralmente desconhece medidas preventivas em Odontologia, mas que têm intenção de conhecê-las e que nem sempre há um cirurgião-dentista ou higienista bucal disponível nos ambientes hospitalar ou ambulatorial (ERICKSON, 1997).

A interação profissional representa um papel de suma importância, pois permite a divisão de responsabilidades quando cada profissional passa a enxergar os limites da sua área e as possibilidades das demais. Sendo assim, essa é a principal proposta da atuação interdisciplinar: propiciar que múltiplas áreas do saber, com diferentes propostas de trabalho e diversas formas de atuação, possam agir simultaneamente (JACOB-FILHO; SITTA, 1996).

Aguiar e Montenegro (2007) realizaram um estudo para avaliar o nível de conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica sobre saúde bucal, além de buscar elucidar o papel da odontologia em equipes de assistência à terceira idade e a importância da interdisciplinaridade através de entrevistas a médicos com atuação geriátrica no estado de São Paulo. Eles concluíram que maiores esforços de inclusão da classe odontológica nas equipes de saúde e maior

necessidade de conhecimento sobre as inter-relações entre saúde bucal e saúde sistêmica para toda a equipe de saúde, a partir do entendimento do corpo humano como um conjunto, abandonando a visão da boca como uma parte isolada do organismo.

Para oferecer cuidados de saúde bucal de qualidade aos idosos é importante focar na educação em Odontogeriatrics e Gerontologia, pois se sabe que o conhecimento interdisciplinar e a qualidade da educação estão intimamente ligados ao cuidado de saúde prestado (CARNIEL *et al.*, 2017).

A Gerontologia, tanto se não mais do que a maioria dos outros desafios educacionais, exige uma interligação entre todas as áreas do conhecimento para a promoção da saúde bucal na população idosa (MACENTEE, 2010).

No Brasil, existe o programa URSI da prefeitura de São Paulo, composto por uma equipe de profissionais de todas as áreas que ganhou vários prêmios de reconhecimento. A Unidade de Referência à Saúde do Idoso Geraldo de Paula Souza (URSIGPS) é uma unidade de saúde pública responsável por atendimento voltado à população idosa frágil (60 anos ou mais) que apresente perda funcional e agravo à saúde. A equipe da URSI é composta por profissionais especializados em geriatria e gerontologia: assistente social, educador físico, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutico, fisioterapia, fonoaudiólogo, médico geriatra, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional (URSI, 2018).

Um padrão adequado de higiene bucal auxilia na prevenção de patologias bucais e sistêmicas que podem trazer repercussões negativas importantes para o paciente idoso (MARCHINI *et al.*, 2006). A aspiração de micro-organismos presentes no biofilme bacteriano pode levar à pneumonia, que é a principal causa de morte entre idosos institucionalizados. O cirurgião-dentista é o principal responsável em

difundir essa informação aos demais membros da equipe interdisciplinar, de maneira a divulgar da forma mais adequada possível a importância da saúde bucal para manutenção do bem-estar e qualidade de vida do idoso (MONTENEGRO *et al.*, 2006).

## Considerações Finais

Depois de realizada essa pesquisa bibliográfica, ficou clara a indissociabilidade da saúde bucal e da saúde geral no atendimento à pessoa idosa, destacando a importância do conhecimento através da troca de informações com as outras áreas do conhecimento.

A maioria dos idosos requer cuidados especiais, pois apresentam alterações sistêmicas e locais que influenciam em sua qualidade de vida. Além disso, é imprescindível a inclusão de outros profissionais no atendimento interdisciplinar, e assim propiciar que múltiplas áreas do saber com diferentes propostas de trabalho e diversas formas de atuação possam promover a saúde bucal em pacientes idosos.

## Referências

AGUIAR, M. C. A; MONTENEGRO, F. L. B. Avaliação do conhecimento de médicos com atuação na área geriátrica do estado de São Paulo sobre a inter-relação entre saúde bucal e saúde sistêmica. *Revista Kairos*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 155-174, jun. 2007.

AZEVEDO, J. S. *et al.* Uso e necessidade de prótese dentária em idosos brasileiros segundo a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (SBBrazil-2010): prevalências e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-12, abr- set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução CFO- 2 de dezembro de 2001*, junto à Seção IX Art.29. Dispõe sobre a definição da especialidade de odontogeriatria. Brasília-DF: MS, 2001. Disponível em: < <http://cfo.org.br/website/wp-content/uploads/2018/03/consolidacao.pdf>> Acesso em 14 nov. 2018.

BRASIL. *Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população*. Brasília 2002-2003. Brasília - DF, 2004. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/condicoes_saude_bucal.pdf)> Acesso em 24 nov. 2018.

BRASIL. *Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal 2010: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa\\_nacional\\_saude\\_bucal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf)> Acesso em: 10 nov. 2018.

CAMPISI, G. *et al.* Pathophysiology of age-related diseases. *Immun & Ageing*, Londres, v. 6, n. 12, p. 1186-1205, set. 2009.

CARNIEL, R. K. *et al.* A Clínica Ampliada como ferramenta de cuidado e ensino em Geriatria. *Revista da ABENO*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 99-107, jul-ago. 2017.

CARVALHO, N. B. *et al.* Planejamento em Implantodontia: uma visão contemporânea. *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Facial*, Recife, v. 6, n. 4, p. 17-22, fev-out. 2006.

CASSOLATO, S. F.; TURNBULL, R. S. Xerostomia: clinical aspects and treatment. *Gerodontology*, Toronto, v. 20, n. 2, p. 64-77, nov. 2003.

COIMBRA, D. D. A.; URIBE, N. C.; DE OLIVEIRA, B. S. “Facial squaring” in the aging process. *Surgical and Cosmetic Dermatology*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 65-71, ago-dez. 2014.

COLUSSI, C. F, FREITAS, S. F. T. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal dos idosos no Brasil. *Cad Saúde Pub*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1313-1320, set-out, 2002.

CORTE-REAL, I.S; FIGUEIRAL, M.H. CAMPOS, J.C.R. As doenças orais em idosos- considerações gerais. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. Lisboa, v. 2, n. 3, p. 175-180, maio-ago., 2011.

DUTRA, C. E. S. V; SANCHEZ, H. F. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 179-188, set. 2015.

ERICKSON, L. Oral health promotion and prevention for older adults. *Dental Clinic of North America*, Kidlington v. 41, n. 4.p. 727-750, oct. 1997.

FARIAS, M. R; SAMPAIO, J. J. C. Papel do cirurgião-dentista na equipe de saúde da família. *Rev Gaúcha Odontol*, Campinas, v. 59, n. 1, p. 109-115, jan-mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2015. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em 25 out. 2018.

JACOB-FILHO, W; SITTA, M.C. “*Interprofissionalidade*”. In: PAPALEO NETO, M. Gerontologia. São Paulo, Atheneu, 1996. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?id=474bHOF0REcC&pg=PA30&lp-g=PA30&dq=JACOB+FILHO,+W.+e+SITTA,+M.C.+\(1996\).](https://books.google.com.br/books?id=474bHOF0REcC&pg=PA30&lp-g=PA30&dq=JACOB+FILHO,+W.+e+SITTA,+M.C.+(1996).>)> Acesso em 2 nov. 2018.

LIMA, D. C. DE. *et al.* A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1173-1180, ago. 2011.

LUCCHETTI, G. *et al.* Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Geronto*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-58, abr-out. 2010.

MACENTEE, M. The educational challenge of dental geriatrics. *Journal of Dental Education*, Washington, v. 74, n. 1, p. 13–19, jan. 2010.

MACINKO, J; HARRIS, M. J. Brazil’s family health strategy-delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*. Connecticut, v. 4, n. 372, p. 2177-2181, jun. 2015.

MARCHINI, L. *et al.* Self-reported oral hygiene habits among institutionalised elderly and their relationship to the condition of oral tissues in Taubaté, Brazil. *Gerodontology*. Basel, v. 23, n. 1, p. 33-37, mar. 2006.

MARTINS, A. *et al.* Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1651-1666, jul. 2008.

MEDEIROS, M. A. O; JOST, P; BRÍGIDO, C. F. C. A importância da promoção, prevenção e tratamento da saúde bucal em pacientes idosos. *R. Interd*, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 163-167, jul. 2016.

MONTENEGRO, F.L.B. *et al.* Efeitos colaterais bucais dos medicamentos em idosos: um ponto muito importante para discussão pela equipe interdisciplinar em saúde. *Rev EAP/APCD*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 1-3, set. 2006.

MONTENEGRO, L. F.B; MARCHINI, L. *Odontogeriatrics: uma visão gerontológica*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

MOREIRA, R. S; *et al.* O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2041-2053, out. 2011.

- MURRAY, C.A; SAUNDERS, W.P. Rootv canal treatment and general health: a review of the literature. *International Endodontic Journal Washington*, v. 1, n. 33, p. 1-18, jun. 2000.
- NETO, N.S. *et al.* Condições de saúde bucal do idoso: revisão de literatura. *RBCEH*, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 48-56, jan./jun. 2007.
- RIBEIRO, D. G. *et al.* A saúde bucal na terceira idade. *Salusvita*, Bauru, v. 28, n. 1, p. 101-111, jul-dez, 2009.
- SALIBA, N.A *et al.* Saúde bucal no Brasil: uma nova política de enfrentamento para a realidade nacional. *Rev Odontol Bras Central*, Goiânia, v. 18, n. 48, p. 62-66, jan. 2010.
- SANTOS, M. L. M. F. DOS *et al.* Satisfação dos usuários adultos com a atenção em saúde bucal na estratégia de saúde da família. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 163–171, mar-jun. 2015.
- SANTOS, N. F.; SILVA, M. R. F. As Políticas Públicas Voltadas Ao Idoso: Melhoria Da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. *Revista Fsa*, Teresina, v. 10, n. 2, abr./jun. 2013.
- SATIN, D. G. The interdisciplinary, integrated approach to Professional practice with aged. *Oxford University Press*; Nova Iorque, v.1, n. 35, p. 391-403, 1994.
- SHINKAI, R. S. A.; CURY, A. A. D. B. O papel da odontologia na equipe interdisciplinar: contribuindo para a atenção integral ao idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1099–1109, out-dez. 2000.
- SILVA, F. W. G. P. Reação inflamatória periapical: repercussões sistêmicas? *Odontol Clín-Cient*, Recife, v. 1, n. 9, p. 299-302, set. 2010.
- SIMÕES, A. C. DE A.; CARVALHO, D. M. The reality of the oral/dental health of the elderly in the Brazilian Southeast. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2975–2982, jan. 2011.
- TURANO, J. C.; TURANO, L. M. *Fundamentos de prótese total*. 7. ed. São Paulo: Santos, 2004.
- UNA-SUS. Universidade Federal do Maranhão. *Principais particularidades na saúde bucal da pessoa idosa*. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1661?show=full>> Acesso em: 16 nov. 2018.
- URSI. *Unidade de Referencia à Saúde do Idoso*.2018. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/csegps/saude-do-idoso/>> Acesso em 26 nov.2018.

# 9

## O engajamento de idosos na prática de exercícios físicos por meio de exergames

*Jorge Luiz Andrade da Silva Júnior*

*Hugo Tourinho Filho*

*Ana Carolina Bertoletti De Marchi*

### Introdução

Os estudos sobre envelhecimento humano vêm atraindo pesquisadores de áreas multiprofissionais, com vistas a investigar os desafios que compreendem esse processo natural. A qualificação desses profissionais é um fator muito importante, pois as descobertas de métodos que visam diminuir o impacto causado no decorrer da idade objetivam a manutenção da capacidade funcional. Essa perda funcional manifesta-se negativamente no corpo, prejudicando a execução das atividades da vida diária (AVD), causando maior dependência do idoso, que acaba necessitando de cuidadores profissionais, com custos de saúde elevados (SANSRIMAH-ACHAI; TOAHCHOODEE, 2017; HARRIS *et al.*, 2015).

O educador físico tem como meta orientar a prática de exercício físico, que é caracterizada por ser uma modalidade

onde se tem métodos planejados que devem levar em consideração o controle da frequência, da intensidade e da duração das atividades propostas. Dessa maneira, cada indivíduo ou grupo é submetido a determinados testes e atividades, classificando-o no condicionamento físico, estado de saúde, capacidades motoras e cognitivas, visando à preservação da capacidade funcional do idoso.

A prática de exercício, aliado à tecnologia dos jogos de interação virtual, auxilia no combate à baixa adesão dos idosos aos exercícios físicos (BIRD *et al.*, 2015). Esses jogos interativos, denominados exergames, contribuem para o engajamento da população idosa por ser de fácil controle, divertido, motivacional e inclusivo.

Nos exergames a socialização é obtida a partir da colaboração, cooperação e/ou competição, com elementos contribuintes na alternativa de atrair para o engajamento e adesão aos exercícios físicos (WU; LI; THENG, 2015). Diante deste contexto, este capítulo irá apresentar os efeitos do uso dos exergames como uma ferramenta de engajamento do idoso à prática regular de exercício físico e suas consequências sobre a capacidade funcional na velhice.

## Capacidade funcional e exercícios físicos no envelhecimento

As estratégias que compreendem estudar os efeitos do envelhecimento humano vêm refletindo sobre o aumento da expectativa de vida da população. Dentre as práticas que estão sendo investigadas estão os métodos que atuam na manutenção da capacidade funcional do idoso, os quais refletem na potencialidade do corpo executar as atividades da vida diária (AVD) de forma independente (BALSALOBRE-FERNÁNDEZ *et al.*, 2018). A diminuição da capacidade

de funcional influencia negativamente na saúde dos idosos, necessitando da maior carga de atenção para cuidadores e elevando os custos com a saúde (SANSRIMAHACHAI; TOAHCHOODEE, 2017).

A avaliação da capacidade funcional tornou-se essencial para fins estratégicos na melhora da qualidade de vida. Para tanto, é preciso um mapeamento das características de um grupo ou indivíduo a serem submetidos a essas escalas, determinando ou classificando seu condicionamento físico, estado de saúde e capacidade dessas pessoas praticarem exercícios e atividades físicas (OESCH *et al.*, 2015, MOÇO *et al.*, 2015).

O exercício físico é caracterizado por um planejamento (periodização), no qual o indivíduo pratica um conjunto de atividades físicas planejadas, orientadas e organizadas (DIAMOND, 2015). Minimizar os efeitos do envelhecimento humano associado ao declínio natural da massa muscular, força, redução do consumo máximo de oxigênio ( $VO^2_{max}$ ), capacidade pulmonar e controle da postura corporal por meio de exercícios físicos são fatores que contribuem com a capacidade funcional do idoso (VORUP *et al.*, 2017).

A diminuição da função do músculo esquelético é considerada ainda maior no processo do envelhecimento, diretamente associados aos resultados da capacidade funcional em idosos com risco de incapacidade (MARSTON *et al.*, 2015), conseqüentemente à imobilidade funcional, resultando na perda da força muscular e da capacidade aeróbica (SANSRIMAHACHAI; TOAHCHOODEE, 2017). A prática de exercícios físicos regularmente e de forma adequada pode reverter em melhoras no equilíbrio, força, mobilidade dos membros inferiores, proporcionando uma redução no risco de quedas em idosos (BIRD *et al.*, 2015), auxiliando na diminuição das taxas do declínio cognitivo (SINK *et al.*, 2015) e da capaci-

dade funcional como um todo (MOORE *et al.*, 2016). Além disso, uma rotina de hábitos saudáveis em conjunto com um bom estado nutricional resulta em fatores positivos para os determinantes de um envelhecimento saudável da população (ABIZANDA *et al.* 2015), combatendo o sedentarismo e dietas inadequadas, os quais são fatores prejudiciais e difíceis de mudar quando tardio (SCHOEPPE *et al.*, 2016).

Nos benefícios da saúde nos níveis considerados adequados da prática regular de exercício físico são incluídos as melhoras nas condições crônicas da saúde, do sedentarismo para um comportamento saudável e ativo (BIRD *et al.*, 2015). Doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes apresentam recomendações próprias do Ministério da Saúde do Brasil. Para tratamento do indivíduo com diabetes, além de outras medidas, são considerados componentes principais a educação em diabetes, automonitorização glicêmica, orientação nutricional e, principalmente, a prática de exercício físico (BRASIL, 2018).

São muitos os benefícios para a saúde na qual a prática da atividade física está associada na redução de diagnósticos de condições crônicas mais comuns e graves como tipos de câncer e distúrbios psicológicos (RHODES; KATES, 2015). Limitações físicas como mobilidade articular limitada estão frequentemente presentes e acumuladas naturalmente durante o processo do envelhecimento (HASSELMANN *et al.*, 2015). Porém, a realização de exercício físico resulta no aumento da amplitude de movimento das articulações e flexibilidade e melhora também o equilíbrio, reduzindo o risco de queda no caminhar (HIRASE *et al.*, 2015).

Contudo, um primeiro passo para se tornar ativo fisicamente é o compromisso em manter uma rotina de exercícios para uma saúde adequada. Dentre os obstáculos estão as questões climáticas, econômicas e os ambientes específicos

e propícios como academias ou centro de reabilitação, além da falta de motivação em praticar (JAARSMA *et al.*, 2015). Além disso, levando em consideração a importância da prática inovadora em motivar por meio de exercícios físicos, o objetivo com os quais a população idosa é submetida para terem bons resultados nessas atividades, o uso de exergames, jogos que são baseados em videogames, vem inovando e possibilitando uma interação mais estimulante e engajando o idoso com os cuidados à saúde no aumento da capacidade funcional.

## Exergames e idosos

As tecnologias inovadoras baseadas em videogames e exercícios proporcionam estratégias e interação fundamental no estímulo à adesão na prática de exercícios físicos da população idosa de forma contínua (BIRD *et al.*, 2015). Os exergames são jogos que captam e virtualizam os movimentos corporais dos usuários, ajudando na prática de exercícios físicos. O usuário participa da ação a partir da visualização da imagem em uma tela ou monitor e as plataformas mais utilizadas são Nintendo Wii™ e Xbox Kinect™ (BROX *et al.*, 2015).

Os exergames possibilitam o desenvolvimento de exercícios físicos no objetivo de auxiliar em conjunto no processo de envelhecimento humano (HÖCHSMANN *et al.*, 2017). As inúmeras vantagens características desse tipo de jogo estão: o fácil controle, a alta imersão e o feedback de maneira instantânea, desse modo atraindo pesquisadores para uso dessa tecnologia na população idosa (WU; LI; THENG, 2015; BRONNER *et al.*, 2016; NGUYEN *et al.*, 2017). Como promotores da prática de exercício físico, os exergames permitem novas possibilidades de sistematização do exercício e

do movimento, no âmbito da reabilitação em terapias e no contexto da diversão (JOO *et al.*, 2010).

Os estímulos dados pelos jogos geram possíveis adaptações ao ambiente onde o software é capaz de detectar dados da performance do indivíduo ao executar o exercício (SHIH, 2011). Além de ser um jogo de entretenimento, outro propósito dos exergames é fornecer um feedback da performance instantânea, apontando dificuldades pelas limitações e, em casos específicos, desbloqueando-as no decorrer da execução do jogo (GSCHWIND *et al.*, 2015). As atividades podem ser programadas para equilibrarem níveis de intensidade, habilidades e diversão, permitindo o acesso ininterrupto à prática de exercícios físicos com ou sem presença de um profissional (MACE *et al.*, 2017).

Os exergames foram desenvolvidos para auxiliar na melhoria da qualidade de vida de seus usuários (BAMPA-ROPOULOS *et al.*, 2016) a partir da execução de exercício em todo o corpo (BENZING; SCHMIDT, 2017), aderindo ao exercício de forma crítica. Desse modo, os jogadores estando motivados a praticá-lo, potencializando a promoção, motivação intrínseca, extrínseca e incentivo aos exercícios e atividade física (WU; LI; THENG, 2015). Contudo, o nível de aprendizagem motora melhora conforme os princípios de treinamento (SCHÄTTIN *et al.*, 2016).

A adesão de exergames por idosos torna-se um componente motivador na busca de uma velhice saudável (WU; LI; THENG, 2015) e tem-se descoberto resultados satisfatórios nos mais diversos objetivos que agregam uma qualidade de vida melhor aos idosos (HASSELMANN *et al.*, 2015). Nesse contexto, as abordagens em estudos sobre a importância da orientação profissional ao instruir a prática de exergames no âmbito domiciliar caracterizam uma forma viável e alter-

nativa, potencializando a prática do exercício tradicional ao idoso, no seu desempenho (MARSTON *et al.*, 2015).

De acordo com Jaarsma *et al.* (2015), os exergames são geralmente seguros, viáveis e acessíveis a qualquer ambiente e clima, resultando num maior gasto energético quando comparados a outros procedimentos. Embora sejam recentes, os estudos com exergames ainda estão em fase de desenvolvimento, mas já é promissor no aumento da adesão da atividade física e exercícios físicos em pessoas saudáveis e não saudáveis.

## Adesão com exergames

A adesão à prática de exercícios físicos é um desafio constante por parte dos profissionais da saúde. A desistência é recorrente entre os praticantes. Uma entre várias técnicas de dinâmicas para a adesão em qualquer atividade traz o engajamento, por meio da motivação, como método eficiente a longo prazo (VETTE, *et al.*, 2015).

Engajamento é o envolvimento do cidadão num processo dinâmico e significativo, indo além de uma intervenção passiva, referindo-se a forma ativa, capacitando e associando-o na pesquisa e tomadas de decisões no cuidado à saúde (HOLROYD-LEDUC *et al.*, 2016). O engajamento em atividades de lazer traz benefícios para a saúde dos idosos, um envolvimento que promove a saúde e bem-estar, que acarreta uma queda nos sintomas físicos e psicológicos e aumenta a sensação de otimismo, motivação e felicidade (KIM *et al.*, 2016). Para O'Brien e Toms (2010), além da motivação, outros atributos podem influenciar diretamente o engajamento, como a estética, o apelo sensorial, a concentração, a consciência, o desafio, o controle, o feedback, o interesse, a novidade e a percepção do tempo.

Os exergames foram desenvolvidos justamente com o propósito de estimular e aumentar ainda mais a motivação, a inclusão social e o engajamento do usuário (MACE *et al.*, 2017; WU; LI; THENG, 2015). O envolvimento do jogador, individualmente ou em conjunto, no ato da diversão com o jogo com um cuidador, familiar, em ambientes hospitalares e domiciliares, são importantes elementos que contribuem para aumentar a motivação dos praticantes de exergame, sendo uma alternativa atraente para o engajamento e adesão aos exercícios físicos (SILVA *et al.*, 2017).

Avaliar a influência dos padrões de interação dos jogadores com exergames é um dos inúmeros objetivos em meio a grandes desafios em apontar as metodologias mais eficazes, partindo de análises dos jogos nos modos colaborativo, competitivo, mostrando que a socialização é um dos principais fatores para a maior adesão (WU; LI; THENG, 2015).

O uso desta tecnologia virtual permite que as pessoas interajam em conjunto, cooperando, colaborando ou competindo, favorecendo a parceria ao adotar funções especializadas (TAKAGI *et al.*, 2017). A prática social em jogos e em atividades em grupo são geralmente satisfatórias, e a qualidade das relações pessoais são cruciais ao bem-estar individual e social por permitirem aos participantes vivenciar e compartilhar a troca de experiências com outras pessoas (CHOI *et al.*, 2017). Desse modo, a interação social vem se destacando com um papel crucial na prática de exergames, sendo a motivação social a principal razão da promoção e engajamento do idoso ao exercício físico, na melhoria sua capacidade funcional (WU; LI; THENG, 2015).

## Considerações finais

A perspectiva da prática de exergames, sendo executada individualmente ou coletiva, vem auxiliando na aceitação do idoso, engajando-o no jogo e aderindo à prática de exercícios e atividades físicas como um todo.

Na prática individual, o jogador pode se sentir engajado na melhora de seu desempenho e na coletiva, envolvido em uma interação social de cooperação ou competição. Por sua vez, o engajamento reduz as taxas de abandono, auxiliando para a manutenção da capacidade funcional por meio da prática de exercício físico.

Neste sentido, soluções inovadoras devem ser propostas para aumentar a adesão aos exercícios físicos pelos idosos.

## Referências

- ABIZANDA, P. *et al.* Effects of an oral nutritional supplementation plus physical exercise intervention on the physical function, nutritional status, and quality of life in frail institutionalized older adults: The ACTIVNES study. *Journal of the American Medical Directors Association*, v. 16, n. 5, p. 439.e9-439.e16, 2015.
- BALSALOBRE-FERNÁNDEZ, C. *et al.* Movement velocity in the chair squat is associated with measures of functional capacity and cognition in elderly people at low risk of fall. *PeerJ*, v. 6, p. e4712, 30 abr. 2018.
- BAMPAROPOULOS, G. *et al.* Towards exergaming commons: Composing the exergame ontology for publishing open game data. *Journal of Biomedical Semantics*, v. 7, n. 1, p. 4, 9 dez. 2016.
- BENZING, V.; SCHMIDT, M. Cognitively and physically demanding exergaming to improve executive functions of children with attention deficit hyperactivity disorder : a randomised clinical trial. *BMC Pediatrics*, p. 1–8, 2017.
- BIRD, M.-L. *et al.* Exposure to “Exergames” Increases Older Adults’ Perception of the Usefulness of Technology for Improving Health and Physical Activity: A Pilot Study. *JMIR Serious Games*, v. 3, n. 2, p. e8, 27 nov. 2015.

BRONNER, S. *et al.* Physiological and psychophysiological responses to an exer-game training protocol. *Journal of Science and Medicine in Sport*, v. 19, n. 3, p. 267–271, 1 mar. 2016.

BROX, E. *et al.* Experience with a 3D Kinect Exergame for Elderly. *Proceedings of the International Conference on Health Informatics*, n. January, p. 231–238, 2015.

CHOI, Y. *et al.* Effects of a change in social activity on quality of life among middle-aged and elderly Koreans: Analysis of the Korean longitudinal study of aging (2006-2012). *Geriatrics & Gerontology International*, v. 17, n. 1, p. 132–141, 1 jan. 2017.

DIAMOND, A. Effects of Physical Exercise on Executive Functions: Going beyond Simply Moving to Moving with Thought. *Annals of Sports Medicine and Research*, v. 2, n. 1, p. 1011, 19 jan. 2015.

GSCHWIND, Y. J. *et al.* The effect of sensor-based exercise at home on functional performance associated with fall risk in older people - A comparison of two exergame interventions. *European Review of Aging and Physical Activity*, v. 12, n. 1, p. 11, 30 dez. 2015.

HARRIS, D. M. *et al.* Exergaming as a viable therapeutic tool to improve static and dynamic balance among older adults and people with idiopathic Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. v. 7, n. September, 2015.

HASSELMANN, V. *et al.* Are exergames promoting mobility an attractive alternative to conventional self-regulated exercises for elderly people in a rehabilitation setting? Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2015.

HIRASE, T. *et al.* Effects of a Balance Training Program Using a Foam Rubber Pad in Community-Based Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, v. 38, n. 2, p. 62–70, 2015.

HÖCHSMANN, C. *et al.* Mobile Exergaming for Health-Effects of a serious game application for smartphones on physical activity and exercise adherence in type 2 diabetes mellitus-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, v. 18, n. 1, p. 103, 6 dez. 2017.

HOLROYD-LEDUC, J. *et al.* Giving voice to older adults living with frailty and their family caregivers: engagement of older adults living with frailty in research, health care decision making, and in health policy. *Research Involvement and Engagement*, v. 2, n. 1, p. 23, 17 dez. 2016.

JAARSMA, T. *et al.* Increasing exercise capacity and quality of life of patients with heart failure through Wii gaming: the rationale, de-

sign and methodology of the HF-Wii study; a multicentre randomized controlled trial. *European Journal of Heart Failure*, v. 17, n. 7, p. 743–748, 1 jul. 2015.

JOO, L. Y. *et al.* A feasibility study using interactive commercial off-the-shelf computer gaming in upper limb rehabilitation in patients after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, v. 42, n. 5, p. 437–441, 2010.

KIM, J. *et al.* Contribution of Leisure-Time Physical Activity on Psychological Benefits Among Elderly Immigrants. *Applied Research in Quality of Life*, v. 11, n. 2, p. 461–470, 11 jun. 2016.

MACE, M. *et al.* Balancing the playing field : collaborative gaming for physical training. p. 1–18, 2017.

MARSTON, H. R. *et al.* The design of a purpose-built exergame for fall prediction and prevention for older people. *European Review of Aging and Physical Activity*, v. 12, n. 1, p. 13, 8 dez. 2015.

MOÇO, V. J. R. *et al.* Pulmonary function, functional capacity and quality of life in adults with cystic fibrosis. *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, v. 21, n. xx, p. 198–202, 2015.

MOORE, R. C. *et al.* Functional Capacity in Schizophrenia and Bipolar Disorder. v. 169, n. 0, p. 121–127, 2016.

NGUYEN, H. *et al.* Impact of Serious Games on Health and Well-being of Elderly: A Systematic Review. *Proceedings of the 50th Hawaii International Conference on System Sciences*, p. 3695–3704, 2017.

OESCH, P. *et al.* Functional Capacity Evaluation : Performance of Patients with Chronic Non-specific Low Back Pain Without Waddell Signs. *Journal of Occupational Rehabilitation*, p. 257–266, 2015.

RHODES, R. E.; KATES, A. Can the Affective Response to Exercise Predict Future Motives and Physical Activity Behavior? A Systematic Review of Published Evidence. *Annals of Behavioral Medicine*, v. 49, n. 5, p. 715–731, 29 out. 2015.

SANSRIMAHACHAI, W.; TOAHCHOODEE, M. Mobile-phone based immobility tracking system for elderly care. *IEEE Region 10 Annual International Conference, Proceedings/TENCON*, p. 3550–3553, 2017a.

\_\_\_\_. Mobile-phone based immobility tracking system for elderly care. *IEEE Region 10 Annual International Conference, Proceedings/TENCON. Anais...IEEE*, nov. 2017b. Disponível em: <<http://ieeexplore.ieee.org/document/7848718/>>. Acesso em: 2 abr. 2018

SCHÄTTIN, A. *et al.* Adaptations of prefrontal brain activity, executive functions, and gait in healthy elderly following exergame and

balance training: A randomized-controlled study. *Frontiers in Aging Neuroscience*, v. 8, n. NOV, p. 278, 23 nov. 2016.

CHOEPPE, S. *et al.* Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, v. 13, n. 1, 2016.

SHIH, C. H. A standing location detector enabling people with developmental disabilities to control environmental stimulation through simple physical activities with Nintendo Wii Balance Boards. *Research in Developmental Disabilities*, v. 32, n. 2, p. 699–704, 2011.

SILVA, V. *et al.* Wii-based exercise program to improve physical fitness, motor proficiency and functional mobility in adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, v. 61, n. 8, p. 755–765, ago. 2017.

SINK, K. M. *et al.* Effect of a 24-month physical activity intervention vs health education on cognitive outcomes in sedentary older adults: The LIFE randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, v. 314, n. 8, p. 781–790, 2015.

TAKAGI, A. *et al.* Physically interacting individuals estimate the partner's goal to enhance their movements. *Nature Human Behaviour*, v. 1, n. 3, p. 54, 6 mar. 2017.

VETTE, F. DE *et al.* Engaging Elderly People in Telemedicine Through Gamification. *JMIR serious games*, v. 3, n. 2, p. e9, 18 dez. 2015.

VORUP, J. *et al.* Effect of small-sided team sport training and protein intake on muscle mass, physical function and markers of health in older untrained adults: A randomized trial. *PLOS ONE*, v. 12, n. 10, p. e0186202, 10 out. 2017.

WU, Z.; LI, J.; THENG, Y.-L. Examining the Influencing Factors of Exercise Intention Among Older Adults: A Controlled Study Between Exergame and Traditional Exercise. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, v. 18, n. 9, p. 521–527, 2015.

# 10

## Avaliação da atividade física em idosos com o uso do IPAQ NO Brasil: uma revisão bibliográfica

*Marluce de Oliveira Muhl*

*Eliane Lucia Colussi*

*Paulo Roberto Grafitti Colussi*

### Introdução

As projeções apontam que em 2050 a população idosa brasileira será a quinta maior do planeta. Dessa forma, cresce a preocupação para com as pessoas dessa faixa etária (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Sabe-se que o envelhecimento é acompanhado por múltiplos processos de fragilização, e tais problemas deverão receber atenção e solução. No entanto, ser idoso não significa ser incapaz ou dependente. Opostamente a isso, a proteção de sua capacidade funcional é um dos aspectos que os torna mais ativos e, conseqüentemente, com menos limitações, cada vez mais saudáveis e independentes (CHOI *et. al.*, 2017).

A atividade física (AF) atua na prevenção, tratamento e guia em resposta à vida sedentária do idoso e da sociedade,

proporcionando tratamento adequado, preferencialmente por uma equipe multidisciplinar que poderá elaborar um plano de ação solucionando problemas identificados, promovendo assim um aumento de qualidade de vida e o envelhecimento bem-sucedido.

A AF deve ser estimulada em todas as idades por ser uma excelente forma de prevenção à saúde, trazendo grandes benesses aos domínios fisiológico, emocional e social. Dentre as funções da AF, as motoras destacam-se pela sua atuação nas áreas de esportes, educação, lazer e saúde, com ampla capacitação técnica, conceitual e contextual. Além disso, busca interceder com ações preventivas para garantir ao idoso uma vida saudável e preservar sua capacidade funcional, socializar, sentir prazer e reduzir o estresse. Estão entre as motivações em alta, nessa faixa etária, deixando os fatores estéticos e de competição com menores índices (MOLANOROUZ; KHOO; MORRIS, 2015).

Uma pessoa ativa tende a ter menor impacto nas limitações físicas. Ela necessita de autoestima, dignidade e autonomia para conservar suas competências psicológicas, sociais e biológicas. Assim, a AF é fundamental no auxílio deste processo, mantendo o indivíduo ativo mais tempo.

A AF está crescentemente reconhecida pelos benefícios físicos, psicológicos e sociais resultantes de sua prática, favorecendo e dando suporte à independência, saúde e qualidade de vida do idoso. Dessa forma, ela pode reduzir o uso dos serviços de saúde e de medicamentos. A seguir será apresentado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ).

## Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

Estudos importantes foram realizados com a utilização do Questionário Internacional de Atividade Física, trazendo resultados em termos de variedade e abrangência. Este instrumento é validado em diversos países e contém uma boa validade, reprodutibilidade e confiabilidade nos estudos que avaliam AF em idosos no Brasil e no mundo.

Tal questionário foi desenvolvido e validado com reprodutibilidade de uso internacional para medição da AF, o que consente em um levantamento mundial sobre o predomínio da AF. Tem coeficientes de validade e reprodutibilidade similares a outros instrumentos, possibilitando levantamento de grandes grupos populacionais, ótima oportunidade para comparações internacionais. O IPAQ tem precisão, fácil aplicação e baixo custo em três versões, a curta, a longa e a adaptada para idosos.

### IPAQ: versão curta

Possui sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física.

### IPAQ: versão longa

Possui 27 questões, divididas em cinco domínios (atividades físicas no trabalho; atividades físicas como meio de transporte; atividades físicas em casa: tarefas domésticas e família; atividades físicas de recreação, esporte, exercício

físico e de lazer; e tempo gasto sentado). Foi desenvolvido para medir a atividade física relacionada à saúde.

## IPAQ: adaptado para idosos

Possui 15 questões e está, a exemplo da versão longa, subdividido nos mesmos cinco domínios (Atividades físicas no trabalho; atividades físicas como meio de transporte; atividades físicas em casa: tarefas domésticas e família; atividades físicas de recreação, esporte, exercício físico e de lazer; e tempo gasto sentado).

## O uso do IPAQ em idosos brasileiros: alguns estudos e resultados

Para se avaliar AF subjetivamente, deve-se utilizar instrumentos já validados. Essa população específica possui dificuldades de entendimento e recordação. Sua percepção de intensidade de um exercício é diferente da de uma pessoa jovem. Além disso, apresentam várias possibilidades de AF, estabelecidas por sua cultura e circunstância de benefício. Por isso, há a sugestão de que os registros sejam em unidades de tempo, e não metabólicas (METs), que o questionário seja feito em forma de entrevista, sendo evitada a utilização de diários (BARROS; NAHAS, 2003).

É de suma importância que estudos epidemiológicos abordando AF e QV sejam abordados no Brasil. No entanto, ainda existem poucos. A AF é eficaz na prevenção para a maioria das doenças que acometem os indivíduos na fase idosa, e pode impactar grandemente na qualidade de vida. Somente estudos com amostras representativas podem mostrar a verdadeira situação de uma população, incluindo estudos em municípios, estados e de amplitude nacional.

Apesar do IPAQ não se tratar de um instrumento específico para idosos, foi feita sua validação com a versão oito do IPAQ longo, ferramenta usual por Benedetti et al., (2004); Benedetti et al., (2002) para idosos brasileiros. Sendo utilizado o pedômetro e o diário de atividade física (DAF) como referência, em uma amostra de 41 mulheres e 29 homens acima de 60 anos. Os resultados foram alta reprodutibilidade e baixa validade. Mesmo assim, os valores encontrados foram superiores aos observados em outros estudos. Isso se explica talvez pela forma de aplicação, que foi uma entrevista individual, o que pode ter melhorado a estabilidade da medida (RABACOW *et. al.*, 2006).

Foram encontrados resultados similares aos internacionais, conforme Matsudo *et. al.* (2001) e a outros instrumentos que mensuram o nível de atividade física (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004). Um estudo de validade e reprodutibilidade do IPAQ foi realizado no Brasil e aplicado em adultos, sendo coordenado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – SP.

Já Dos Santos (2015), em estudo de revisão sistemática, verificou as produções científicas em relação ao comportamento sedentário dos idosos, identificando lacunas nos estudos em relação aos pontos de corte para definição da quantidade de tempo sentado (riscos à saúde), definição operacional universal e falta de padrões de instrumentos. Os resultados demonstraram que nos últimos anos há um aumento crescente de estudos sobre o comportamento sedentário com pessoas idosas e, por ser uma temática recente a ser estudada, ainda faltam instrumentos, sendo que, uma opção para avaliação do comportamento sedentário dentro dos questionários de Atividade Física, como o IPAQ.

Bazzanella; Piccoli e Quevedo (2015) realizaram estudo de caráter descritivo e de corte transversal com 58 idosas

selecionadas através de uma amostragem de conveniência, com idade igual e superior a 80 anos, participantes do Programa de Saúde para Adulto e Terceira Idade, da cidade de Caxias do Sul – RS. Constataram que as atividades físicas realizadas em diferentes domínios do IPAQ-Old, 100,0% das idosas foram classificadas como insuficientemente ativas.

Outro estudo que utilizou o IPAQ foi de Vagettiet al. (2015), que avaliou o volume semanal e a frequência de atividade física moderada a vigorosa (AFMV) em estudo de abordagem transversal de 1806 mulheres idosas do interior do Brasil. O estudo conclui que submeter e incentivar os idosos a caminhadas e atividade física por pelo menos 150 minutos, distribuídos vários dias por semana, ajudam a aumentar a QV.

Brandão *et. al.* (2018) fizeram um estudo randomizado controlado, no Nordeste do Brasil, com amostragem de 131 idosos, com 60 anos ou mais, e uma média de idade  $68 \pm 7$  anos, sendo 88% do sexo feminino. De forma casual foram direcionados para um grupo de intervenção e um grupo controle. Vários instrumentos foram utilizados, entre eles o IPAQ. No estudo todos os participantes foram avaliados antes e depois do período da intervenção de 12 semanas sendo que os avaliadores eram cegos. O Grupo de Intervenção demonstrou significativa melhora na qualidade do sono e em todos os seus 7 componentes de avaliação. Os resultados recomendam como eficazes exercícios domiciliares semi-supervisionados para melhoria da qualidade do sono e sonolência diurna autorreferida dos idosos sedentários da comunidade que apresentaram distúrbios do sono do referido estudo.

Já Carvalho *et. al.* (2010) avaliaram em seu estudo transversal o nível de AF e QV juntamente com os fatores associados em 271 idosas de 60 anos ou mais média etária de  $67,4 \pm 5,3$  anos, frequentadoras de um centro de lazer em

Campinas - SP. Utilizando o IPAQ versão oito adaptados para idosos e WHOQOL-OLD (Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde), dentre os resultados ser frequentadora de um centro de lazer, ter maior idade, não ter companheiro, ter maior escolaridade e ter boa autopercepção de seu estado de saúde, não ter antecedentes de doenças e ter maior renda foram características que se incorporaram consideravelmente às práticas de exercícios físicos de intensidade moderada/vigorosa. Elas gastam muito tempo na posição sentada. É evidente a magnitude da prática de EF de intensidade moderada/vigorosa, para a conquista de uma boa QV.

Em estudos como de Do Espírito Santo (2017) foram avaliados parâmetros eletromiográficos da fadiga neuromuscular em extensores de joelho e sua associação com características clínicas, funcionais e emocionais em pacientes com artrite reumatoide (AR), em Porto Alegre - RS. Participaram do estudo 38 pacientes com AR, com média de idade de 51,0 +-8,2 anos. Parâmetros eletromiográficos MDF foram correlacionados com as percepções dos domínios de fadiga, idade, funcionamento físico e vitalidade do SF-36, e níveis de atividades físicas nesta amostra. Os resultados mostram que fatores musculares primários precisam ser considerados quando existe a fadiga percebida em pacientes, comandam. Supõe-se que futuras pesquisas relacionadas à atividade física e qualidade de vida serão realizadas acerca destes dados.

Da Silva (2014), comparou dados de 2003 e 2010, em idosos que vivem no Sul do Brasil. Constatou que o número de adultos ativos diminuiu, homens mais ativos do que as mulheres e a atividade física no lazer são estáveis. Porém, os participantes de renda alta estão se tornando menos ativos ao passar do tempo. Já Nunes *et. al.*, (2015), em seu estudo

entre 2003 e 2008 em São Paulo, constataram também que os homens são mais ativos que as mulheres, tanto no lazer como no trabalho, porém, as mulheres, no lar. Relacionando com a escolaridade, viu-se que os que menos praticam atividade física são os de baixo grau de instrução.

## Considerações finais

A atividade física é qualquer movimento do corpo decorrente da contração muscular, e pode ser realizada em diversos ambientes. O envelhecimento é um processo lento, progressivo e inevitável. Devemos incentivar a AF e preparar nosso corpo para um envelhecimento saudável, visto que ela impacta grandemente na qualidade de vida. Para tanto é necessário motivar os mais novos a criar o hábito de praticar AF regulares desde cedo, e incentivar aos idosos a manterem-se ativos.

No Brasil, poucos estudos abordam a epidemiologia da atividade física e da qualidade de vida em idosos. Observa-se que somente estudos com amostras representativas podem mostrar a verdadeira situação de uma população, incluindo estudos de base domiciliar realizados em municípios, estados e de amplitude nacional.

O IPAQ é um instrumento validado em diversos países, o que pode facilitar um comparativo, bem como, pode abranger um grande grupo populacional, ser de fácil aplicação, baixo custo e também, ser um instrumento de precisão em três versões.

## Referências

BARROS, M. V. G., NAHAS M. V. *Medidas de atividade física: teoria e aplicação em diversos grupos populacionais*. Midiografic. Londrina, edição 1, 2003.

BAZZANELLA, N.A.L., PICCOLI, J.C.J., QUEVEDO, D.M. Qualidade de vida percebida e atividade física: um estudo em idosas acima de 80 anos participantes de um programa municipal de saúde da terceira idade na serra gaúcha, RS. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 249-270, 2015.

BENEDETTI, T. R. B., *et al.* Internacional de Atividades Físicas: validade concorrente e reprodutibilidade para homens idosos. *XXV Simpósio Internacional de Ciências do Esporte*. Novas Fronteiras para o Movimento. São Paulo, n. 25, p. 103, 2002.

BENEDETTI, T. R. B., MAZO G. Z., BARROS M. V. G. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste reteste. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*. Brasília, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004.

BRANDÃO, G. S. *et al.* Home exercise improves the quality of sleep and daytime sleepiness of elderlies: a randomized controlled trial. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*. Bahia, v. 13, n. 2, jan. 2018.

CARVALHO, E. D. *et al.* Atividade física e qualidade de vida em mulheres com 60 anos ou mais: fatores associados. *Revista Brasileira de Ginecologiae Obstetrícia*. Campinas (SP); v. 32, n 9, p.433-40, 2010.

CHOI, M. *et al.* Physical activity, quality of life and successful ageing among community-dwelling older adults. *International Council of Nurses*, v. 64, edição 3, p. 396-404, setembro 2017, <<http://onlinelibrary-wiley.ez116.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1111/inr.12397/full>>

SILVA, I.C. *et al.* Tendências da atividade física no lazer em uma cidade do sul do Brasil: 2003-2010. *Journal of Physical Activity & Health*, v. 11, e. 7, p. 1313-7. Setembro, 2014.

SANTOS, R. G. *et al.* Comportamento Sedentário em Idosos: Uma Revisão Sistemática. *Motricidade*. Vol. 11, n. 3, p. 171-186. Minas Gerais, 2015.

MATSUDO, S. M. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Atividade Física e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001, <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931/1222>>

MIRANDA, G. M. D., MENDES, A. C. G., SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, março 2016.

MOLANOROUZI K, KHOO S, MORRIS T. Motives for adult participation in physical activity: type of activity, age, and gender. *BMC Public Health*. 2015; v. 15, n. 66, p. 1-12.

NUNES, A. P. O. B., *et al.* Domínios de atividade física e escolaridade em São Paulo, Brasil: estudo transversal seriado, 2003 e 2008. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1743-1755, ago. 2015.

RABACOW, F., *et al.* Questionários de medidas de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 8, n. 4, p. 99-106, 2006.

VAGETTI, G. C. *et al.* The Association Between Physical Activity and Quality of Life Domains Among Older Women. *Journal of Aging and Physical Activity*, v. 23, n. 4, p. 524-533, out. 2015.

# 11

## Doenças crônicas em idosos e o papel da saúde pública na prevenção e no tratamento

*Raquel Debon*

*Joane Diomara Coleone*

*Ana Carolina Bertoletti De Marchi*

### Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial devido à diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, associado ao aumento da expectativa de vida. Envelhecer é um fenômeno populacional que apresenta modificações morfológicas, fisiológicas e psicológicas, as quais determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo no meio em que vive, sendo este um processo dinâmico e progressivo (MACHADO *et al.*, 2017), que vem associado a um aumento das doenças crônico-degenerativas (PIMENTA *et al.*, 2015).

O aumento no número de idosos reflete também no aumento das complicações de saúde desta população. O número de idosos com algum tipo de Doença Crônica Não

Transmissível (DCNT) tem crescido rapidamente com progressão gradual, podendo afetar e reduzir a autonomia e a independência deste público. Com isso, apresentam maior vulnerabilidade para o surgimento de incapacidades na saúde (MACHADO *et al.*, 2017).

Tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, o envelhecimento populacional acarreta transformações na incidência e na prevalência das doenças, aumentando os óbitos causados pelas DCNT. As DCNT constituem o principal problema de saúde na atualidade, principalmente quando o foco é o idoso. Desta forma, fazem-se necessárias políticas públicas integradas para a abordagem específica com idosos, acarretando em desafios para os sistemas de saúde (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Existem serviços assistenciais aos idosos promovidos pelas unidades de saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por equipes multiprofissionais. O intuito é promover, proteger e recuperar a saúde ao nível de atenção primária, como o programa Hiperdia, para diabéticos e hipertensos, no qual são promovidos encontros semanais com assuntos direcionados a essa temática, além de grupos que auxiliam na cessação do uso de tabaco (PIMENTA *et al.*, 2015).

Com o avançar da idade, a população tende a se tornar mais vulnerável a determinadas patologias, sejam elas consideradas infectocontagiosas ou crônico degenerativas (VERAS; OLIVEIRA, 2018). Com isso os idosos necessitam de maior atenção já que estão mais susceptíveis a essas patologias.

Os profissionais que trabalham junto a ESF - médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos - precisam atuar de forma competente integrada junto aos portadores de DCNT. A equipe deve trabalhar de forma mul-

tidisciplinar, com ações de promoção e prevenção, e também com tratamento adequado e individualizado para cada um, atendendo as diretrizes e os princípios do SUS (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Diante do contexto acima, este capítulo tem como objetivo discutir sobre a importância da saúde pública na prevenção e no tratamento de doenças crônicas em idosos.

## Principais doenças crônicas em idosos

Entre as DCNT mais comuns em idosos destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que associadas são consideradas um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais, doenças cardíacas e cerebrovasculares (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). O aumento da incidência e prevalência de DCNT representa um grave problema de saúde pública por estarem associadas frequentemente a complicações que envolvem altos custos com tratamentos, além de comprometerem a produtividade e qualidade de vida das pessoas. Este aumento é reflexo da expectativa de vida que vem crescendo e da atual transição demográfica, epidemiológica e nutricional da população (AZEVEDO et al., 2018).

Outras DCNT que acometem os idosos em menor proporção são o câncer, doenças respiratórias, mentais e inflamatório-reumáticas, que quando somadas à HAS e ao DM, aumentam as consequências no processo saúde-doença da população idosa (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

## Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda um dos mais pertinentes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. É responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, entre as pessoas idosas, é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos. Para o Ministério da Saúde, a hipertensão não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento.

A prevalência da hipertensão se correlaciona diretamente com a idade, sendo mais presente entre as mulheres e nas pessoas com sobrepeso ou obesidade. Por ser um problema silencioso, deve ser investigado sistematicamente, mesmo quando os resultados iniciais apresentam-se normais (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A adoção de um estilo de vida saudável é um importante aliado para a manutenção da PA nos níveis recomendados. Contudo, os hábitos saudáveis precisam ser adotados desde a infância, sendo as principais recomendações não medicamentosas: a alimentação saudável, a prática de atividade física, a redução do consumo do sódio e de álcool, e o não consumo do tabaco (CARVALHO MALTA *et al.*, 2016).

O tratamento da hipertensão e a prevenção das complicações crônicas exigem uma abordagem multiprofissional. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial necessita de um processo contínuo de motivação para que a

pessoa não abandone o tratamento (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Algumas iniciativas na área já estão sendo implementadas, como o uso de tecnologias e-Health. As soluções e-Health utilizam tecnologias computacionais para auxiliar nos cuidados com a saúde e se tornaram uma ferramenta importante para o monitoramento das condições de saúde (WANG *et al.*, 2014). Aplicativos como o BMAP foram desenvolvidos para hipertensos visando controlar a HAS através de mudanças nas condições de saúde (ASHOOR-KHANI *et al.*, 2016), e recentemente Veiga (2017) criou o e-Lifestyle, um sistema que tem como objetivo auxiliar na promoção de um estilo de vida saudável em pacientes hipertensos, a partir do monitoramento das condições de saúde.

## Diabetes Mellitus

O DM é caracterizado por um quadro de hiperglicemia causado por falhas e irregularidades na secreção e ação da insulina. A DM2 é uma doença altamente limitante, gerando como consequências a longo prazo a disfunção e a falência de vários órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BARBOSA *et al.*, 2015; SILVA, 2010). Portadores desta doença têm maior risco de hipertensão arterial, doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral, ou ainda desenvolver neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual, acometendo comumente os idosos (RAMOS *et al.*, 2017).

A prevalência de diabetes vem crescendo em grandes escalas a nível mundial, resultado da transição demográfica associada à urbanização e aos estilos de vida não saudáveis, como alimentação inadequada e sedentarismo, que levam a alterações metabólicas e excesso de peso. A mudança de estilo de vida com a prática de atividades físicas e alimentação

saudável pode prevenir o desenvolvimento de diabetes mel-litus tipo 2. Esta patologia envolve inúmeras comorbidades, complicações e incapacidades, afetando a vida social e ocupacional dos portadores desta doença, acarretando custos diretos e indiretos para a sociedade (MALTA *et al.*, 2017).

O DM destaca-se por sua prevalência e incidência cada vez maiores, considerado em âmbito nacional e internacional como uma das principais síndromes de evolução crônica. É identificado pela hiperglicemia e ocasionado por uma deficiência absoluta e/ou relativa de insulina. O DM influencia o controle metabólico e glicêmico, podendo acarretar complicações agudas e crônicas (NUNES *et al.*, 2018).

O envelhecimento da população é outro fator que acarreta o aumento do DM no mundo. Tudo isso tem gerado um alto custo social e financeiro, tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde, estando o diabetes associado a complicações como insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, doença cardiovascular, entre outras. Com essas complicações crônicas, o paciente diabético tem prejuízos na sua capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2017).

A mortalidade por diabetes em idosos foi de 18,7% nas últimas décadas. O Ministério da Saúde considera que os hábitos de vida saudáveis são essenciais para o tratamento do diabetes. Cerca de 9% dos gastos com internações hospitalares na rede pública brasileira são para o tratamento desta doença (SILVA *et al.*, 2016). Estima-se que 5,1 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram em decorrência do diabetes em 2013 (GUARIGUATA *et al.*, 2014). Até 2030, o DM pode saltar de nona para sétima causa mais importante de morte em todo o mundo. Grande parte das complicações desta doença pode ser evitada com a atenção primária de qualidade (SHAW; SICREE; ZIMMET, 2010).

## Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares (DCV) fazem parte de um grupo chamado de DCNT, sendo mais comuns as isquêmicas do coração, acidente vascular encefálico (AVE) e doença vascular periférica (DVP) (NOGUEIRA *et al.*, 2018). As DCV afetam a maioria da população idosa devido a vulnerabilidade que a idade representa (ROTH *et al.*, 2015).

A doença reduz significativamente a produtividade, ocasionando incapacidades, efeitos adversos na qualidade de vida e custos materiais diretos aos pacientes e familiares, além de um importante impacto financeiro sobre o sistema de saúde (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2013).

O processo de envelhecimento tem recebido grande atenção mundial e ações são direcionadas aos idosos, estimulando a prática de exercícios para assim reduzir os efeitos das doenças crônico-degenerativas, permitindo maior qualidade de vida (VENTURELLI *et al.*, 2015).

Entre os fatores de risco que provocam o desenvolvimento das DCV também se encontram as dislipidemias, que são distúrbios do metabolismo lipídico, com repercussões sobre os níveis das lipoproteínas na circulação sanguínea. Altos níveis de triglicerídeos (TG) e de lipoproteína de baixa densidade (LDL-Colesterol) associados a baixos níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL-Colesterol) no sangue costumam estar relacionados com a obesidade abdominal (SILVA; ZANESCO, 2010).

As doenças cardiovasculares e os fatores de risco associados constituem um problema de saúde pública, sendo necessária a implantação de ações de promoção da saúde (ROTH *et al.*, 2015). Tais ações visam incentivar os idosos a prática de exercícios físicos e na alimentação saudável diariamente.

## Doenças respiratórias

As doenças respiratórias crônicas representam cerca de 7% da mortalidade global, o que corresponde a 4,2 milhões de óbitos anuais (CARVALHO MALTA *et al.*, 2015). Em 2011 foram a terceira causa de morte no conjunto de doenças crônicas não transmissíveis. As principais doenças crônicas respiratórias são: doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), hipertensão pulmonar, doenças relacionadas ao trabalho, asma e estados alérgicos. A DPOC está entre as principais causas de óbito devido a sua alta prevalência e caráter progressivo, ocasionado pelo uso prolongado de tabaco no decorrer da vida (PIMENTA *et al.*, 2015).

O maior sucesso na prevenção de doença respiratória crônica é o controle do tabagismo, que inclui restrição de propaganda, advertências com fotos ilustrativas nos maços de cigarros, programa gratuito de apoio à cessação do tabagismo e legislação para ambientes livres de cigarro, ações essas que auxiliam ao não uso de cigarros por parte da população (WHO, 2010).

Os idosos, particularmente, trazem consigo toda a experiência e as consequências da idade, o que faz com que determinadas etiologias evoluam para quadros que se mostram com maior gravidade, podendo até culminar em óbitos (SEASONALITY *et al.*, 2018). Por sua vez, eles presenciaram uma época na qual o tabagismo estava presente e sua grande maioria fazia uso do mesmo, o que hoje acarreta o número aumentado com doenças respiratórias.

## Saúde Pública e as DCNT

Uma forma eficiente de atender as necessidades dos idosos com doenças crônicas é aprimorar a Atenção Primária

em Saúde. Dificilmente consegue-se alcançar assistência de qualidade para estas doenças em cenários de cuidados primários, uma vez que o sistema está focado no tratamento de afecções ou complicações agudas (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). Os cuidados com as DCNT poderiam ser melhorados se os sistemas de oferta enfatizassem os cuidados primários, abrangendo a assistência e o estado geral de saúde dos pacientes idosos atendidos pela ESF e unidades básicas de saúde (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

A vigilância da DCNT é uma ação de grande relevância em saúde pública, pois é uma ferramenta que possibilita conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população e identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais, com o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução e a avaliação da prevenção e do controle (CARVALHO MALTA et al., 2015).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde implementou uma política para prevenção e promoção da saúde para as doenças crônicas mais prevalentes nos idosos e elaborou o Plano de Ações Estratégicas no enfrentamento das DCNT no Brasil (BRASIL, 2011)

É competência da Atenção Básica a realização de ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos portadores de DCNT, em especial os idosos, vinculando-se e responsabilizando-se pelos usuários de forma integral, realizados por uma equipe multiprofissional (BRASIL, 2011).

Em comparação com outros países, como Cuba, os avanços econômicos, sociais e de saúde desde a década de 1960 contribuíram para o desenvolvimento de um sistema de saúde público extenso e bem dotado, com garantia de cobertura universal e acesso efetivo aos serviços, que se assemelha ao

dos países desenvolvidos. Nesse país o controle da HAS é de 36% (LANDROVE-RODRÍGUEZ *et al.*, 2018).

Nas Américas, somente em três países o controle da hipertensão em nível populacional é superior a 35% (Cuba, Estados Unidos da América e Canadá), que é o compromisso adotado pelos Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde em 2019 (JOFFRES *et al.*, 2013). No Brasil, os dados demonstram a dificuldade no controle das DCNT com aumento da mortalidade. As doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (SIEGEL; PATEL; ALI, 2014).

A abordagem integral das DCNT inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), a partir da articulação de ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica (MALTA; MERHY, 2010). É papel da equipe multiprofissional dar atenção e atendimento ao idoso conforme suas necessidades, seja em seu domicílio ou dentro da própria unidade de saúde

O diagnóstico precoce da doença auxilia os profissionais na forma de tratamento dentro da saúde pública, diminuindo gastos e aumentando a qualidade de vida dos idosos portadores de DCNT. São as ESF que têm o papel de alertar a população através de feiras de saúde e divulgação na mídia das principais doenças e formas de prevenção e tratamento (JAIN; SINGH, 2018).

## Considerações Finais

As DCNT acometem grande proporção de idosos no Brasil e no mundo, fazendo com que as políticas públicas de saúde busquem soluções para o tratamento e prevenção des-

sas doenças. Neste cenário, as ESF são responsáveis por essas ações, através de programas voltados para esse público.

A equipe multiprofissional precisa realizar ações educativas voltadas para a mudança de comportamentos, assim como cuidados continuados, de longa duração, planejados de forma prospectiva e proativa e apoiados fundamentalmente na atenção primária à saúde. A capacitação do paciente é fundamental, de modo a desenvolver sua adesão, com apoio das famílias, metas de cuidado, bem como autonomia na solução de problemas e participação nos processos decisórios clínicos, sempre sobre supervisão das equipes de saúde.

Portanto, o atendimento ao idoso com DCNT deve dar ênfase na atenção primária à saúde junto as ESF. Do mesmo modo, deve ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional, por meio de medidas preventivas, diminuindo seus agravos, os gastos com internação e reinternação, como também com o tratamento.

## Referências

ASHOORKHANI, M. *et al.* Comparing the effectiveness of the BPMAP (Blood Pressure Management Application) and usual care in self-management of primary hypertension and adherence to treatment in patients aged 30–60 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, v. 17, n. 1, p. 511, dez. 2016.

AZEVEDO, P. R. DE *et al.* Health education shares in the context of chronic diseases: integrative review / Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 10, n. 1, p. 260, 9 jan. 2018.

BARBOSA, M. A. G. *et al.* Alimentação e diabetes mellitus: percepção e consumo alimentar de idosos no interior de Pernambuco. *Revista Brasileira em promoção da Saúde*, v. 28, n. 3, p. 370–378, set. 2015.

BARRETO, M. DA S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós : Gerontologia*; 2015.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: 2007.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planoacoesenfrentadent\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planoacoesenfrentadent_2011.pdf)>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CARVALHO MALTA, D. *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 25, n. 2, p. 1-2, 2016.

CARVALHO MALTA, D. I. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 Surveillance and monitoring of major chronic diseases in Brazil-National Health Survey, 2013. *REV BRAS EPIDEMIOL DEZ*, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015.

COSTA, A. F. *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 2, 2017.

GUARIGUATA, L. *et al.* Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 103, n. 2, p. 137-149, 1 fev. 2014.

JAIN, D.; SINGH, V. Feature selection and classification systems for chronic disease prediction: A review. *Egyptian Informatics Journal*, v. 19, n. 3, p. 179-189, 1 nov. 2018.

JOFFRES, M. *et al.* Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study Outcomes: *Stroke and IHD mortality rates were plotted against countries' specific prevalence data.* 2007.

LANDROVE-RODRÍGUEZ, O. *et al.* Enfermedades no transmisibles: factores de riesgo y acciones para su prevención y control en Cuba. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 42, p. 1-8, 3 maio 2018.

MACHADO, W. D. *et al.* Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência Ancianos con enfermedades crônicas no transmisibles: un estudio en grupos de convivencia. *Revista Ciência & Saberes - Facema.* [s.l.] Faculdade de Ciências e Tecnologia do Maranhão, nov. 2017.

MALTA, D. C. *et al.* Factors associated with self-reported diabetes according to the 2013 National Health Survey. *Revista de Saúde Pública*, v. 51, n. suppl 1, 2017.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 593–606, 17 set. 2010.

NOGUEIRA, M. *et al.* Risco cardiovascular em idosos Artigo Original. v. 31, n. 2, p. 1–9, 2018.

NUNES, L. B. *et al.* Adaptação cultural de um instrumento para avaliar as intervenções de educação terapêutica à pessoa com diabetes \*. n. 23, 2018.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. *et al.* Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 873–882, mar. 2013.

PIMENTA, F. B. *et al.* Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 8, p. 2489–2498, ago. 2015.

RAMOS, R. DE S. P. DA S. *et al.* Factors associated with diabetes among the elderly receiving care at a specialized gerontology-geriatric outpatient clinic. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 3, p. 363–373, maio 2017.

ROTH, G. A. *et al.* Demographic and Epidemiologic Drivers of Global Cardiovascular Mortality. *New England Journal of Medicine*, v. 372, n. 14, p. 1333–1341, 2 abr. 2015.

SEASONALITY, R. B. *et al.* Relationship between seasonality and mortality for pneumonia in elderly persons in a municipality of the state of paran . p. 144–157, 2018.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, v. 87, n. 1, p. 4–14, jan. 2010.

SIEGEL, K. R.; PATEL, S. A.; ALI, M. K. Non-communicable diseases in South Asia: contemporary perspectives. *British Medical Bulletin*, v. 111, n. 1, p. 31–44, 1 set. 2014.

SILVA, A. S.; ZANESCO, A. *Exercício físico, receptores  $\beta$ -adrenérgicos e resposta vascular Physical exercise,  $\beta$ -adrenergic receptors, and vascular response.* [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v9n2/07.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

SILVA, S. *Tratado de Alimentação Nutrição e Dietoterapia*. 2a ed. São Paulo: 2015.

SILVA, S. DE S. *et al.* Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em compara o aos usuários do Sistema  nico de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 10, out. 2016.

VEIGA, J. E. *Um sistema e-health para auxiliar na promoção de estilo de vida saudável em hipertensos*. [s.l.] Universidade de Passo Fundo, 2017.

VENTURELLI, M. *et al.* Effects of endurance, circuit, and relaxing training on cardiovascular risk factors in hypertensive elderly patients. *AGE*, v. 37, n. 5, p. 101, 17 out. 2015.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, jun. 2018.

# 12

## Senescência celular e doenças prevalentes no envelhecimento

*Daniela de Linhares Garbin Higuchi*

*Júlio César Stobbe*

*Ana Luisa Sant'Anna Alves*

### Introdução

O corpo humano apresenta uma complexidade extraordinária, com sistemas, órgãos e bilhões de células em constante processo de adaptação ou regeneração, e que cada população de células reage de forma diferente, de acordo com a dose, o tipo e o tempo de exposição a determinado estressor. Uma dose citotóxica extrema causará um dano tão importante, que as atividades bioquímicas celulares, incluindo danos a macromoléculas, estruturas celulares e organelas (AUFSCHNAITER;BÜTTNER, 2019), culmina com a morte celular por necrose. Alguns autores descrevem como o declínio progressivo da integridade funcional e da homeostase, culminando na morte celular (YU *et al.*, 2019). O nível do dano cumulativo sustentado pelas células determina se a morte celular programada (apoptose) ou a senescência celular poderá ocorrer (DE MAGALHÃES; PASSOS, 2018). Essa deterioração pode ser irreversível, uma vez que algu-

mas células são totalmente diferenciadas e insubstituíveis, como os neurônios, ou estruturas como o esqueleto, levando ao inevitável envelhecimento desses organismos (GALKIN *et al.*, 2019). Dessa forma, o envelhecimento é considerado o fator de risco mais importante para as principais doenças do estilo de vida, incluindo o câncer, distúrbios neurológicos e cardiometabólicos (DECLERCK;VANDENBERGHE, 2018) e também o mais crítico para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e suas complicações (KLOSKA *et al.*, 2019).

## Senescência Celular

O envelhecimento humano representa um processo complexo multifatorial que leva à deterioração das funções biológicas, afetando todos os seres vivos nos níveis molecular e celular (HADEM *et al.*, 2019).

A senescência celular foi descrita pela primeira vez por Hayflick e Moorhead na década de 1960 como a parada irreversível das células após o cultivo prolongado. O encurtamento de telômeros é o mecanismo chave que conduz à senescência replicativa em fibroblastos humanos (DE MAGALHÃES; PASSOS, 2018). A enzima celular transcriptase reversa telomerase regula o comprimento dos telômeros das células imunes, ora adicionando, ora atenuando o encurtamento do DNA telomérico aos telômeros, estando relacionado ao estado de estresse e vários distúrbios físicos e mentais (DE PUNDER *et al.*, 2019).

Posteriormente, trabalhos pioneiros de Olivier Toussaint e outros, mostraram que o estresse desempenha um papel importante na indução da senescência *in vitro*, um fenômeno conhecido como senescência prematura induzida por estresse, ou *SIPS*. As dificuldades em encontrarmos tecidos e marcadores específicos, torna o fenômeno pouco co-

nhecido em relação à senescência celular em humanos (DE MAGALHÃES; PASSOS, 2018). No envelhecimento cardíaco, um estudo com ratos evidenciou que modificações da expressão gênica podem interferir no controle da resposta imune (BARTLING *et al.*, 2019).

As células senescentes apresentam vários fenótipos comuns proeminentes além da parada irreversível do crescimento e resposta ausente aos fatores de crescimento. Uma morfologia celular aumentada e plana (NEUROHR *et al.*, 2019), aumento de massa intracelular, aumento na síntese de *RNA* mensageiro e proteínas, expressão alterada de genes específicos que incluem *p. 53* e *p. 21*, entre outros, e vários componentes de fenótipos secretores associados à senescência (*SASP*) são observados. Estudos sugerem que os produtos gênicos associados à senescência, a síntese e a secreção de componentes dos *SASP*, que funcionam como moduladores para a supressão tumoral, cicatrização de feridas, desenvolvimento embrionário e até promoção da tumorigênese, recentemente vem sendo melhor conhecidos em função de sua potencial ligação a doenças relacionadas à idade (BYUN *et al.*, 2015). Assim, os *SASP* parecem ser benéficos ou deletérios, dependendo do contexto biológico (WATANABE *et al.*, 2017). Sua regulação ocorre em múltiplos níveis, incluindo a remodelação da cromatina, a ativação de fatores de transcrição específicos, o controle da tradução de *RNA*m e tráfico intracelular (LOPES-PACIENCIA *et al.*, 2019).

Recentemente, o papel fundamental das sinalizações ligadas à mitocôndria, na mediação da atividade das células, torna-se cada vez mais reconhecido, incluindo a ativação das células tronco (GALKIN *et al.*, 2019). Também há evidências de que a atividade e/ou expressão de arginase (enzima) são perturbadas durante o envelhecimento (MORETTO; GIRARD; DEMOUGEOT, 2019). Polimorfismos do gene *KL*

(que codifica a enzima *Klotho* em humanos) têm sido implicados no envelhecimento saudável (ZHU *et al.*, 2019).

Os fatores associados ao envelhecimento das sociedades humanas modernas podem afetar mulheres grávidas e lactantes, e mostram-se capazes de modular adversamente a epigenética e outros caminhos, que contribuem para a programação do desenvolvimento de patologias relacionadas ao envelhecimento (CHEN *et al.*, 2019). Pesquisas com abordagens epigenéticas parecem poder prever quais exposições de vida colocam o ser humano em risco para doenças, e quais indivíduos serão mais suscetíveis a desenvolver condições patológicas específicas ao envelhecer. Trata-se da elaboração de estratégias de intervenção voltadas para a restauração dos distúrbios epigenéticos reversíveis, através de efeitos farmacológicos específicos e/ou nutricionais (GALKIN *et al.*, 2019).

Além disso, as modificações genéticas em seres humanos, realizadas em atuais ensaios clínicos nos EUA e China, observando as implicações éticas, legais e sociais da edição de genes baseada em *CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats)* para o uso seguro e adequado das tecnologias, também surgem como abordagens promissoras (PINEDA *et al.*, 2019). Ainda, algumas células podem escapar do destino do envelhecimento, com estratégias de reprogramação (*in vitro e in vivo*), oferecendo oportunidades reais de rejuvenescimento (GALKIN *et al.*, 2019).

## Doenças prevalentes no envelhecimento

O envelhecimento do corpo e da mente torna muitas vezes o idoso fisicamente frágil e socialmente isolado. A solidão traz alterações hormonais e liberação de neurotransmissores relacionados ao estresse, com consequências negativas

para a saúde, evidenciando que triagem e intervenção precoces nessa população são importantes (CAMPAGNE, 2019).

Ambas as respostas imunes inatas e adaptativas são afetadas com o envelhecimento, mostrando uma tendência a apresentar um “estado inflamatório crônico de baixo grau”, que também tem sido implicado na patogênese de muitas doenças relacionadas à idade, como a aterosclerose, doença de *Alzheimer*, osteoporose e *diabetes mellitus* (DM) (CASTELO-BRANCO;SOVERAL, 2014). Para alguns, a velhice é acompanhada por um número crescente de doenças cardiovasculares, cânceres e neurodegeneração (YU *et al.*, 2019).

O sistema nervoso central é o mais suscetível às alterações precoces do envelhecimento. Mudanças de hábito, atividade física e alterações no comportamento dietético são vistas como fatores de proteção, pois atuam direta ou indiretamente sobre a saúde cardiovascular (FUHRMANN *et al.*, 2019). Também a dieta do Mediterrâneo, uso de suplementos vitamínicos e a própria restrição dietética são abordagens propostas. Além de ser o órgão mais vulnerável, as alterações da estrutura, do metabolismo e fisiologia do cérebro levam ao comprometimento das funções cognitivas e neuromotoras (HADEM *et al.*, 2019).

A atual transição demográfica traz as Doenças de *Parkinson* (LAURETANI *et al.*, 2016) e *Alzheimer* como as de ordem neurodegenerativa mais comuns nos idosos. O *Alzheimer*, mais comum e de etiologia ainda desconhecida, encontra na demência a sua forma de manifestação mais frequente (NICHOLS *et al.*, 2019). O *Parkinson*, de etiologia conhecida, com possibilidade de manejo terapêutico nas fases iniciais, ainda está distante de tratamentos curativos (JIN *et al.*, 2019). Junto de outras condições neurológicas crônicas, são prevalentes após os 80 anos de idade e representam um grande desafio para os sistemas de saúde (GU *et*

*al.*, 2019; NIU *et al.*, 2017). Verifica-se que o declínio cognitivo e demência afetam 13% das pessoas com mais de 65 anos e quase 30% das pessoas com 85 anos de idade (ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER, 2016).

As doenças cerebrovasculares evidenciam que a idade avançada ainda é o principal fator de risco irreversível para acidente vascular cerebral e comprometimento cognitivo (CASTRO-COSTA *et al.*, 2019), sendo a hipertensão arterial sistêmica o principal fator de risco modificável; além disso, a possível co-herança de traços genéticos entre populações específicas pode estar associada às doenças cerebrovasculares (NICHOLS *et al.*, 2019). A doença vascular encefálica subclínica nos idosos apresenta possível associação com o aumento da frequência cardíaca, sendo um preditor de eventos cardiovasculares e mortalidade (NAKANISHI *et al.*, 2018).

Fisiologicamente, o envelhecimento traz consigo uma relação direta com maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Os distúrbios da homeostase da glicose, a hipertensão arterial sistêmica, a obesidade, a diabetes *Mellitus* e doenças cardiovasculares são frequentes na população de idosos (CHEN *et al.*, 2019). Também são comuns as doenças respiratórias, a exemplo da doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)(CORTOPASSI, GURUNGINTO-PLATA, 2017) e neoplasias, podendo levar à incapacidade funcional e consideráveis alterações nos hábitos e na qualidade de vida do indivíduo idoso.

Em todas as situações, a presença de uma doença física pode contribuir para o agravamento da depressão, acentuando os sintomas, bem como a depressão poderá antecipar doenças crônicas (OLIVEIRA *et al.*, 2018). Além da depressão, outros transtornos associados, como a ansiedade e somatização, também ocorrem, como um grande problema

de saúde pública com impacto sobre as condições de saúde (GROVER *et al.*, 2019).

O tecido adiposo, maior sistema de órgãos dinâmico envolvido no armazenamento de energia, bem como nas funções endócrinas e imunológicas, desempenha um papel importante na regulação do envelhecimento e da longevidade. Vinculado à disfunção metabólica e a inflamação sistêmica crônica de baixo grau, conhecida como “envelhecimento por inflamação”, sua abordagem deve ser cuidadosa. O tecido adiposo torna-se frequentemente disfuncional com o envelhecimento, levando ao mau funcionamento e incapacidade de múltiplos órgãos (YU *et al.*, 2019). A obesidade abdominal torna-se um problema de saúde pública mundial e ainda pouco investigado (SILVEIRA *et al.*, 2018). Encontra associação com pelo menos 13 tipos diferentes de câncer, mostrando que identificar indivíduos com perfil de risco para o desenvolvimento da obesidade, permitiria a implementação de estratégias de prevenção (BEVERS *et al.*, 2020).

Estudos mostram que a síndrome metabólica também é prevalente em idosos ( $\geq 65$  anos) e apresenta relação com hipertensão arterial sistêmica, hipertrigliceridemia, baixo HDL, hiperglicemia e obesidade central, com o índice de massa corporal definido como o principal determinante da prevalência de síndrome metabólica e seus componentes (ORTIZ-RODRÍGUEZ *et al.*, 2017). Ainda mostram relação com o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e insuficiência cardíaca, mas curiosamente pode ter algum efeito protetor relacionado à mortalidade (ARCOPINTO *et al.*, 2019). As comorbidades, associadas ao envelhecimento e o aumento na prevalência de síndromes geriátricas, que levam a incapacidades físicas e mentais, contribuem para a complexidade do controle do diabetes em idosos (ABDELHAFIZ; SINCLAIR, 2019).

Os idosos em bom estado nutricional apresentam menores índices de mortalidade, infecções e melhor qualidade de vida. A desnutrição no idoso pode estar associado ao isolamento social, limitações físicas, doenças crônicas, deterioração cognitiva, depressão, além dos fatores socioeconômicos e psicológicos que incluem o viver sozinho, a viuvez e a perda da identidade e do papel social (ASSUMPTÃO *et al.*, 2018).

Em relação ao panorama mundial das doenças, seguem alguns estudos relacionando as patologias mais frequentes, que muitas vezes aumentam os índices de morbimortalidade da população. Um estudo no Irã mostrou prevalência de doença isquêmica, neoplasias e acidente vascular cerebral, com 36,1% dos óbitos em idosos (NAMAZI *et al.*, 2015). Outro estudo chinês, evidenciou prevalência de hipertensão (26,0%), diabetes (8,0%), doença pulmonar obstrutiva crônica (1,0%) e acidente vascular cerebral (1,9%) (ZHAO *et al.*, 2018).

Distúrbios do trato gastrointestinal também foram frequentes no estudo do Grande Mekong, com comorbidades mais observadas em idosos do sexo masculino, idade mais avançada, menor escolaridade e baixa qualidade de vida. As três doenças mais comuns foram hipertensão (37,4%), depressão (34,4%) e doenças do aparelho digestivo (32,0%). Ao todo, 27,4% tinham uma condição crônica, 28,6% tinham dois, 22,4% tinham três e 21,6% tinham quatro ou mais condições crônicas (PENGPID; PELTZER, 2017). Na Austrália, um estudo com a população idosa evidenciou que demência (48%), depressão (22,5%) e artrite (14,2%) foram as doenças crônicas mais prevalentes (HILLEN; VITRY; CAUGHEY, 2017). Entre os idosos hospitalizados na Arábia Saudita, a depressão apresentou como associação mais prevalente as doenças cardiovasculares e o câncer (ALAMRI; BARI; ALI, 2017). Em idosos, a depressão é um transtorno psiquiátri-

co grave e frequentemente sub diagnosticado (ZOU *et al.*, 2018).

Entre 2001 e 2015, dados de internações hospitalares de idosos com insuficiência cardíaca, mostraram como comorbidades associadas mais prevalentes a fibrilação atrial (42,23%), hipertensão arterial sistêmica (38,87%), diabetes *Mellitus* (34,3%) (MÉNDEZ-BAILÓN *et al.*, 2019). Insuficiência cardíaca e neoplasias foram associados a doença coronariana e cerebrovascular (LARA-ROJAS *et al.*, 2019). Outros distúrbios encontrados são os da marcha, a deterioração cognitiva, polifarmácia e incontinência urinária (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA, 2018). No Canadá, observaram que as chances de internações eram mais comuns por diabetes *Mellitus* ( $OR= 1,8$ ) ou doença pulmonar obstrutiva crônica ( $OR =1,5$ ) (CARRIÈRE; KUMAR; SANMARTIN, 2017).

No Brasil, os dados se assemelham aos estudos internacionais, com causas frequentes de incapacidade dos idosos relacionadas aos distúrbios da função cerebral, com declínio cognitivo e demência afetando 13% das pessoas com mais de 65 anos, e quase 30% das pessoas com 85 anos de idade (ASSOCIAÇÃO DE ALZHEIMER, 2016). A prevalência e incidência de insuficiência cardíaca mostram que, apesar das reduções nas taxas de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório continuam sendo as principais causas de morte de idosos, com tendência a crescer entre as mulheres (BEZERRA *et al.*, 2018). Asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca e diabetes *Mellitus* continuam sendo causas frequentes de hospitalizações (COSTA *et al.*, 2018; ORTIZ-RODRÍGUEZ *et al.*, 2017). As doenças infecciosas do trato urinário podem estar relacionadas com a incontinência urinária, frequente especialmente em mulheres idosas, com significativa asso-

ciação entre as condições de saúde física e mental (KESSELER *et al.*, 2018).

Num estudo transversal com amostra representativa de idosos residentes na cidade de Goiânia, a prevalência de obesidade abdominal foi de 55,1% e associou-se a doenças respiratórias, hipertensão arterial em homens e idade entre 70 e 74 anos. Nas mulheres, a obesidade abdominal foi associada com a presença de diabetes *Mellitus* (SILVEIRA *et al.*, 2018). A presença de obesidade corporal e a gordura abdominal elevada são variáveis que contribuem para o desenvolvimento da DM em idosos (ROEDIGER *et al.*, 2018). No Rio Grande do Sul, o envelhecimento da população e a prevalência de 60% e 70% de DCNT entre a população de idosos, evidenciam a necessidade de abordagens mais preventivas. Outro fato que chama a atenção é o estudo da prevalência de quedas entre idosos de Pelotas-RS. Além de fatores sociodemográficos, o diabetes *Mellitus*, a cardiopatia e a artrite, foram associados (COSTA *et al.*, 2018).

Os processos que exibem crescimento exponencial de doenças em idosos, envolvem tipicamente um ciclo de *feedback* positivo. A interrupção de ciclos de *feedback* subjacentes pode controlar a evolução da doença (BELIKOV, 2019). A compreensão dos processos possibilitará o desenvolvimento de estratégias de prevenção, atenuação ou reversão das consequências adversas da imunosenescência (DE PUNDER *et al.*, 2019). Pode-se esperar que algumas intervenções possam retardar o relógio epigenético, e modificar a dinâmica do curso da vida, da idade epigenética e processos relacionados, promovendo a extensão da saúde humana (VAISERMAN; KOLIAD; LUSHCHAK, 2018).

Ao que parece, num futuro próximo, vemos a possibilidade de um rápido rastreamento dessas perturbações genômicas, transcriptômicas e epigenômicas, e com triagem e mo-

dificações em células primárias, será possível termos melhor controle e resultados terapêuticos (FORD; MCDONALD, 2019). Avanços no conhecimento sobre o papel cito protetor do fator de transcrição *Nrf2* nas doenças cardiovasculares e os seus efeitos sobre o envelhecimento, oferecem resultados promissores (KLOSKA *et al.*, 2019). Diante da complexidade que envolve o envelhecimento do ser humano, a relação com as doenças e o impacto das mesmas sobre a qualidade de vida global, buscam-se novas alternativas para entender essas interações entre carga genética e o meio, além da forma de melhor distribuir os recursos entre as populações, equilíbrio no acesso aos serviços de saúde e prevenção de doenças (SINGH *et al.*, 2019).

## Considerações Finais

O processo do envelhecimento é contínuo e inevitável. A senescência celular envolve vitórias e derrotas desde a concepção, e segue o seu trajeto através dos anos, de acordo com a capacidade adaptativa de cada organismo. Por meio da revisão da literatura, observa-se que a população mundial apresenta semelhança das doenças prevalentes. Novas abordagens terapêuticas são propostas e maior atuação na prevenção das doenças crônicas e agravos são necessárias. Acredita-se que o exposto possa contribuir para a difusão do conhecimento no meio acadêmico.

## Referências

ABDELHAFIZ, A. H. SINCLAIR, A. J. Diabetes in the elderly. *Medicine (Baltimore)*. v 47, p. (2):119–22, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.11.007>

ALAMRI, S. H.; BARI, A. I.; ALI, A.T. Depression and Associated Factors in Hospitalized Elderly: A Cross-Sectional Study in a Saudi

Teaching Hospital. *Ann Saudi Med.* v 37(2). p 122-9, 2017. <https://doi.org/10.5144/0256-4947.2017.122>

ARCOPINTO, M. *et al.* Metabolic Syndrome in Heart Failure: Friend or Foe? *Heart Fail Clin.* v 15, p. 349-358, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2019.02.004>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2016. Retrieved from <http://abraz.org.br/web/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer/>

ASSUMPÇÃO, D. *et al.* Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva.*v.23, n.4, p.1143–1150, 2018.<https://doi.org/10.1590/1413-81232018234.17422016>

AUFSCHNAITER, A.; BÜTTNER, S. The vacuolar shapes of ageing: From function to morphology. *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Molecular Cell Research.*v.1866, n.5, p.957–970, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.BBAMCR.2019.02.011>

BARTLING, B. *et al.* Altered gene expression pattern indicates the differential regulation of the immune response system as an important factor in cardiac aging. *Experimental Gerontology.*v.117, p.13–20, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.EXGER.2018.05.001>

BELIKOV, A. V. Age-related diseases as vicious cycles. *Ageing Research Reviews.*v.49, p.11–26, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.ARR.2018.11.002>

BEZERRA, P. C. *et al.* Trends in overall mortality and from diseases of the circulatory system in elderly individuals in Rio Branco, Acre, 1980-2012. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* v.21, n.2, p.143–154, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170128>

BEVERS, T. *et al.* Screening and Early Detection. *Abel off's Clin Oncol.* p. 375-398.e7, 2020.<https://doi.org/10.1016/B978-0-323-47674-4.00023-2>

BYUN, H. O. *et al.* From cell senescence to age-related diseases: differential mechanisms of action of senescence-associated secretory phenotypes. *BMB Reports*, 2015; 48(10), 549–558. <https://doi.org/10.5483/BMBREP.2015.48.10.122>

CAMPAGNE, DM. Stress and perceived social isolation (loneliness). *Arch Gerontol Geriatr*, v82. p. 192-9, 2019.<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.007>

CARRIÈRE, G. M.; KUMAR, M. B.; SANMARTIN, C. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions among urban Métis adults. *Health Rep*, 28, 2017. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-29261222>

CASTELO-BRANCO, C.; SOVERAL, I. The immune system and aging: a review. *Gynecological Endocrinology*, 2014; 30(1), 16–22. <https://doi.org/10.3109/09513590.2013.852531>

CASTRO-COSTA, E. *et al.* Cognitive function among older adults. *Rev Saúde Pública*. v. 52. Suppl 2, 2019. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000629>

CHEN, C. *et al.* The long-term impact of functional disability on hospitalization spending in Singapore. *The Journal of the Economics of Ageing*, v.14, 100193, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.JEOA.2019.02.002>

COSTA, C. S. *et al.* Inequalities in multimorbidity among elderly: a population-based study in a city in Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.34, n.11, 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040718>

CORTOPASSI, F.; GURUNG, P.; PINTO-PLATA, V. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Elderly Patients. *Clin Geriatr Med*. v.33, p.539–52, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2017.06.006>

DE MAGALHÃES, J. P.; PASSOS, J. F. Stress, cell senescence and organismal ageing. *Mechanisms of Ageing and Development*. v. 170, p.2–9, 2018. <https://doi.org/10.1016/J.MAD.2017.07.001>

DE PUNDER, K. *et al.* Stress and immunosenescence: The role of telomerase. *Psychoneuroendocrinology*.v.101, p.87–100, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.PSYNEUEN.2018.10.019>

DECLERCK, K.; VANDENBERGHE, W. Back to the future: Epigenetic clock plasticity towards healthy aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, v.174, p.18–29, 2018. <https://doi.org/10.1016/J.MAD.2018.01.002>

FUHRMANN, D. *et al.* Strong and specific associations between cardiovascular risk factors and white matter micro- and macrostructure in healthy aging. *Neurobiol Aging*, v.74, p. 46-55, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2018.10.005>

FORD, K.; Mc DONALD, D. Functional Genomics via CRISPR-Cas. *J Mol Biol* v. 431 (1), p 48–65, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.jmb.2018.06.034>

GALKIN, F. *et al.* Reversibility of irreversible aging. *Ageing Research Reviews* v.49, p. 104-114, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.11.008>

GROVER, S. *et al.* Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian J Psychiatr*. v.41, p.66–72, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.009>

GU, Y-H. *et al.* Healthy aging: A bibliometric analysis of the literature. *Exp Gerontol.* v. 116. p. 93–105, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.11.014>

HADEM, I. *et al.* Beneficial effects of dietary restriction in aging brain. *Journal of Chemical Neuroanatomy.*v.95, p.123–133, 2019.<https://doi.org/10.1016/J.JCHEMNEU.2017.10.001>

HILLEN, JB.; VITRY, A.; CAUGHEY, GE. Disease burden, comorbidity and geriatric syndromes in the Australian aged care population. *Australas J Ageing.* v.36, n.2, p.14–19, 2017. <https://doi.org/10.1111/ajag.12411>

JIN, H. *et al.* Biomarkers of Parkinson's Disease. *Biomarkers Toxicol.* v.1, p.895–909, 2019.<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814655-2.00050-5>

KESSLER, M. *et al.* Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v.21, n.4, p.397-407, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>

KLOSKA, D. *et al.* Nrf2 in aging – Focus on the cardiovascular system. *Vascular Pharmacology.* v.112, p.42–53, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.VPH.2018.08.009>

LAURETANI, F. *et al.* Randomized controlled trials for Alzheimer disease and Parkinson disease. *Front Biosci (Elite Ed).* v.8, p. 378–89, 2016. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27100346/>

LARA-ROJAS, C. M. *et al.* National trends in diabetes mellitus hospitalization in Spain 1997-2010: Analysis of over 5.4 millions of admissions. *Eur J Intern Med.* v.60, p.83-89, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.04.005>

LOPES-PACIENCIA, S. *et al.* The senescence-associated secretory phenotype and its regulation. *Cytokine*, 2019; 117, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.cyto.2019.01.013>

MÉNDEZ-BAILÓN, M. *et al.* Significant and constant increase in hospitalization due to heart failure in Spain over 15 years period. *Eur J Intern Med.* v64, p. 48-56, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.02.019>

MORETTO, J.; GIRARD, C.; DEMOUGEOT, C. The role of arginase in aging: A systematic review. *Experimental Gerontology*, v. 116, p.54–73, 2019. <https://doi.org/10.1016/J.EXGER.2018.12.011>

NAKANISHI, K. *et al.* Association Between Heart Rate and Subclinical Cerebrovascular Disease in the Elderly. *Stroke*, v.49, n.2, p.319–324, 2018. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.019355>

- NAMAZI, A. *et al.* The Most Prevalent Causes of Deaths, DALYs, and Geriatric Syndromes in Iranian Elderly People Between 1990 and 2010: findings from the Global Burden of Disease study 2010. *Arch Iran Med*. v.18, p.462–79, 2015. <https://doi.org/015188/AIM.003>
- NEUROHR, G. E. *et al.* Excessive Cell Growth Causes Cytoplasm Dilution And Contributes to Senescence. *Cell*, v.176, n.5, p.1083-1097, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.01.018>
- NICHOLS, E. *et al.* Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, v.18, n.1, p.88–106, 2019. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30403-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30403-4)
- NIU, N. *et al.* Prevalence and Incidence of Alzheimer's Disease in Europe: A Meta-Analysis. *Neurologia*. v.32, n.8, p.523-532, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>
- OLIVEIRA, J. M. B. *et al.* Aging, mental health, and suicide. An integrative review. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. v. 21(4), p. 488–98, 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180014>
- ORTIZ-RODRÍGUEZ, M. A. *et al.* Prevalence of metabolic syndrome among elderly Mexicans. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, v.73, p.288–293, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.09.001>
- PENGPID, S.; PELTZER, K. Multimorbidity in Chronic Conditions: Public Primary Care Patients in Four Greater Mekong Countries. *Int J Environ Res Public Health*. v.14(9):1019, 2017. <https://doi.org/10.3390/ijerph14091019>
- PINEDA, M. *et al.* Safe CRISPR: Challenges and Possible Solutions. *Trends Biotechnol*. v. 1, n. 37(4), p. 389–401, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.tibtech.2018.09.010>
- ROEDIGER, M. A. *et al.* Diabetes mellitus referida: incidência e determinantes, em coorte de idosos do município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. *Ciênc. saúde coletiva*, v.23, n.11, p.3913-3922, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.13062016>
- SILVEIRA, E. A. *et al.* Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.23, n.3, p.903–912, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01612016>
- SINGH, P. P. *et al.* The Genetics of Aging: A Vertebrate Perspective. *Cell*. v.177, n.1, p.200-220, 2019. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.02.038>

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos* v. 29, 2018. Retrieved from [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-28X2018000300110&lang=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-28X2018000300110&lang=pt)

VAISERMAN, A.; KOLIADA, A.; LUSHCHAK, O. Developmental programming of aging trajectory. *Ageing Res Rev.* v.47, p.105-122, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.07.007>

WATANABE, S. *et al.* Impact of senescence-associated secretory phenotype and its potential as a therapeutic target for senescence-associated diseases. *Cancer Science.*v.108, n.4, p.563–569, 2017. <https://doi.org/10.1111/cas.13184>

YU, P. *et al.* Adipose tissue, aging, and metabolism. *Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research*, 2019; 5, 11–20. <https://doi.org/10.1016/J.COEMR.2019.02.003>

ZHAO, C. *et al.* Prevalence and correlates of chronic diseases in an elderly population: A community-based survey in Haikou. *PLoS One.* 13(6):e0199006, 2018. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199006>. e Collection, 2018

ZHU, Z. *et al.* Klotho gene polymorphisms are associated with healthy aging and longevity: Evidence from a meta-analysis. *Mechanisms of Ageing and Development*,v.178, p.33-40,2019. <https://doi.org/10.1016/J.MAD.2018.12.003>

ZOU, C. *et al.* Prevalence and associated factors of depressive symptoms among elderly inpatients of a Chinese tertiary hospital. *Clin Interv Aging*, v13. p.177-62, 2018.<https://doi.org/10.2147/CIA.S170346>

# 13

## Sarcopenia e fragilidade: aspectos clínicos e complicações

*Bruna da Silva Pavan*

*Matheus Santos Gomes Jorge*

*Lia Mara Wibeling*

### Introdução

As mudanças sociodemográficas na população mundial demandam novas adaptações do sistema de saúde, pois o envelhecimento humano aponta para uma maior incidência de doenças crônico-degenerativas (VERAS, 2007). Neste sentido, duas síndromes exercem influência negativa sobre a qualidade de vida dos idosos e cursam com quedas, fraturas, hospitalização, comorbidades, incapacidade funcional e morte: a sarcopenia e a fragilidade (WIBELINGER, 2015).

A sarcopenia é definida pela perda da massa muscular, da força muscular e da função física de forma progressiva e generalizada (VALENTE, 2016), enquanto a fragilidade é identificada por meio da redução da força, da resistência e das funções fisiológicas com consequente vulnerabilidade a eventos adversos (MORLEY *et al.*, 2013).

Estas síndromes são condições com importante prevalência entre os idosos e estão relacionadas à inatividade e à incapacidade funcional. Identificar potenciais fatores de risco para o seu desenvolvimento torna-se essencial para preveni-las ou atenuar seus efeitos deletérios em idosos (VIANA *et al.*, 2013). Perante isso, o objetivo deste capítulo foi contextualizar sobre os aspectos clínicos e complicações da sarcopenia e da fragilidade.

## Envelhecimento humano

Equivocadamente, boa parte da população tem a ideia de que o envelhecimento humano será uma realidade futura. Isso demonstra a limitação do conhecimento da sociedade contemporânea sobre este fenômeno global, especialmente no Brasil onde tal temática é pouco abordada (MACIEL, 2015).

O envelhecimento humano é caracterizado por uma inversão na pirâmide demográfica, refletida pela redução das taxas de fecundidade e natalidade e aumento da sobrevivência geral, com consequente aumento do número de pessoas idosas na humanidade. Na população brasileira tais constatações foram melhor observadas em meados dos anos 2000 (ARAÚJO; SEBOLD; BETINELLI, 2017; CALLIARI; BONILLA; GONÇALVES, 2017).

No Brasil, o Estatuto do Idoso leva em consideração a idade cronológica e define idoso todo aquele indivíduo que possui 60 anos ou mais, informação esta que está de acordo com a World Health Organization, que considera como idoso o indivíduo com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (BRASIL, 2003; NETTO, 2016).

Em 2015 a população idosa global correspondia a 900 milhões de pessoas e suas projeções indicam que este número alcançará dois bilhões até 2050 (NAÇÕES UNIDAS, 2017). Ainda neste mesmo ano, no continente americano havia 150 milhões de idosos, com projeções para 200 milhões em 2020 (NAÇÕES UNIDAS, 2015). No Brasil, os últimos dados publicados em 2016 demonstraram que a proporção de idosos em relação à população total passou de 9,8% em 2005 para 14,3% em 2015. Ainda, o estado do Rio Grande do Sul era o que apresentava a maior proporção de idosos em sua população total, contabilizando expressivos 17,7% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

As projeções do IBGE indicam que, em 2030, o número de idosos brasileiros poderá ultrapassar os 30 milhões (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O envelhecimento humano é um processo natural e complexo que envolve inúmeros fatores, abrindo precedentes para a elaboração de várias hipóteses e teorias para sua fundamentação (FRIES; PEREIRA, 2011). Em termos biológicos, o envelhecimento humano está ligado ao acúmulo de danos moleculares e celulares, fazendo com que ocorra declínio gradual das reservas fisiológicas. Assim, na fase mais velha o indivíduo estará sujeito ao maior risco de contrair doenças e ao declínio geral da sua capacidade intrínseca até, em última instância, o falecimento. Contudo, este processo não é linear ou consistente, estando vagamente associado à idade do indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Inúmeras alterações biológicas e sistêmicas ocorrem com o processo de envelhecimento. No caso do sistema musculoesquelético ocorre redução de 20 a 30% da massa muscu-

lar (sarcopenia) e da massa óssea (osteopenia/osteoporose), rigidez articular, aumento de 20 a 30% da gordura corporal, aumento do índice de massa corporal, redução da estatura (compressão da coluna vertebral), alterações posturais, entre outras (PANCOTTE; WIBELINGER; DORING, 2016).

De modo geral, as alterações que emergem do envelhecimento humano podem condicionar o indivíduo, na maioria das vezes, à perda progressiva de massa muscular e óssea, da memória, da capacidade auditiva e outras percepções dos órgãos dos sentidos, à redução da estatura corporal, da velocidade do desempenho das atividades e da adaptação ambiental e aumento da susceptibilidade a doenças. A partir deste último aspecto, estabelecem-se problemas de saúde em maior incidência como incontinência urinária, demências, delírios, depressão, instabilidade postural, quedas e imobilidade (POLETTA; SANTINA; BETTINELLI, 2012).

## Sarcopenia

A sarcopenia é uma síndrome geriátrica que causa perda da massa muscular, da força muscular e da função física de forma progressiva e generalizada, descrita pela primeira vez por Irwin Rosenberg em 1989, e tem sua etiologia do grego: sarx (carne) + penia (perda).

Diversos eventos adversos estão relacionados à sarcopenia, como a incapacidade física, a perda da qualidade de vida e, em última instância, a morte (VALENTE, 2016).

O pico de massa muscular ocorre por volta dos 25 anos de idade e praticamente mantém-se até, aproximadamente, os 50 anos. A partir disso ocorre um significativo declínio muscular, onde haverá perda de aproximadamente 35% do número e 30% do tamanho das fibras musculares até os 80 anos de idade. Durante todo este processo a força muscular

pode reduzir em até 40%, sendo mais acentuada entre as fibras musculares do tipo II (fibras de contração rápida) em relação às fibras musculares do tipo I (fibras de contração lenta) (VALENTE, 2016; WIBELINGER, 2015).

Em 2009, o grupo *European Working Group on Sarcopenia in Older People* (EWGSOP) sugeriu o algoritmo para diagnóstico de sarcopenia, utilizando três critérios: a diminuição da massa muscular, da força muscular e do desempenho muscular. Obrigatoriamente, o idoso com sarcopenia deve apresentar redução da massa muscular e pode ser classificado em três estágios: pré-sarcopenia (apenas perda da massa muscular), sarcopenia (perda da massa muscular acompanhada da perda da força muscular ou do desempenho muscular) e sarcopenia grave (perda da massa muscular, da força muscular e do desempenho muscular) (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010).

A prevalência da sarcopenia aumenta com a idade (DODDS *et al.*, 2015) e apresenta grande variabilidade. Entre os 60 e 70 anos de idade permeia entre 05% e 13% e entre os idosos com 80 anos ou mais entre 11% e 50%. Estima-se que a sarcopenia acometa cerca de 50 milhões de pessoas no mundo (VALENTE, 2016).

Na comunidade, um estudo identificou a prevalência de sarcopenia em diferentes nacionalidades. A maior prevalência foi em idosos japoneses (22,1% em mulheres e 21,8% em homens), seguido dos brasileiros (16,1% em mulheres e 14,4% em homens), sul-coreanos (11,8% em mulheres e 9,7% em homens), norte-americanos (10% em mulheres e 7,0% em homens), britânicos (7,9% em mulheres e 4,6% em homens) e taiwaneses (2,5% em mulheres e 5,4% em homens), respectivamente. Além disso, a sarcopenia apresentou-se mais prevalente no sexo feminino (DIZ *et al.*, 2015).

A etiologia da sarcopenia é complexa (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2010). Fatores como a inatividade física, a baixa ingestão calórica e proteica, desregulação hormonal, aumento dos níveis de citocina pró-inflamatórias, alterações no remodelamento do tecido neuromuscular, disfunção mitocondrial, apoptose celular, fatores genéticos, entre outros, podem contribuir para o início do seu desenvolvimento da sarcopenia (VALENTE, 2016).

Alguns fatores podem estar associados à sarcopenia no idoso, tais como aspectos demográficos (idade, sexo, raça), comportamentais (inatividade física, nutrição inadequada, tabagismo), biológicos (processos inflamatórios, modificações hormonais) e clínicos (doenças crônicas) (VALENTE, 2016).

A maioria dos estudos sobre sarcopenia tem sido realizada com idosos na comunidade (CRUZ-JENTOFT *et al.*, 2014; SHAFIEE *et al.*, 2017). Contudo, existe carência na literatura que aborde este tema em idosos residentes em instituição de longa permanência para idosos (ILPI), embora se acredite que a sarcopenia deva ser altamente prevalente nessa população (ZENG *et al.*, 2018), com uma variabilidade ampla podendo permear entre 20,9% e 85,4% (BAHAT *et al.*, 2010; ZENG *et al.*, 2018).

O tratamento para a sarcopenia baseia-se em intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Estas últimas, principalmente pelas intervenções físicas e nutricionais. As intervenções realizadas de forma precoce associada ao investimento em pesquisas futuras com objetivo de compreender mais profundamente os mecanismos moleculares e celulares da sarcopenia são estratégias que podem auxiliar a modificar o surgimento da sarcopenia em idosos (DODDS; SAYER, 2014).

## Fragilidade

A expressão “fragilidade nos idosos” é identificada por meio de uma síndrome com etiologia multifatorial, oriunda à diminuição das atividades e reservas metabólicas, à dificuldade em manter a homeostase e à vulnerabilidade aos estressores, aumentando o risco do indivíduo desenvolver alguma deficiência (FRIED *et al.*, 2001). O conceito deste termo foi atualizado em 2013 pelo principal grupo de pesquisa no assunto, definindo-o como uma síndrome clínica com etiologia multivariada oriunda de fatores intrínsecos ou extrínsecos, caracterizada pela redução da força, resistência e funções fisiológicas e aumento da vulnerabilidade do indivíduo para o desenvolvimento de dependência funcional e/ou a morte. Tal condição pode, ainda, ser desencadeada a partir de condições patológicas e clínicas (MORLEY *et al.*, 2013).

Clinicamente, a patogênese da síndrome da fragilidade é embasada na interação intensa de três pilares que causam efeitos deletérios no organismo de forma engenhosa: a redução da atividade de eixos hormonais anabólicos, a instalação da sarcopenia e a presença de um estado inflamatório crônico subliminar. Estas alterações interagem em um constatare ciclo, que resultam na redução de energia, perda de peso, inatividade, baixa ingestão alimentar e sarcopenia (FERRIOLLI; MORIGUTI; FORMIGHIERI, 2016). Embora este fenômeno seja progressivo e fortemente associado à idade, não é uniforme durante o processo de envelhecimento e pode ser prevenido ou tratado, quando descoberta sua etiologia, revertendo o quadro (DUARTE; LEBRÃO, 2016; WIBELINGER, 2015).

A síndrome da fragilidade é multidimensional, pois diversos fatores como doenças agudas e crônicas, alterações próprias do envelhecimento, efeito de medicamentos, que-

das, entre outros, contribuem para que o idoso entre neste ciclo (FERRIOLLI; MORIGUTI; FORMIGHIERI, 2016; LIBERALESSO *et al.*, 2017). Enquanto a incapacidade relaciona-se com as alterações ou perdas de uma determinada função do organismo, a condição de fragilidade está relacionada a um estado de instabilidade que, conseqüentemente, ocasiona a perda dos movimentos ou funções orgânicas (WIBELINGER, 2015).

O indivíduo com síndrome da fragilidade poderá apresentar complicações múltiplas, como alterações da massa e força muscular, da flexibilidade, da coordenação e função cardiovascular e do equilíbrio postural, perda de peso involuntária excessiva, exaustão física, lentificação da velocidade da marcha, diminuição da atividade física, impacto na qualidade de vida, declínio funcional e restrição das suas atividades de vida diária, fatores que podem ser predisponentes a hospitalização, a sobrecarga de cuidadores, aos altos custos com cuidados de saúde e, até mesmo, a morte (WIBELINGER, 2015).

Com base nisto, os critérios de diagnóstico para a síndrome da fragilidade foram propostos em 2001 e sua validade permanece até os dias atuais. Para tanto, utiliza-se o fenótipo mensurável por cinco critérios biológicos (FRIED *et al.*, 2001):

- Perda de peso não intencional igual ou superior a 4,5 quilogramas ou 5% do peso corporal em relação ao ano anterior;
- Fadiga ou exaustão ao realizar as atividades regulares;
- Redução da força de preensão palmar;
- Redução da velocidade de marcha, também relatada como lentidão ao caminhar;

- Redução do nível de atividade física em relação ao ano anterior.

Por meio dos critérios supracitados, o idoso pode ser classificado em (CAMPOS; FELIPPE, 2016):

- Não-frágil: se não apresentar nenhum dos critérios.
- Pré-frágil: se apresentar 1 ou 2 critérios positivos;
- Frágil: se apresentar de 3 a 5 critérios positivos;

Um idoso em situação de pré-fragilidade tem risco de evoluir para um quadro fragilidade em 3 ou 4 anos após a instalação (WIBELINGER, 2015). Desta forma, identificar o grupo ao qual o idoso pertence pode contribuir para a elaboração de políticas públicas e a implementação de programas de cuidado multidisciplinar direcionadas ao tratamento da síndrome da fragilidade em idosos (CERTO *et al.*, 2016).

A prevalência de síndrome da fragilidade em idosos apresenta grande variabilidade, podendo ocorrer em média de 5% a 58% de uma determinada amostra dependendo do contexto analisado (STERNBERG *et al.*, 2011). Porém, os estudos brasileiros demonstram que a prevalência de fragilidade permeia em torno de 1,5% em idosos frequentadores de grupos de convivência (CARMO; DRUMMOND; ARANTES, 2011), 20% em idosos em ambulatorios (SILVA *et al.*, 2009) e 74,1% em idosos institucionalizados (BORGES *et al.*, 2013), o que torna imprescindível considerar o contexto ao qual o idoso está inserido ao estudar esta síndrome geriátrica (REIS JÚNIOR *et al.*, 2014).

No cenário nacional, as pesquisas direcionadas a identificação da fragilidade em idosos encontram-se em estágio inicial, havendo uma escassez de estudos de base populacional que apresentem condições envolvidas no processo de fragilidade da população brasileira (CARNEIRO *et al.*, 2016; REIS JÚNIOR *et al.*, 2014), o que reforça a relevância de investigações sobre sua prevalência e fatores associados nessa

população, que poderão contribuir para nortear políticas públicas específicas (CARNEIRO *et al.*, 2016).

A atuação inter e multidisciplinar de profissionais da saúde, as medidas de estimulação cognitiva, social e física, a detecção de fatores de risco, o diagnóstico precoce e as medidas de tratamento e reabilitação são fundamentais para o manejo do idoso em situação de fragilidade (ZANIN *et al.*, 2017). Neste sentido, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos sobre a temática e a atualização constante dos diferentes profissionais que atuam com pessoas idosas a fim de torná-los agentes modificadores desse processo (DUARTE; LEBRÃO, 2016).

## Considerações finais

A sarcopenia e a fragilidade são síndromes geriátricas que cursam com eventos adversos a saúde dos idosos, como quedas, debilidade física, declínio da qualidade de vida, maior morbimortalidade, entre outros. Sua prevalência é variável, mas tende a aumentar concomitantemente a idade e ser maior em idosos institucionalizados em relação a idosos hospitalizados ou residentes na comunidade. Conhecer seus aspectos clínicos e complicações é essencial para delinear estratégias eficazes e promissoras no intuito de reverter o quadro clínico da sarcopenia e da fragilidade, garantindo melhores condições de saúde e dignidade à vida dos idosos.

## Referências

ARAÚJO, C. S. R.; SEBOLD, T.; BETINELLI, L. A. Fatores socioambientais associados à anemia em idosos. In: BOTOLUZZI, E. C. et al. (Eds.). *Doenças crônicas: enfrentamentos*. 14a ed. Passo Fundo: Berthier, 2017. p. 95–106.

BAHAT, G. *et al.* Prevalence of sarcopenia and its association with functional and nutritional status among male residents in a nursing home in Turkey. *The Aging Male*, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 211–214, 2010.

BORGES, C. L. *et al.* Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 318–322, 2013.

BRASIL. Lei no 1074/2003. Estatuto do idoso. 2003.

CALLIARI, G.; BONILLA, J. M. V.; GONÇALVES, C. B. C. Envelhecimento digno e saudável e a problemática de sua efetivação como direito fundamental. In: BOTOLUZZI, E.

C. *et al.* (Eds.). *Doenças crônicas: enfrentamentos*. 14a ed. Passo Fundo: Berthier, 2017. p. 197–212.

CAMPOS, D. M.; FELIPPE, L. A. Perfil da Fragilidade em Idosos Participantes de um Centro de Convivência em Campo Grande-MS. *Journal Health Science*, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 224–228, 2016.

CARMO, L. V. Do; DRUMMOND, L. P.; ARANTES, P. M. M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. *Fisioterapia e Pesquisa*, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 17–22, 2011.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s. l.], v. 69, n. 3, p. 435–442, 2016.

CERTO, A. C. *et al.* A síndrome da fragilidade nos idosos: revisão da literatura. *Actas de Gerontologia*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1–11, 2016.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing*, [s. l.], v. 39, n. 4, p. 412–423, 2010.

CRUZ-JENTOFT, A. J. *et al.* Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: a systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). *Age and Ageing*, [s. l.], v. 43, n. 6, p. 748–759, 2014.

DIZ, J. B. M. *et al.* Prevalência de sarcopenia em idosos: resultados de estudos transversais amplos em diferentes países. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 665–678, 2015.

DODDS, R. M. *et al.* The Epidemiology of Sarcopenia. *Journal of Clinical Densitometry*, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 461–466, 2015.

DODDS, R.; SAYER, A. A. Sarcopenia. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, [s. l.], v. 58, n. 5, p. 464–469, 2014.

- DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Fragilidade e envelhecimento. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1802–1819.
- FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C.; FORMIGHIERI, P. F. O Idoso Frágil. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1436–1442.
- FRIED, L. P. *et al.* Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, [s. l.], v. 56, n. 3, p. M146-56, 2001.
- FRIES, A. T.; PEREIRA, D. C. Teorias do Envelhecimento Humano. *Revista Contexto & Saúde*, [s. l.], v. 10, n. 20, p. 505–514, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios*. 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2018.
- LIBERALESSO, T. E. M. *et al.* Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde em Debate*, [s. l.], v. 41, n. 113, p. 553–562, 2017.
- MACIEL, C. C. de L. Barsano PR, Barbosa RP, Gonçalves E. Evolução e envelhecimento humano . São Paulo: Editora Êrica; 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 619–619, 2015.
- MORLEY, J. E. *et al.* Frailty Consensus: A Call to Action. *Journal of the American Medical Directors Association*, [s. l.], v. 14, n. 6, p. 392–397, 2013.
- NAÇÕES UNIDAS. *ONU pede aos países das Américas para apoiar convenção que protege os direitos dos idosos*. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-pede-aos-paises-das-americas-para-apoiar-convencao-que-protege-os-direitos-dos-idosos>>. Acesso em: 4 nov. 2018.
- NAÇÕES UNIDAS. *OMS cobra melhorias no atendimento aos idosos*. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-cobra-melhorias-no-atendimento-aos-idosos>>. Acesso em: 4 nov. 2018.
- NETTO, M. P. O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 62–75.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2018.

PANCOTTE, J.; WIBELINGER, L. M.; DORING, M. Alterações biológicas do envelhecimento humano. In: WIBELINGER, L. M. (Ed.). *Disfunções músculo-esqueléticas: prevenção e reabilitação*. 4a ed. Passo Fundo: Saluz, 2016. p. 25–42.

POLETTA, S.; SANTINA, J. R.; BETTINELLI, L. A. Dilemas do Enfrentamento da Morte de Pacientes Idosos. UNOPAR Científica. *Ciências Jurídicas e Empresariais*, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 49–55, 2012.

REIS JÚNIOR, W. M. *et al.* Pre-frailty and frailty of elderly residents in a municipality with a low Human Development Index. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 654–661, 2014.

SHAFIEE, G. *et al.* Prevalence of sarcopenia in the world: a systematic review and meta-analysis of general population studies. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 21, 2017.

SILVA, S. L. A. Da *et al.* Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. *Fisioterapia e Pesquisa*, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 120–125, 2009.

STERNBERG, S. A. *et al.* The Identification of Frailty: A Systematic Literature Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, [s. l.], v. 59, n. 11, p. 2129–2138, 2011.

VALENTE, M. Sarcopenia. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1443–1458.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], v. 23, n. 10, p. 2463–2466, 2007.

VIANA, J. U. *et al.* Influence of sarcopenia and functionality indicators on the frailty profile of community-dwelling elderly subjects: a cross-sectional study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, [s. l.], v. 17, n. 4, p. 373–381, 2013.

WIBELINGER, L. M. *Fisioterapia em Gerontologia*. 1a ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2015.

ZANIN, C. *et al.* Fisioterapia na síndrome da fragilidade em idosos. *Ciência em Movimento-Reabilitação e Saúde*, [s. l.], v. 19, n. 38, p. 99–110, 2017.

ZENG, Y. *et al.* The Prevalence of Sarcopenia in Chinese Elderly Nursing Home Residents: A Comparison of 4 Diagnostic Criteria. *Journal of the American Medical Directors Association*, [s. l.], v. 19, n. 8, p. 690–695, 2018.

# 14

## Processo de envelhecimento e aspectos nutricionais em indivíduos com transtornos mentais

*Paula Manfredi  
Luísa Victória Biasi  
Ana Luisa Sant'Anna Alves*

### Introdução

Associadas à transição demográfica é possível observar, no Brasil, a transição epidemiológica e nutricional. A primeira se refere a mudanças no padrão de adoecimento da população, ou seja, redução dos óbitos por doenças infecciosas e aumentos dos óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Já a transição nutricional evidencia a elevada prevalência de excesso de peso da população em todas as faixas etárias e a redução da desnutrição (BATISTA FILHO e RISSIN, 2003).

Todas essas transições contribuíram para as mudanças no padrão de envelhecimento da população. Ainda, deve-se considerar que cada subpopulação, com suas par-

ticularidades fisiológicas e patológicas, tem uma forma de envelhecer (CHANG *et al.*, 2010).

Juntamente com o envelhecimento populacional houve uma maior prevalência de diagnóstico de doenças crônico-degenerativas, e entre elas, os transtornos mentais (FORNARI *et al.*, 2010). Além de existirem diversos tipos de transtornos, eles se apresentam de maneiras diferentes. Geralmente se caracterizam por meio de uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamentos anormais, podendo afetar as relações com outras pessoas (OPAS, 2018).

Indivíduos com transtornos mentais tendem a perder a autonomia e necessitar de cuidador mais precocemente que os indivíduos sem patologias psíquicas, sendo, por vezes, institucionalizados em residências terapêuticas, o que pode ocasionar a exclusão do convívio social e familiar. A população de indivíduos com doenças mentais graves como a esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar e psicose depressiva, possuem diferenças em vários aspectos que envolvem a saúde, não apenas com consequências diretas da patologia, mas também consequências físicas deletérias da psicopatologia (CHANG *et al.*, 2010).

## Prevalência de indivíduos com transtornos mentais

Pesquisas realizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que aproximadamente 700 milhões de pessoas no mundo possuem algum transtorno mental e problemas com abuso de drogas e álcool. Os transtornos mentais representam 13% do total de todas as patologias do mundo (OMS, 2013).

No Brasil, estudos sugerem que a prevalência de esquizofrenia, um dos mais graves e incapacitantes transtornos mentais, é em torno de 1%, não havendo diferença entre homens e mulheres (MARI e LEITÃO, 2000).

Um estudo verificou a prevalência de transtornos mentais entre indivíduos que buscaram atendimento médico na unidade de referência de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul. Foi identificado que dos 754 indivíduos que participaram do estudo, 51,1% foram diagnosticados como portadores de diagnóstico psiquiátrico, sendo que estes utilizaram de forma significativamente mais frequente recursos da saúde nos últimos 12 meses (GONÇALVES & KAPCZINSKI, 2008).

No estado de Pernambuco, estudo realizado em residências terapêuticas identificou que o grupo dos transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes são os diagnósticos mais presentes, com prevalência de 57% (FRANÇA *et al.*, 2017). Em outro estudo, realizado em um centro de atenção psicossocial de Porto Alegre (RS), a patologia mais frequente também foi a esquizofrenia (65,9%), porém, transtornos de humor (21,9%) e transtornos de personalidade (9,8%) também apareceram (KENGERISKI *et al.*, 2014).

Ainda, um estudo realizado no estado do Ceará também mostrou uma maior prevalência de esquizofrenia entre os pacientes institucionalizados. Além disso, outros diagnósticos apareceram, como psicose não orgânica não especificada, retardo mental, demência e outros (MELO *et al.*, 2015).

No que diz respeito ao processo de envelhecimento de indivíduos com transtornos mentais, foi identificada alta taxa de mortalidade. A expectativa de vida de indivíduos com esquizofrenia é de aproximadamente 20 anos a menos do que a população em geral. Estar abaixo do peso pode ser

considerado um risco para a saúde, associando mortalidade e perda de peso (SUGAI *et al.*, 2015).

Estudos também mostram que a taxa de mortalidade de pessoas com transtornos mentais é duas vezes mais alta que indivíduos sem transtornos mentais, sendo que a expectativa de vida é 20% menor comparada à população que não tem a doença (LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007). Apesar de o suicídio ser a principal causa de morte desta população, também se tem observado, como na população em geral, óbitos frequentes por doenças cardiovasculares (NUNES *et al.*, 2014).

Vários fatores de risco para DCNT estão presentes em indivíduos com transtornos mentais, como o uso de antipsicótico a longo prazo, que tem associação a alterações nos níveis de colesterol LDL, aumento de peso e circunferência abdominal (ZÓRTEA *et al.*, 2009).

Algumas comorbidades também são bastante observadas, como hipertensão, diabetes e dislipidemias. Essas, por sua vez, aumentam o risco de desenvolvimento de síndrome metabólica, que também é frequente nessa população, com prevalência de 58,8% no sexo feminino e 41,2% no sexo masculino (FREITAS *et al.*, 2016).

## Tratamento medicamentoso e reações adversas

Dentre os transtornos mentais mais prevalentes, a esquizofrenia tem sido alvo de diversos estudos. Quanto ao tratamento convencional da esquizofrenia, é descrito uso de medicamentos antipsicóticos, que incluem três classes principais: antagonistas dos receptores dopamínicos, risperidona e clozapina, com finalidade de tratamento e prevenção de sintomas (KAPLAN, 1997).

Existem diferenças entre os antipsicóticos. Aqueles considerados de segunda geração, como olanzapina e clozapina, estão associados ao ganho de peso, desenvolvimento de dislipidemias e hipertensão arterial, e ainda risco para diabetes melitus e doença cardiovascular (ATTUX *et al.*, 2009). Mesmo que os antipsicóticos Risperidona e Quetiapina não ofereceram tanto risco para ganho de peso comparados a Ziprasidona e o Aripiprazol, ainda são observadas reações adversas como insônia, ansiedade, nervosismo, náusea, constipação, dispepsia, vômitos, diarreia, boca seca, desconforto abdominal, dor abdominal e fadiga.

Para prevenção e controle do ganho de peso, o acompanhamento nutricional e a realização de medidas antropométricas, associados com o estilo de vida e nível de atividade física regular, são recomendados e auxiliam na qualidade de vida dessa população, ainda mais se a medicação utilizada indicar o aumento de peso (LEITÃO-AZEVEDO *et al.*, 2007). O excesso de peso nem sempre é dado somente como uma reação adversa da medicação, e sim pela má nutrição e inatividade física (REIS *et al.*, 2007).

Os efeitos anticolinérgicos, anti-histaminérgicos, antagonismo dos receptores de serotonina e a interferência da predisposição genética são algumas explicações para o ganho de peso induzido por antipsicóticos (WIRSHING *et al.*, 1999; WETTERLING, 2001; MATSUI-SAKATA *et al.* 2005; KIM *et al.*, 2007; NASRALLAH, 2008). O efeito anticolinérgico leva à boca seca e aumenta o consumo de líquidos calóricos, acarretando no aumento de peso (WETTERLING, 2001). Os efeitos anti-histaminérgicos podem gerar a sedação, podendo ocasionar uma diminuição da movimentação e atividade do corpo, conseqüentemente, aumentando o peso. O antagonismo 5HT<sub>2A</sub> ocasiona o aumento do consumo de alimentos calóricos, que também causam ganho de peso

(WIRSHING *et al.* 1999). Além disso, também foram encontradas correlações entre os antipsicóticos por receptores D2, 5HT1A, 5-HT2C, receptores  $\alpha$  2-adrenérgicos e o ganho de peso (MATSUI-SAKATA *et al.*, 2005).

## Avaliação nutricional

Quanto à avaliação nutricional, as medidas mais utilizadas para adultos e idosos são peso, altura, circunferência de cintura e dobras cutâneas. Desta forma, o diagnóstico nutricional e a avaliação do consumo alimentar são determinantes para o manejo correto do plano alimentar associado ao tratamento que será administrado (REIS *et al.*, 2007). Sinais e sintomas, com relação ao estado nutricional, podem variar em cada patologia. Devido a deficiências mentais e cognitivas, as pessoas que vivem com transtornos mentais, como demência, têm dificuldades associadas a comer e beber. Por isso, o tratamento inclui ajuda parcial e completa e apoio para se alimentar. Ainda, pode ocorrer uma diminuição da sensação de sede e a capacidade de mastigar. No entanto, pode ocorrer aumento de apetite, comer rapidamente ou ter necessidades alimentares compulsivas (MURPHY *et al.*, 2017). A disfagia pode se desenvolver e é relatada entre 13% a 57% nos indivíduos com demência e outras doenças associadas (VOLKERT *et al.*, 2015).

Um estudo realizado com pacientes com Alzheimer no Centro de Pesquisa e Tratamento em Cognição, em Milão, mostrou um estado nutricional significativamente diferente em relação aos controles cognitivamente saudáveis. Medidas antropométricas, como circunferência da panturrilha e do braço, foram menores nos pacientes com Alzheimer, circunferências da cintura resultaram em menores medidas

em homens com a doença do que nos pacientes sem a doença (COVA *et al.*, 2017).

Em Porto Alegre, uma pesquisa que teve como objetivo avaliar o estado nutricional e os hábitos alimentares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) mostrou uma prevalência de 45% de obesidade e 27,5% de sobrepeso entre os entrevistados (KENGERISKI *et al.*, 2014).

Em indivíduos com transtornos mentais internados em residências terapêuticas foi observada maior prevalência de sobrepeso (61%) através do IMC. Todas as mulheres apresentaram circunferência da cintura acima do recomendado e, entre os homens, 59% se encontravam na mesma situação, indicando presença de obesidade em ambos os gêneros (GARCIA *et al.*, 2013)

Estudo com 25 pacientes esquizofrênicos atendidos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre revelou uma frequência de 40% de sobrepeso e 40% de obesidade, conforme verificado pelo IMC. Entretanto, estes pacientes estavam em uso de antipsicóticos (NUNES *et al.*, 2014).

Em pacientes da rede básica de saúde de Fortaleza, foi realizado um estudo que avaliou o estado nutricional de 146 indivíduos em uso de antipsicótico. Pela classificação do IMC, 25,34% (n=37) apresentavam sobrepeso e 28,08% (n=41) obesidade (SAMPAIO *et al.*, 2016).

Esses estudos sugerem que o uso de medicação antipsicótica seja um fator associado à alta frequência de sobrepeso e obesidade dessa população. A prevalência de obesidade na população de pacientes com esquizofrenia tratados com antipsicóticos varia entre 40% e 60% (WIRSHING, 2004).

A obesidade é um fator de risco para doenças cardiovasculares muito presente em indivíduos esquizofrênicos e se associa diretamente com desenvolvimento de dislipidemias, resistência à insulina, diabetes e hipertensão arterial.

Ainda, padrões de ingestão alimentar contribuem para o desenvolvimento dessas doenças e conseqüentemente ao óbito (HENNEKENS *et al.*, 2005).

Além disso, o estado nutricional comprometido leva à diminuição da capacidade funcional e qualidade de vida, bem como aumento do risco de morbidade e mortalidade (JOHANSSON *et al.*, 2017).

## Consumo alimentar e prescrição dietética

O hábito alimentar de pacientes com transtornos mentais parece ser um aspecto que se diferencia da população em geral, e tem-se observado alto consumo de alimentos ricos em gordura e açúcar e menor ingesta de frutas, verduras e laticínios (AMANI, 2007).

A alimentação desempenha um papel importante tanto para o controle de doenças quanto para a minimização de sintomas de algumas patologias. Assim, percebe-se que é fundamental desenvolver um plano alimentar que garanta e contribua para a promoção da saúde da população (HEITOR; RODRIGUES; TAVARES, 2013).

Alguns estudos evidenciam os benefícios que vitaminas e minerais podem gerar na minimização dos sintomas de doenças psiquiátricas, como a vitamina D, visto que sua deficiência é relatada como um fator contribuinte para a depressão. Os achados sugerem que o cérebro possui receptores de vitamina D e que há possibilidade de que transtornos de humor e depressão possam estar relacionados à deficiência e insuficiência dessa vitamina (EYLES *et al.*, 2005; BERTONE-JOHNSON, 2009; GOWDA, 2015). Além disso, baixos níveis de vitamina B e folato estiveram associados a baixo apetite, baixa absorção de nutrientes e maiores sintomas depressivos (ARAÚJO *et. al.*, 2016). O folato (B9) e o B12

são frequentemente deficientes em esquizofrenia (GARCÍA-MISS *et al.*, 2010; BOUAZIZ *et al.*, 2010), e estão associados à gravidade dos sintomas (GOFF *et al.*, 2004; FIRTH *et al.*, 2017).

As vitaminas C e E também são reduzidas em algumas doenças, como na esquizofrenia, e em longo prazo, contribui para o elevado estresse oxidativo observado nessa população (FLATOW *et al.*, 2013).

É recomendado que haja consumo frequente de fibras e ácidos graxos insaturados, em especial o ômega 3, que está relacionado à prevenção de algumas patologias, como doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e tratamento de doenças inflamatórias como artrite reumatoide (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; CHRISTENSEN O, CHRISTENSEN E, 1988).

Ácidos graxos Ômega 3 também têm mostrado eficácia na diminuição dos sintomas em algumas patologias psíquicas como a esquizofrenia, através do consumo de alimentos fontes dessa gordura ou ainda por meio da suplementação. Em geral, o consumo de 2 g/dia de EPA (ácido eicosapentaenoico) conjuntamente com a medicação antipsicótica usual parece reduzir a sintomatologia. (ZEMDEGS *et al.*, 2009)

Estudos também sugeriram a exclusão do glúten da dieta de pacientes com esquizofrenia, a fim de amenizar os sintomas da doença, mesmo sem o indivíduo ter tido o diagnóstico de doença celíaca (ERGUN *et al.*, 2017). Acha-dos relataram que o glúten é um fator desencadeante para o desenvolvimento de esquizofrenia, e que a patologia e a doença celíaca compartilham genes semelhantes (DOHAN, 1988). Ainda, a falha da permeabilidade intestinal parece ser o passo inicial para ambos e a permeabilidade da barreira intestinal pode ser o ponto de encontro para a interação de genes e o ambiente (WEI & HEMMINGS, 2005).

Há evidências de que a insegurança alimentar está relacionada a problemas de saúde mental, como transtornos do humor e sintomas depressivos (CHUNG *et al.*, 2016). Além disso, em um estudo no Canadá, realizado com membros da Associação de Transtornos do Humor da Columbia Britânica, a insegurança alimentar foi significativamente mais prevalente em adultos com transtornos de humor (36,1%), em comparação com aqueles sem transtornos de humor (7,3%) (DAVISON & KAPLAN, 2015).

## Considerações finais

O processo de envelhecimento de indivíduos com transtornos mentais mostra-se distinto e mais complexo do que indivíduos sem diagnóstico de transtornos mentais, devido ao uso de medicamentos que causam reações adversas, dentre elas, o aumento de peso. O estado nutricional mais prevalente é de excesso de peso e obesidade e, ainda, observa-se baixo consumo de nutrientes fundamentais para essa população, visto que estes auxiliam na diminuição dos sintomas e maior qualidade de vida.

## Referências

- AMANI R. Is dietary pattern of schizophrenia patients different from healthy subjects? *BMC Psychiat.*, v.7, p. 1-5, 2007.
- ANVISA. Bulário Eletrônico. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/bulario-eletronico1>>. Acesso em: 26 out. 2018.
- ARAÚJO, D. A. *et al.* Low serum levels of vitamin B12 in older adults with normal nutritional status by mini nutritional assessment. *European Journal of Clinical Nutrition*, p. 1-4, 2016.
- ATTUX, C. *et al.* Intervenções não farmacológicas para manejo do ganho de peso em pacientes com esquizofrenia em uso de antipsicóticos. *Arq Bras Endocrinol Metab*, v. 53, b. 4, 2009.

BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública* v. 19, n. 1, p. 181-191, 2003.

BERTONE-JOHNSON, E. R. Vitamin D and the occurrence of depression: causal association or circumstantial evidence? *Nutr Rev*, v.67, p. 481–92. 2009.

BOUAZIZ, N. *et al.* Plasma homocysteine in schizophrenia: determinants and clinical correlations in Tunisian patients free from antipsychotics. *Psychiatry Res.*, v. 179, p. 24–29, 2010.

CHANG, C, *et al.* All-cause mortality among people with serious mental illness (SMI), substance use disorders, and depressive disorders in southeast London: a cohort study. *BMC Psychiatry*, v. 10, n. 77, 2010.

CHRISTENSEN, O; CHRISTENSEN, E. Fat consumption and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, v. 78, p. 587-591, 1988.

CHUNG *et al.* Household Food Insecurity Is Associated with Adverse Mental Health Indicators and Lower Quality of Life among Koreans: Results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2012–2013. *Nutrients*, v. 8, p. 819, 2016.

COVA, I. *et al.* Nutritional status and body composition by bioelectrical impedance vector analysis: A cross sectional study in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease, v. 12, n. 2, 2017.

DAVISON, K, M; KAPLAN B, J. Food insecurity in adults with mood disorders: prevalence estimates and associations with nutritional and psychological health *Ann Gen Psychiatry*, v. 14, n. 21, 2015.

DOHAN, F, C. Genetic hypothesis of idiopathic schizophrenia: its exorphin connection. *Schizophr Bull*, v. 14, p. 489–94, 1988.

ERGÜN, C; URHAN, M; AYER, A. A review on the relationship between gluten and schizophrenia: Is gluten the cause? *Nutritional Neuroscience*, 2017.

EYLES, D. *et al.* Distribution of the vitamin D receptor and 1 alpha hydroxylase in human brain. *J Clin Neurosci*, v. 29, p.21–30, 2005.

FIRTH, J. *et al.* The effects of vitamin and mineral supplementation on symptoms of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.*, v. 47, p. 1515–1527, 2017.

FLATOW J, BUCKLEY P, MILLER B J. Meta-analysis of oxidative stress in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, v. 74, p. 400–409, 2013.

FORNARI, L, H, T. *et al.* As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? *Sci Med*. V20, n.2, p.185-193, 2010.

- FRANÇA V. V. *et al.* Quem são os moradores de residências terapêuticas? Perfil de usuários portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 872-884, 2017.
- FREITAS P, H, B. *et al.* Síndrome metabólica em pacientes com esquizofrenia refratária: características sociodemográficas e clínicas. *Rev. Enferm. Cent. O. Min.*, v. 1, p. 6, p. 1976-1996, 2016.
- GARCIA P, C, O. *et al.* Perfil nutricional de indivíduos com transtorno mental, usuários do Serviço Residencial Terapêutico, do município de Alfenas – MG. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 11, n. 1, p. 114-126, jan./jul, 2013.
- GARCÍA-MISS M, R. *et al.* Folate, homocysteine, interleukin-6, and tumor necrosis factor alfa levels, but not the methylenetetrahydrofolate reductase C677T polymorphism, are risk factors for schizophrenia. *J Psychiatr Res.*, v. 44, p. 441-446, 2010.
- GOFF D, C. *et al.* Folate, homocysteine, and negative symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, v. 161, p. 1705-1708, 2010.
- GONÇALVES D. M.; KAPCZINSKI F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2043-2053, 2008.
- GOWDA, U. *et al.* Vitamin D supplementation to reduce depression in adults: Meta-analysis of randomized controlled trials, v. 31, n. 3, p. 421-429, 2015.
- HEITOR, S. F.; RODRIGUES, L. R.; TAVARES, D. M. Dos S. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 79-88, jan./mar. 2013.
- HENNEKENS, C, H. *et al.* Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *American Heart Journal*, v. 150, n. 6, 2005.
- JOHANSSON, L. *et al.* Improving nutritional status of older persons with dementia using a national preventive care program. *J nutr health agin*, v. 21, n. 3, 2017.
- KAPLAN, H, I. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, v. 7, 1997.
- KENGERISKI, M, F. *et al.* Estado nutricional e hábitos alimentares de usuários em centro de atenção psicossocial de Porto Alegre, Brasil. *Clin Biomed Res*, v. 34, n. 3, 2014.

- KENGERISKI, M, F. *et al.* Estado nutricional e hábitos alimentares de usuários em centro de atenção psicossocial de Porto Alegre, Brasil. *Clin Biomed Res*, v. 34, n. 3, 2014.
- KIM, S, F. *et al.* From the cover: antipsychotic drug-induced weight gain mediated by histamine H1 receptor-linked activation of hypothalamic AMP-kinase. *Proc Natl Acad Sci U S A*, v. 104, n. 9, p.3456-9, 2007.
- LEITÃO-AZEVEDO C, L, *et al.* Ganho de peso e alterações metabólicas em esquizofrenia. *Rev. Psiq. Clín.*, v. 34, n. 2, p. 184-188, 2007.
- MARI J. J; LEITÃO R. J. A epidemiologia da esquizofrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.* São Paulo, v.22 n.1, 2000.
- MATSUI-SAKATA, A; OHTANI, H; SAWADA, Y. Receptor occupancy-based analysis of the contributions of various receptors to antipsychotics-induced weight gain and diabetes mellitus. *Drug Metab Pharmacokinet*, v. 20, n. 5, p. 368-78, 2005.
- MELO, M, C, A. *et al.* Perfil clínico e psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos no estado do Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n.2, p. 343-352, 2015.
- MS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição: Guia Alimentar para a População Brasileira. Promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2005, pp. 210.
- MURPHY, J, L. *et al.* Nutrition and dementia care: developing an evidence-based model for nutritional care in nursing homes. *BMC Geriatrics*, v. 17, n. 55, 2017.
- NASRALLAH, H, A. Atypical antipsychotic-induced metabolic side effects: insights from receptor-binding profiles. *Mol Psychiatry*, v. 13, n. 1, p.27-35, 2008.
- NUNES, D. *et al.* Estado nutricional, ingesta alimentaria y riesgo de enfermedad cardiovascular em indivíduos con esquizofrenia em el sur de Brasil: estudio de casos-controles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, Barcelona, v. 7, n. 2, p. 72-79, 2014.
- OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental. Brasília, 2018.
- REIS, J. S. *et al.* Diabetes mellitus associado com drogas antipsicóticas atípicas: relato de caso e revisão da literatura. *Arquivos brasileiros de endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 51, n. 3, 2007.

- SAMPAIO, L. *et al.* Perfil socioeconômico, nutricional e fatores de risco cardiometabólico de pacientes esquizofrênicos em uso de antipsicóticos: uma reflexão para intervenção nutricional. *Rev Bras Promoç Saúde*, Fortaleza, v., n.1, p. 60-67. Jan./mar., 2016.
- VOLKERT, D. *et al.* Espen Guidelines on Nutrition in Dementia. *Clin Nutr.*, v. 34, p.1052–1073, 2015.
- WEI, J; HEMMINGGS, G, P. Gene, gut and schizophrenia: the meeting point for the gene-environment interaction in developing schizophrenia. *Med Hypotheses*, v. 64, p. 547–52, 2005.
- WETTERLING, T. Bodyweight gain with atypical antipsychotics. A comparative review. *Drug Saf*, v. 24, n. 1, p59-73, 2001.
- WIRSHING, D, A. *et al.* Novel antipsychotics: comparison of weight gain liabilities. *J Clin Psychiatry*, v. 60, n. 6, p. 358-63, 1999.
- WIRSHING, D. Esquizofrenia e obesidade: impacto dos medicamentos antipsicóticos. *J Clin Psychiatry*, v. 65, n. 18, 2004.
- World Health Organization. Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013
- ZEMDEGS, J, C, S. *et al.* Ácidos graxos ômega 3 e tratamento da esquizofrenia. *Rev Psiq Clín.*, v. 37, n. 5, p. 223-227, 2010.
- ZORTÉA, K. *et al.* Avaliação antropométrica e bioquímica em pacientes com esquizofrenia usuários de clozapina. *Rev Nutr.*, Campinas, v. 22, n. 5, p. 697-705. 2009.

# 15

## Desnutrição em idosos: implicações da nutrição

*Joane Diomara Coleone*

*Raquel Debon*

*Ana Carolina Bertoletti De Marchi*

### Introdução

Envelhecer é considerado um processo natural, no qual o organismo é submetido a diversas alterações anatômicas e funcionais, refletindo nas suas condições de saúde e de nutrição. Dentre os fatores que afetam o estado nutricional dos idosos ressaltam-se a situação social, alterações psicológicas e condições de saúde. Estes fatores de risco estão associados à diminuição do consumo alimentar, tornando o idoso vulnerável do ponto de vista nutricional. Quando ocorre o desequilíbrio nutricional, o idoso está mais propenso à morbimortalidade, à susceptibilidade a infecções, reduzindo, assim, sua qualidade de vida. Nos últimos anos, a prevalência de desnutrição em idosos aumentou, com valores entre 15% a 60%, dependendo do ambiente em que o idoso vive (SILVA *et al.*, 2015).

A transição demográfica resultou em grandes impactos para a população. Um dos mais importantes foi a mudança

na conformação da estrutura etária e suas implicações nas mudanças políticas, sociais e econômicas. No Brasil, as quedas nos níveis de mortalidade e de natalidade resultaram em mudanças na configuração da pirâmide etária populacional, que deixou de ser, em sua maioria, jovem, iniciando um processo de envelhecimento (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Define-se desnutrição como um estado resultante da deficiência de nutrientes, o qual pode causar alterações na composição corporal, funcionalidade e estado mental, com prejuízos no resultado clínico. Muitas vezes a desnutrição é negligenciada, mesmo afetando desfavoravelmente a saúde da população, apresentando como principais complicações a piora na resposta imunológica, atraso no processo de cicatrização, risco elevado de complicações cirúrgicas de infecções, maior risco de desenvolver lesões por pressão, aumento do tempo de internação e risco de mortalidade (TOLEDO *et al.*, 2018).

O estado nutricional tem grande importância na qualidade de vida e de saúde da população. Existem dois extremos nutricionais: de um lado, a obesidade tornou-se um agravo nutricional, associada ao aumento da incidência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais englobam as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes. Por outro lado, na população idosa a desnutrição está associada ao aumento da incapacidade funcional, aumento do número de internações, redução da qualidade de vida, maior susceptibilidade às infecções e, como consequência disto, aumento da mortalidade. O baixo peso se apresenta proporcional com o avanço da idade, indicando que os idosos mais longevos apresentam maiores índices de desnutrição (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Em idosos hospitalizados, a prevalência de desnutrição é ainda maior. Dados do Inquérito Brasileiro de Nutrição Hospitalar (IBRANUTRI) (WAITZBERG; CAIAFFA; CORREIA, 2001) mostraram que 53% dos pacientes idosos estavam desnutridos. Outros estudos realizados em países de alta renda apresentaram valores ainda mais altos, sendo que mais de 70% dos idosos hospitalizados estão em risco de desnutrição ou desnutridos. A depleção do estado nutricional em pacientes hospitalizados se relaciona com uma maior taxa de complicações infecciosas e aumento na mortalidade. Além disso, as complicações secundárias da desnutrição aumentam o tempo de permanência hospitalar, bem como os custos do tratamento primário do paciente. Apesar da elevada prevalência de desnutrição entre os idosos hospitalizados, os problemas nutricionais não são vistos como prioridade pelos profissionais da saúde (SOARES; MUSSOI, 2014).

A Desnutrição Proteico-Calórica (DPC) é o distúrbio nutricional mais visto entre os idosos e se associa ao aumento da mortalidade e à redução da qualidade de vida. A DPC está relacionada aos agravos de doenças crônicas, à dificuldade de cicatrização de úlceras de pressão ou feridas e ao aumento dos períodos de hospitalização, acarretando maiores custos para o estado e diminuição da qualidade de vida dos idosos (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Visto que o envelhecimento populacional é um fenômeno cada vez mais presente em nossa sociedade e que constitui um grande desafio, gerando um aumento de demanda para os serviços de saúde, de previdência social e de recursos humanos para cuidar da população idosa, este capítulo apresentará alguns aspectos relevantes sobre a nutrição do idoso. O objetivo é discutir como a nutrição pode melhorar a qualidade de vida, proporcionando um envelhecimento sau-

dável e, conseqüentemente, diminuindo o número de interações hospitalares.

## Causas da desnutrição em idosos

As mudanças fisiológicas e metabólicas que ocorrem no organismo dos idosos tem repercussões sobre sua saúde e seu estado nutricional. Essas mudanças tornam o idoso mais susceptível ao desenvolvimento da desnutrição e de deficiências nutricionais. A desnutrição está associada à síndrome consumptiva, à sarcopenia, diminuição da força e fadiga. Dentre os fatores que favorecem o desenvolvimento da desnutrição entre os idosos destaca-se o isolamento social, menor consumo de alimentos, doenças crônicas, uso de medicamentos que causam inapetência, depressão, dificuldade de mastigação, alterações do paladar, bem como os fatores socioeconômicos e psicológicos, que incluem viver sozinho, a viuvez e a perda da identidade e do papel social (ASSUMPTÃO *et al.*, 2018).

Existem diversos fatores que podem levar à desnutrição entre os idosos, como a gastrite atrófica, a hipocloridria e a diminuição do fator intrínseco, resultando em má absorção de cálcio, vitamina B12 e ferro; fibrose e atrofia das glândulas salivares; perda de dentes; atrofia das papilas gustativas; diminuição da sensibilidade de receptores associados ao controle da sede, levando à menor ingestão de água, hipodipsia e desidratação; diminuição da capacidade cutânea de produção de vitamina D; diminuição da absorção de micronutrientes, em especial de zinco e de cobre (MARCHINI; FERRIOLLI; MORIGUTI, 1998).

Entre outros fatores que podem levar à desnutrição em idosos pode-se destacar a piora da capacidade funcional em geral, depressão associada à anorexia, hospitalização

prolongada, recebendo oferta energética inferior às necessidades; doenças gastrointestinais associadas à menor digestão e absorção de alimentos; alcoolismo, causando má nutrição secundária e gastroparesia; incontinência fecal e ingestão pobre de nutrientes; caquexia cardíaca e perda de minerais pelo uso indiscriminado de diuréticos e neoplasias. Além disso, devido ao uso excessivo de medicamentos, pode haver interação droga-nutriente. As drogas podem alterar o apetite, a absorção, o metabolismo, a utilização e a excreção de nutrientes. As dietas hiperproteicas podem diminuir a atividade de agentes dopaminérgicos utilizados no tratamento da doença de Parkinson (MARCHINI; FERRIOLLI; MORIGUTI, 1998).

Dados da Terceira *National Health and Nutrition Examination Survey* - NHANES III (NHANES, [s.d.]) demonstram que os adultos mais velhos estão em risco de desnutrição pela presença de doenças, incapacidades físicas, saúde dental e oral precárias, polifarmácia, isolamento social, limitações financeiras ou saúde mental prejudicada. O risco de desnutrição pode se dar por restrições financeiras, diminuição das capacidades físicas e psicológicas, isolamento social e tratamento de distúrbios múltiplos e doenças concomitantes (SPEROTTO; SPINELLI, 2010).

## Consequências da desnutrição em idosos

A desnutrição em idosos pode ocasionar diversos danos, como diminuição da atividade física devido à hipotrofia muscular ou disfunção orgânica, insuficiência cardíaca congestiva, intolerância à glicose, osteopenia e menor capacidade de cicatrização devido à deficiência de proteína, zinco e vitamina C (MARCHINI; FERRIOLLI; MORIGUTI, 1998).

Outra consequência da desnutrição em idosos é a diminuição da força muscular devido à perda da musculatura, além da diminuição da capacidade de ação e da aptidão cardiorrespiratória, o que contribui para a incapacidade funcional. A desnutrição é uma doença multifatorial que se associa com as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), deficiências físicas e cognitivas, depressão, perda de apetite, problemas de mastigação, dificuldades de deglutição e à própria falta de independência para se alimentar (SOUSA *et al.*, 2014).

Algumas causas secundárias da desnutrição incluem incapacidade de alimentação, anorexia, má absorção por disfunção gastrointestinal, necessidades aumentadas de nutrientes como resultado de lesão ou doença, interação de drogas e nutrientes resultante de polifarmácia e abuso de substâncias como o álcool, disfagia, úlceras de pressão, doença de Alzheimer, de Parkinson, dificuldade de bom desenvolvimento geriátrico, osteoporose, diabetes tipo 02, hipertensão e constipação (SPEROTTO; SPINELLI, 2010).

Indivíduos desnutridos têm maior risco de desenvolver doenças agudas, sofrem cerca de 20 vezes mais de complicações clínicas e apresentam maior taxa de mortalidade. Como consequência disso, seu sistema imunitário também vai estar mais debilitado, com mais problemas de cicatrização e maior probabilidade de desenvolverem infecções e lesões por pressão (DORNER *et al.*, 2010).

## Avaliação Clínica e Nutricional do Idoso

A avaliação clínica do idoso compõe parte fundamental para detecção de carências nutricionais e demais patologias associadas à desnutrição. Na avaliação clínica, objetiva-se identificar alteração recente e intencional do peso, cirurgia

recente, quantidade e qualidade da dieta ingerida, restrições religiosas, restrições iatrogênicas, intolerância à lactose, disfagia, estado dos dentes, capacidade funcional em geral e condições gerais de vida. Na avaliação do exame físico é necessário avaliar o estado mental, se possui depressão ou demência, bem como a pele, os olhos, a orofaringe, o sistema cardiovascular e o sistema digestivo. Já na avaliação laboratorial deve-se verificar os estoques proteicos, através de albumina e transferrina; a imunidade, através da contagem total de linfócitos e testes cutâneos; a medula óssea, através da hemoglobina; a hidratação (MARCHINI; FERRIOLLI; MORIGUTI, 1998).

A avaliação antropométrica é uma importante ferramenta para a avaliação nutricional dos idosos. Entre as principais medidas utilizadas na avaliação antropométrica em idosos pode-se destacar a medida da estatura e do peso, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP), circunferência da coxa (CCX), comprimento da perna, dobra cutânea tricipital (DCT), dobra cutânea subescapular (DCSE), dobra cutânea bicipital (DCB), dobra cutânea suprailíaca (DCSI), dobra cutânea peitoral (DCP), dobra cutânea abdominal (DCABD) e dobra cutânea da coxa (DCCX). Entre os indicadores antropométricos utilizados na avaliação do estado nutricional, estão o índice de massa corporal (IMC), a relação cintura/quadril (RCQ), a circunferência muscular do braço (CMB) e a área muscular do braço (AMB) (CORTEZ; MARTINS, 2015).

Algumas ferramentas foram desenvolvidas para ajudar os profissionais de saúde a avaliar o estado nutricional dos idosos. Dentre eles, destacam-se a Mini Avaliação Nutricional Curta-Forma (MNA-SF) (RUBENSTEIN LZ, 2001), o Malnutrition Screening Tool (MST) (FERGUSON M, 1999) e

o Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (FERGUSON M, 1999), os quais são frequentemente utilizados em hospitais e ambulatórios. O MNA-SF foi desenvolvido especificamente para adultos com 65 anos ou mais. Consiste em seis questões relacionadas à ingestão de alimentos, perda de peso, mobilidade, estresse psicológico recente ou doença aguda, demência ou depressão e índice de massa corporal (IMC). O MST foi validado para uso em ambientes de cuidados agudos e ambulatoriais, embora não especificamente para uso em configurações de cuidados de longo prazo. Consiste em duas questões, uma sobre perda de peso recente e não intencional e outra sobre o apetite. O MUST é normalmente usado com adultos que vivem na comunidade, mas é projetado para uso universal. Inclui perguntas sobre o IMC, perda de peso não intencional e doença aguda (MANGELS, 2018).

A avaliação nutricional do idoso faz parte da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) por ser uma ferramenta sensível de detecção de fatores de risco associados à desnutrição. Dessa forma, a utilização de métodos com questões simples e rápidas permite detectar sinais de alertas do estado nutricional e, assim, direcionar as intervenções que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde (GRACIANO *et al.*, 2018).

Não há um consenso sobre o melhor instrumento, assim como não há padrões para a triagem nutricional no Brasil. Uma das ferramentas mais utilizadas é a Mini Avaliação Nutricional (MNA), a qual consiste em questões e medidas para determinar um escore indicador de desnutrição. Ela fornece um método simples e rápido de identificação de pacientes idosos que apresentam risco de desnutrição ou que já estão desnutridos (GRACIANO *et al.*, 2018).

Outro fator importante a ser analisado é a hidratação, pois a desidratação ocorre frequentemente entre os idosos

e pode ter graves consequências. Porém, se for identificada precocemente, pode reduzir o risco de hospitalização (MANGELS, 2018).

## Necessidades Nutricionais do Idoso

As alterações fisiológicas, patologias crônicas e situações individuais que ocorrem com o envelhecimento geralmente interferem no estado nutricional do idoso. Assim, as necessidades nutricionais devem ser individualizadas para cada caso. Os inquéritos alimentares objetivam avaliar a qualidade e a quantidade dos alimentos consumidos, baseados no autorrelato dos pacientes. Já o método bioquímico, apresenta os resultados mais objetivos e confiáveis, visto que estes são obtidos através da análise de amostras de sangue do paciente. Os principais marcadores são a albumina, o colesterol total e frações, a transferrina, o hematócrito, a hemoglobina e a contagem de linfócitos (TRAMONTINO *et al.*, 2009).

De uma forma geral, as necessidades energéticas do indivíduo idoso são menores que as dos indivíduos jovens. Isso ocorre devido à diminuição da taxa metabólica basal, que, em parte, pode ser explicada pela alteração da composição corporal do idoso, com redução da massa muscular e aumento da massa gordurosa. A alimentação adequada pode levar a uma velhice saudável, com maior capacidade funcional e menor incidência de doenças. Dessa forma, o acompanhamento da alimentação por profissionais da saúde, através da identificação de possíveis riscos ou de erros alimentares já instalados e a consequente orientação para uma nutrição adequada, adaptada às condições de cada indivíduo idoso, devem ser constantes para que a vida longa, desejada por

todos, seja prazerosa e não onerosa (TRAMONTINO *et al.*, 2009).

## Práticas associadas à alimentação para prevenção à desnutrição do idoso

O estilo de vida que cada um leva ao passar dos anos pode ser determinante para a forma de envelhecimento que teremos. Quanto à questão da desnutrição, mais presente em idosos, é importante que se fale em prevenção. A desnutrição acontece porque os idosos estão mais debilitados e acometidos por diferentes comorbidades, acarretando a diminuição de apetite e, por consequência, a falta de nutrientes e de vitaminas essenciais para o ser humano (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Uma das práticas para prevenir a desnutrição é o rastreamento desse idoso, fazendo o acompanhamento dele através das medidas antropométricas. Todos os dados devem ser registrados no processo individual dos idosos, acompanhando-os de forma sistemática, integrando todos os rastreios realizados e os seus resultados, assim como os registros de peso efetuados periodicamente. Além disso, a perda de peso e a sua monitorização são consideradas indicadores de qualidade na avaliação do estado nutricional do idoso (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

O nutricionista deve ser destacado como o interveniente central no apoio nutricional a idosos, transmitindo responsabilidades e competências aos cuidadores, aos profissionais de saúde e ao próprio idoso (ARVANITAKIS *et al.*, 2009).

Acredita-se que uma alimentação de forma adequada, com os nutrientes essenciais para cada indivíduo, possa auxiliar na prevenção da desnutrição em idosos, assim como o acompanhamento do profissional nutricionista. A interven-

ção multiprofissional, portanto, pode reduzir o risco de desnutrição entre os pacientes idosos: o enfermeiro deve avaliar o estado de hidratação e examinar quanto à desnutrição; a equipe médica e o serviço social devem ser consultados sobre seu estado mental deteriorante; o dentista pode aumentar o conforto e permitir uma ingestão alimentar mais variada; o nutricionista realiza o acompanhamento para desenvolver uma abordagem mais detalhada (MANGELS, 2018).

## Considerações finais

Apesar da desnutrição em idosos não ser totalmente desconhecida, há necessidade de uma maior sensibilização pela equipe profissional, pelos cuidadores, familiares e também na comunidade em geral. É importante fornecer informações sobre saúde e nutrição equilibrada de uma maneira contínua e coerente, usando os meios mais adequados para atingir a população, tais como meios audiovisuais, clínicos gerais e organizações de feiras de saúde.

A desnutrição deve ser abordada com a mesma preocupação demonstrada em relação à obesidade, por exemplo. A criação de políticas públicas de prevenção e atenção à desnutrição são formas que podem ser utilizadas para alertar a população em geral, pois muitas vezes o próprio idoso não sabe que está desnutrido, sendo importante, ainda, atentar aos familiares e cuidadores quanto à alimentação e à observação do seu estado nutricional.

O acompanhamento do profissional nutricionista deve ser contínuo e o idoso deve procurar atendimento e tomar as medidas necessárias para prevenir a desnutrição. Alimentação adequada e mudanças no estilo de vida são itens que devem ser levados para os hábitos diários, diminuindo assim o

número de internações e gastos por parte da saúde pública, acarretadas por esse problema.

## Referências

- ARVANITAKIS, M. *et al.* Nutrition in care homes and home care: Recommendations – a summary based on the report approved by the Council of Europe. *Clinical Nutrition*, v. 28, n. 5, p. 492–496, out. 2009.
- ASSUMPÇÃO, D. DE *et al.* Fatores associados ao baixo peso em idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1143–1150, abr. 2018.
- CORTEZ, A. C. L.; MARTINS, M. DO C. DE C. E. Indicadores Antropométricos do Estado Nutricional em Idosos: Uma Revisão Sistemática. *Journal of Health Sciences*, v. 14, n. 4, 2 jul. 2015.
- DORNER, B. *et al.* Position of the American Dietetic Association: individualized nutrition approaches for older adults in health care communities. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 110, n. 10, p. 1549–53, out. 2010.
- FERGUSON M, *et al.* Desenvolvimento de um instrumento de triagem de desnutrição válido e confiável para pacientes hospitalizados agudos adultos. *Nutrição*, v. 15, n. 6, p. 458–464, 1999.
- GRACIANO, A. R. *et al.* AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E RISCO DE DESNUTRIÇÃO EM IDOSOS COM DEMÊNCIAS. *Saúde e Pesquisa*, v. 11, n. 2, p. 293, 30 ago. 2018.
- MANGELS, A. R. Ce: Malnutrition in Older Adults. *Ajn, American Journal of Nursing*, v. 118, n. 3, p. 34–41, 1 mar. 2018.
- MARCHINI, J. S.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C. Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. *Medicina (Ribeirao Preto. Online)*, v. 31, n. 1, p. 54, 30 mar. 1998.
- NHANES, FROM E. Banco de dados. [s.d.].
- OLIVEIRA, L. P. *et al.* Prevalência de desnutrição em idosos institucionalizados: uma revisão crítica sistemática. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 2, n. 3, p. 135, 12 set. 2014.
- PEREIRA, I. F. DA S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. DE M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 5, p. 12, 3 jun. 2016.
- RUBENSTEIN LZ, *et al.* Rastreamento da desnutrição na prática geriátrica: desenvolvendo a avaliação mini-nutricional curta (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v. 56, n. 6, p. 366–372, 2001.

- SILVA, J. L. *et al.* Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 2, p. 443–451, jun. 2015.
- SOARES, A. L. G.; MUSSOI, T. D. Mini-avaliação nutricional na determinação do risco nutricional e de desnutrição em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 29, n. 2, p. 10, 2014.
- SOUSA, K. T. DE *et al.* Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3513–3520, ago. 2014.
- SPEROTTO, F. M.; SPINELLI, R. B. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim-RS. *Perspectiva*, v. 34, n. 125, p. 105–116, 2010.
- TOLEDO, D. O. *et al.* Campanha “Diga não à desnutrição”: 11 passos importantes para combater a desnutrição hospitalar. *BRASPEN*, v. 33, n. 1, p. 86–100, 2018.
- TRAMONTINO, V. S. *et al.* Nutrição para idosos. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, v. 21, n. 3, p. 258–67, 2009.
- WAITZBERG, D. L.; CAIAFFA, W. T.; CORREIA, M. I. Hospital malnutrition: the Brazilian national survey (IBRANUTRI): a study of 4000 patients. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, v. 17, n. 7–8, p. 573–80, 2001.

# 16

## O uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos e as alterações fisiológicas no organismo envelhecido

*Juliana Deboni  
Marilene Rodrigues Portella  
Ana Paula de Souza*

### Introdução

O envelhecimento é um processo natural e normal na vida dos seres vivos. Todavia, observamos que no desenvolvimento humano, muitas vezes, o processo fisiológico do envelhecimento de um indivíduo é alterado pela presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que são enfermidades de longa evolução e acompanhadas por alterações degenerativas em diferentes tecidos (OPAS, 2005) e que, por vezes, geram incapacidades, além de representar a

maior carga de morbimortalidade no Brasil (BRASIL, 2011; MALTA *et al.*, 2017).

O controle e o tratamento das DCNT são complexos, visto que acarreta uma condição que exige o uso de medicamentos, muitas vezes com presença de polifarmácia. Prescrição inapropriada é aquela em que o risco de complicações supera os eventuais benefícios. Pode-se caracterizar pelo uso de medicamentos considerados inapropriados principalmente os que apresentam meia-vida longa e faixa terapêutica estreita, ou seja, as concentrações séricas tóxicas e terapêuticas são muito próximas, pelo emprego de doses e interações inapropriadas.

Os critérios de avaliação da adequação dos medicamentos utilizados por idosos, frequentemente observados na literatura, são os propostos por Beers *et al.*, publicados em 1991 e atualizados em 1997, 2002, 2012 e 2015, possibilitando contemplar modificações ocorridas na farmacoterapia ao longo do tempo.

Dentre as limitações de Beers (2015), estão os medicamentos relacionados para clínica nos Estados Unidos, sendo que lá existe uma atualização com muitos pontos fortes, com uma abordagem terapêutica baseada em evidências. Os critérios são divididos em: a) Medicamentos ou classe de medicamentos que deveriam ser evitados em idosos, independente do diagnóstico ou da condição clínica, devido ao alto risco de efeitos colaterais e pela existência de outros fármacos mais seguros; b) Medicamentos ou classe de medicamentos que não devem ser usados em determinadas circunstâncias clínicas.

## Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas

As mudanças no padrão de adoecimento são caracterizadas pelo aumento da prevalência das DCNT, que são enfermidades de longa evolução e etiologia não totalmente elucidada, acompanhada por alterações degenerativas em diferentes tecidos e que geram incapacidades, sequelas e óbitos (OPAS, 2005; BRASIL, 2011).

Devido ao declínio orgânico que ocorre com o passar dos anos, as condições crônicas tendem a se agravar. Com isso, o indivíduo necessitará de uma farmacoterapia complexa para minimizar possíveis sinais e sintomas ou mesmo no controle dos agravos, visando uma manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa (CUNHA et al., 2018). Na situação de multimorbidade, a qual é definida como a presença de uma ou mais condições crônicas (DHALWANI et al., 2016; RAMOS et al., 2016), a terapêutica medicamentosa leva os idosos ao uso de diversos medicamentos. Esta prática é conhecida como polifarmácia, sendo estes medicamentos prescritos por profissionais habilitados ou por automedicação, o que ocasiona, em ambos os casos, graves riscos à saúde e elevada taxa de morbimortalidade (CUNHA et al., 2018).

Somado ao declínio das funções fisiológicas e ao estilo de vida do idoso, o conceito de “doença única”, onde um único problema pode explicar todos os sintomas, deve ser cuidadosamente considerado, pois idosos costumam apresentar um somatório de sinais e sintomas, resultado de várias doenças concomitantes (quadro 1), onde a insuficiência de um sistema pode levar à insuficiência de outro (RAMOS, et al., 2016).

Dentre os fatores que afetam a farmacoterapia no idoso, os parâmetros farmacocinéticos (absorção, distribuição,

biotransformação e eliminação) e farmacodinâmicos (interação fármaco-receptor) são os que provocam maior impacto na terapia, podendo ser observados na Tabela 1 (CUNHA, et al., 2018).

Tabela 1: Alterações farmacocinéticas ocorridas no organismo envelhecido.

Alterações farmacocinéticas/ referências	Características
<p style="text-align: center;"><b>ABSORÇÃO</b> Abrantes, 2013. Franco, Bernardes, Chorilli, 2005.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aumento pH gástrico devido à redução da produção basal, alterando ionização e a solubilidade de alguns fármacos;</li> <li>• redução do fluxo sanguíneo visceral retardando ou reduzindo a absorção de fármacos;</li> <li>• redução do esvaziamento gástrico, retardando a absorção ou aumentando a degradação de fármacos devido ao tempo prolongado e contato com o ácido clorídrico;</li> <li>• aumento da incidência de divertículos, o que provoca maior frequência de síndromes e má absorção;</li> <li>• redução do efeito de primeira passagem hepática, aumentando a biodisponibilidade de fármacos na circulação sistêmica.</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>DISTRIBUIÇÃO</b> Abrantes, 2013. Franco, Bernardes, Chorilli, 2005.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aumento do tecido adiposo em 15% a 30% de peso corporal, aumentando o depósito de fármacos lipossolúveis, gerando steady state prolongado;</li> <li>• decréscimo de 30% da massa muscular, diminuindo a vida média de fármacos hidrossolúveis;</li> <li>• diminuição dos níveis de albumina sérica, prejudicando o transporte e aumentando a fração livre dos fármacos no plasma, podendo exacerbar as ações de corticosteroides, antidepressivos (ex. lítio) e ácido acetilsalicílico;</li> <li>• diminuição da água corporal em no mínimo 10% podendo gerar quadros de intoxicação. Diuréticos podem potencializar esse efeito.</li> </ul>

Alterações farmacocinéticas/ referências	Características
<p><b>BIOTRANSFORMAÇÃO</b>  <i>Abrantes, 2013.</i>  <i>Franco, Bernardes,</i>  <i>Chorilli, 2005.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• diminuição do tamanho do fígado, entre 25% a 35%;</li> <li>• diminuição do fluxo hepático, como consequência da metabolização de fármacos, dificultando a eliminação;</li> <li>• diminuição do fluxo biliar;</li> <li>• diminuição da síntese de proteínas, lipídios e glicose;</li> <li>• declínio de diversas enzimas hepáticas que atuam no sistema microsomal P450, aumentando a distribuição de fármacos lipossolúveis devido a deficiência de metabolização.</li> </ul>
<p><b>ELIMINAÇÃO</b>  <i>Abrantes, 2013.</i>  <i>Franco, Bernardes,</i>  <i>Chorilli, 2005.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perda de 40% do parênquima renal;</li> <li>• hialinização de 20% a 30% dos glomérulos levando ao decréscimo da filtração glomerular;</li> <li>• aumento dos divertículos tubulares (túbulos coletores) gerando a presença de cistos renais;</li> <li>• dependência da secreção de prostaglandinas para compensar os efeitos vasoespásticos locais da renina na filtração glomerular;</li> <li>• decréscimo de 30% a 40% da filtração glomerular;</li> <li>• perda da capacidade dos túbulos renais de concentrar a urina em desidratações, eliminar excesso de água e de íons hidrogênio e não conservar sódio nas restrições de sal;</li> <li>• aumento da concentração de todos os fármacos;</li> <li>• aumento da incidência de efeitos colaterais a medicamentos.</li> </ul>

Alterações orgânicas, como redução do fluxo sanguíneo renal pela aterosclerose, podem modificar a sensibilidade a fármacos de ação central, como antidepressivos e benzodiazepínicos; redução do reflexo barorreceptor pode desen-

causar hipotensão postural induzida por anti-hipertensivos; alterações da termorregulação próprias da idade avançada podem estar relacionadas à hipotermia induzida por medicamentos; menor sensibilidade do sistema nervoso autônomo que possibilita o desenvolvimento frequente de distúrbios de controle pressórico, vesical e intestinal; distúrbios cognitivos relacionados a quadros depressivos e de demência podem progredir mediante administração medicamentosa; a imunossenescência interfere na imunidade celular e alterações metabólicas aumentam a intolerância à glicose (FRANCO, BERNARDES, CHOROLLI, 2005).

Outro ponto são as mudanças em receptores e sítios de ação que geram alterações em receptores GABA, alfa e beta adrenérgicos, muscarínicos e renais do paratormônio. A diminuição desses receptores estaria associada às diferentes respostas apresentadas pelos idosos a medicamentos como vitamina D, benzodiazepínicos e anticolinérgicos em geral.

O indivíduo idoso tem maior consumo de medicamentos em relação a outras faixas etárias. Como consequência, são relacionados como agravantes para este consumo excessivo: múltiplas morbidades, percepção de saúde negativa, automedicação, esquema terapêutico inadequado e atendimento por diversos profissionais da área da saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2017; CUNHA *et al.*, 2018).

## Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos

O uso de MPI é altamente prevalente na população idosa e evidências sugerem que independe do contexto do cuidado. Adicionalmente, alguns fatores de risco para seu uso, já conhecidos, são de difícil modificação devido, principalmente, à existência de doenças crônicas e de condições

resultantes do processo de envelhecimento (CASSONI *et al.* 2014).

No Brasil, foi possível verificar o uso e medicamentos inadequados por meio de uma pesquisa através do estudo SABE no município de São Paulo, que verificou a prevalência do uso de MPI pelos idosos participantes da comunidade. O uso de MPI esteve associado ao sexo feminino, faixa etária de 75 anos ou mais, uso de cinco ou mais medicamentos, duas ou mais doenças crônicas. Encontrou-se o uso de 36 medicamentos inapropriados, a maioria de venda sob prescrição (CASSONI *et al.* 2014). Os MPI mais utilizados na pesquisa foram do Sistema Cardiovascular (10,3%); Sistema Nervoso Central (7,2%), amitriptilina, diazepam, fluoxetina, hidroxizine, clordiazepóxido, anoréxicos, clordiazepóxido + amitriptilina, anfetaminas, barbitúricos, flurazepam; musculoesquelético (5,7%); sistema digestivo e metabolismo (3,6%); sistema respiratório (2,3%); sistema geniturinário (1,7%); sistema sanguíneo (0,8%); antibacterianos para uso sistêmico (0,2%), estudo relaciona que alguns idosos utilizaram mais de um MPI (CASSONI *et al.* 2014).

O uso de medicamentos pelos idosos tem gerado preocupação quanto aos gastos excessivos e aos possíveis efeitos não benéficos ou indesejáveis. O perfil de uso obedece a peculiaridade de idade, gênero, inserção social, estado de saúde e classe terapêutica, e a inadequação traduz-se por quantidade e qualidade impróprias dos medicamentos utilizados (NOBREGA; KARNIKOWSKI, 2005).

Heppenstall *et al.* (2016) comparou a prevalência, nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), acerca de medidas preventivas e uso de MPI em idosos que faleceram no período de 12 meses versus aqueles que permaneceram vivos no período de 12 meses, através de estudo transversal de 6196 pessoas residentes em ILPI em Auckland,

na Nova Zelândia. Paralelamente, um médico pesquisou registros hospitalares em banco de dados eletrônico a fim de ter uma subamostra (n = 222) desses residentes. Mais da metade dos participantes receberam anti-hipertensivos e agentes antiplaquetários. Medicamentos cardiovasculares utilizados na profilaxia foram significativamente mais prescritos naqueles que faleceram dentro do intervalo de 12 meses, 70% dos idosos que estavam em cuidados de alto nível receberam psicotrópicos, entre 63% a 69%. MPI foram comumente usado, cerca de 63% utilizam 1 ou mais MPI. O uso de medicamentos profiláticos são comuns na prática clínica em ILPI, especialmente durante o último ano de vida e psicotrópicos são muito utilizados, apesar de potencialmente inapropriado.

Janus *et al.* (2016) relatam, através de revisão de literatura, que apesar das numerosas advertências das agências farmacêuticas europeias e nacionais, bem como das diretrizes clínicas desde o ano de 2004, os medicamentos psicotrópicos ainda são frequentemente usados na demência em ILPI em diferentes países da Europa Ocidental. As taxas de prescrição de antipsicóticos e antidepressivos foram agrupadas por países, utilizando 37 estudos sobre o uso de drogas antipsicóticas e 27 estudos sobre o uso de drogas antidepressivas, realizados em 12 países europeus diferentes. O uso de antipsicóticos em ILPI variou de 12% a 59% e o uso de antidepressivos de 19% a 68%. As maiores taxas de prescrição de medicamentos antipsicóticos foram encontradas na Áustria, Irlanda e Bélgica, enquanto que para antidepressivos foram encontrados na Bélgica, Suécia e França. Os dados sugerem que a Noruega tem a melhor relação com o baixo uso de drogas antipsicóticas. Apesar das advertências sobre os efeitos colaterais e recomendações para intervenções não-farmacológicas

lógicas, os antipsicóticos e antidepressivos são drogas comumente usadas em ILPI.

Para prevalência de MPI para idosos institucionalizados em um hospital público de longa permanência no município de São Paulo, foram analisadas 253 prescrições médicas, e entre os idosos deste estudo, 149 (59%) eram do gênero masculino e 104 (41%) do gênero feminino. A média de idade era  $74 \pm 9$  anos. A mediana do tempo de institucionalização foi de 62 (1-942) meses. Dentre as prescrições médicas analisadas, a média era de  $7 \pm 3$  medicamentos e a mediana foi de 6 (1 - 15) medicamentos prescritos e 68 (27%) continham pelo menos um medicamento inapropriado para idosos (CHAGAS *et al.*, 2018)

Garbin *et al.* (2017) descrevem o perfil da farmacoterapia utilizada por idosos institucionalizados no estado de São Paulo. Participaram do estudo 261 idosos com idade  $\geq 60$  anos, sendo que 73,9% foram acometidos pela polifarmácia. Foram prescritos 1452 medicamentos, sendo a maioria (36%) com ação sobre o Sistema Nervoso Central. 50,6% consumiam pelo menos um MPI diariamente, sendo o diazepam (8,4%) e a fluoxetina (7,7%) os mais utilizados. Quanto ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados, verificou-se uma alta prevalência, sendo a polifarmácia e a depressão os fatores associados a sua utilização.

Em estudo recente realizado por Faber, Scheicher, Soares (2017) sobre Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedição em Idosos Institucionalizados, houve predomínio da farmacoterapia relacionada ao sistema nervoso com psicofármacos entre os quais os psicolépticos, especialmente os ansiolíticos (35,8%), antidepressivos (30,86%), seguidos pelos medicamentos antiepilépticos (20,99%) e antiparkinsonianos (12,35%).

Lima *et al.* (2017) avaliaram as Reações adversas a medicamentos entre idosos institucionalizados. Dos 253 idosos que utilizavam medicamentos diariamente, 17,4% apresentaram reações adversas, totalizando 68 ocorrências. Entre os participantes do estudo que utilizavam um MPI para idoso, 95,4% apresentaram uma reação adversa, sendo o ácido acetilsalicílico e a risperidona os medicamentos associados à maior prevalência de reações (31,2%). Os fatores que apresentaram associação estatística significativa com a ocorrência de reações adversas foram o sedentarismo ( $p=0,04$ ) e uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos ( $p=0,02$ ).

## Considerações finais

Diante da elevação na expectativa de vida e, consequentemente, do aumento de comorbidades, os contextos epidemiológicos e demográficos comprovam a necessidade de maior conhecimento dos profissionais de saúde no aspecto da assistência geriátrica, principalmente a respeito do uso de medicamentos, especificamente, devido à prevalência do uso de MPI e polimedicação. Visto que o risco-benefício do uso de MPI poderá acometer negativamente a qualidade de vida do idoso devido à ocorrência de efeitos adversos, interações medicamentosas, o uso inadequado de medicamentos e custos elevados com sua saúde.

Cabe aos profissionais da saúde, por meio de uma abordagem criteriosa e monitoramento do plano terapêutico, minimizar os possíveis efeitos e reações adversas quanto ao uso dessas medicações.

## Referências

ABRANTES, F. B. Seguimento farmacoterapêutico em idosos polimedicados. *Universidade Fernando Pessoa Faculdade das Ciências da Saúde Porto*, 2013.

BEERS MH, OUSLANDER JG, POLLINGER J, REUBEN DB, BROOKS J, BECK JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing homes residents. *Arch Intern Med* 1991; 151:1825-32.

BEERS MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly: an update. *Arch Int Med* 1997; 157:1531-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CASSONI *et al.* Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(8):1708-1720, ago, 2014 . Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1708.pdf>> Acessado em fevereiro de 2018.

CHAGAS V., ASSIS D., GORZONI M., VALENTE. Uso de medicamentos inapropriados em idosos institucionalizados no município de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. *Value in Health, Elsevier*, Oct–Nov 2017

CUNHA, J. C. *et al.* Farmacoterapia no idoso: uma abordagem multifatorial. *Ciência Atual*, Rio de Janeiro, v. 11 n° 1, 2018. . Disponível em <<http://www.sl121.com.br/revista-ciencia-atual/index.php/cafsj/index>> Acessado em fevereiro de 2018.

CAVALCANTI, G. *et al.* Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online]. 2017, v. 20, n.5, pp.634-642. ISSN 1981-2256.

DHALWANI, N.N. *et al.* Long terms trends of multimorbidity and association with physical activity in older English population. *Int J Behav Nutr Phys Act.* v. 13, n. 8, 2016. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4717631/?tool=pubmed>> Acessado em: Setembro 2017.

FABER, L. M., SCHEICHER, M. E., SOARES, E. Depressão, Declínio Cognitivo e Polimedicação em idosos institucionalizados. *Revista Kairos Gerontologia*, 20(2), 195-210. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, 2017.

GARBIN C., LIMA T., ARAÚJO P., GARBIN A., ARCIERI R., SALIBA O. Perfil da farmacoterapia utilizada por idosos institucionalizados. *Arch Health Invest.*, 2017.

HEPPENSTALL, C. P. *et al.* Medication use and potentially inappropriate medications in those with limited prognosis living in residential aged care. [s.d.]. *Australasian Journal on Ageing*, Vol 35 No 2 June 2016, E18–E24

LIMA T., GARBIN C., ARAÚJO P., GARBIN A., SALIBA T., SALIBA O., Reações adversas a medicamentos entre idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Arch Health Invest*, Uberlândia – MG, Brasil, 2017.

NOBREGA OT, KARNIKOWSKI MG. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência Saúde Coletiva* 2005; 10:309-12.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. . Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)> Acessado em janeiro de 2018.

OSHIMA-FRANCO, Y., CHORILLI, M. & BERNARDES, A. Intoxicação Medicamentosa no Idoso. *Saúde Rev.*, Piracicaba, 7(15): 53-61, 2005. . Disponível em <<http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1284824327saude15art08.pdf>> Acessado em janeiro de 2018.

RAMOS *et al.* Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública*, 2016;50(supl 2):9s.

# 17

## Interações medicamentosas e polifarmácia em idosos institucionalizados

*Ana Paula de Souza  
Charlize Dallazem Bertol  
Juliana Deboni*

### Introdução

A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e atingiu 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017 (IBGE 2018).

Em 2012 a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. Os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (IBGE, 2018).

Entre 2012 e 2017 a quantidade de idosos cresceu em todas as unidades da federação, sendo os estados com maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambos com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60

anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população (IBGE, 2018).

A polifarmácia e a inadequação da terapêutica, especialmente na população idosa, aumentam a demanda dos serviços de saúde, os riscos de reações adversas e de interações medicamentosas, favorecem a internação hospitalar ou contribuem para ampliar a sua duração, elevando os custos da saúde (PINTO *et al.*, 2014).

Garantir a segurança farmacoterapêutica dos idosos é mais complexo do que em outras faixas etárias. Isso ocorre em virtude das alterações fisiológicas e consequentes mudanças no perfil farmacocinético e farmacodinâmico de inúmeros fármacos (ex.: redução no fluxo sanguíneo e função hepática e renal; aumento da massa adiposa; redução da quantidade de água corporal e massa muscular; redução da espessura da barreira hematoencefálica; menor resposta dos receptores 'beta' cardíacos e respiratórios (ANACLETO, 2017).

A população idosa constitui grupo de risco para a ocorrência de reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e outros eventos adversos, em decorrência, principalmente, da utilização de múltiplos medicamentos e da frequência elevada de internações hospitalares. É frequente apresentarem associação significativa entre a prescrição de medicamentos inadequados e de interações medicamentosas potenciais, encontrando-se como fator de risco o número de medicamentos prescritos por dia. Ocorre também prevalência significativa de interações devido ao uso de outras alternativas terapêuticas ou de alterações nas doses ou na via de administração dos medicamentos (COSTA; PEDROSO, 2011).

O número de interações medicamentosas nas prescrições de pacientes idosos pode ser diretamente proporcional ao número de medicamentos e de comorbidades. Da mesma forma, a ocorrência de interações fármaco-fármaco pode apresentar-se elevada, abrangendo significância clínica. As interações medicamentosas podem induzir eventos adversos como: hipoglicemia, cardiotoxicidade, inefetividade da terapia, sobrecarga renal e hepática, e sangramentos que comprometem a segurança da farmacoterapia do idoso, interferindo significativamente na funcionalidade e na qualidade de vida relacionada à saúde.

As interações medicamentosas e o uso sinérgico de medicamentos podem melhorar ou prejudicar a ação farmacológica e trazer consequências ao paciente. Para evitar graves consequências é importante que os profissionais de saúde conheçam os tipos de interações que podem ocorrer entre os medicamentos disponibilizados nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI,) bem como, sistematizar os processos de monitorização para que possam garantir a segurança da terapia medicamentosa e consequentemente, a segurança do paciente.

## Polifarmácia

O processo de envelhecimento é marcado por uma elevação da frequência de doenças crônicas não-transmissíveis, acompanhado por uma maior demanda pelos serviços de saúde e por medicamentos, o que predispõe a população geriátrica aos riscos da polifarmácia, entendida como o consumo de vários medicamentos, e definida com a utilização diária de cinco ou mais fármacos (GOTARDELO *et al.*, 2014).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns encontram-se a hipertensão, diabetes, hipercolesterolo-

lemia e doenças cardiovasculares, e em decorrência disso os pacientes utilizam uma grande quantidade de medicamentos, os quais podem trazer benefícios, quando usados corretamente, e podem trazer prejuízos se não utilizados adequadamente (PINTO *et al.*, 2014).

O aumento da população idosa contribui para a prevalência de inúmeras doenças cujo tratamento, na maioria das vezes, só é possível com a utilização de medicamentos, ou seja, através dos recursos farmacológicos. Neste sentido, a hipertensão arterial é a doença crônica não transmissível mais predominante entre os idosos. Sua prevalência aumenta progressivamente com o envelhecimento, sendo considerada o principal fator de risco cardiovascular modificável nesta população. São considerados idosos, sob o ponto de vista cronológico, indivíduos com 65 anos ou mais de idade, vivendo em países desenvolvidos, ou com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Em prescrições médicas de idosos é comum encontramos dosagens inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância – uso de fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica – além de medicamentos sem valor terapêutico. Isso se deve ao fato dos medicamentos serem prescritos para os idosos sem clareza entre a doença e a ação farmacológica sendo, muitas vezes, possivelmente empregados de forma equivocada, como consequência de uma cultura de medicalização, impulsionada pelo valor simbólico atribuído aos medicamentos (GOTARDELO *et al.*, 2014).

Com os avanços nos estudos da indústria farmacêutica, o uso de vários medicamentos como estratégia terapêutica e o crescente número destes agentes no mercado, são fatores que podem contribuir para ampliar os efeitos benéficos da terapia, mas que também possibilitam o aparecimento de

efeitos indesejados, tais como aqueles decorrentes de interações medicamentosas (GOTARDELO *et al.*, 2014).

A prática da polifarmácia, por muitas vezes faz-se necessária, pois muitos idosos possuem doenças e sintomas múltiplos que requerem o uso de vários medicamentos para garantir melhor qualidade de vida. Essa prática não indica necessariamente que a prescrição e o uso dos fármacos estejam incorretos. Todavia, há altas taxas de prevalência da polifarmácia e o uso de vários medicamentos aumenta o risco de reações adversas e interações medicamentosas (COSTA; PEDROSO, 2011).

Há evidências de que mulheres praticam com maior frequência a polifarmácia. Isso pode estar ligado a questões como o fato das mulheres viverem mais que os homens e conviverem por maior tempo com as doenças crônicas, e também à maior atenção que dão aos seus problemas de saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

## Interações medicamentosas

As interações medicamentosas podem ser farmacodinâmicas, farmacocinéticas ou físicoquímicas. As interações farmacodinâmicas ocorrem quando a capacidade de interagir com o sítio de ação é alterada pela presença de outro medicamento. Já as interações farmacocinéticas ocorrem quando um medicamento altera o perfil de absorção, distribuição, metabolismo e excreção de um outro fármaco, e as físicoquímicas, também conhecidas como incompatibilidades, são aquelas decorrentes das características físicoquímicas do fármaco que ocorre em geral, antes da administração do medicamento (GONÇALVES DE OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Ao considerarmos o ciclo da farmacocinética, o uso de dois fármacos com a mesma finalidade ou indicação tera-

pêutica deve ser evitado. No processo da absorção existem fármacos que alteram o pH estomacal (ex.: ranitidina), e irão interferir na solubilidade e consequente absorção de outros fármacos que necessitam do pH ácido estomacal para se solubilizar.

No processo da distribuição do medicamento, deve haver cuidado ao administrar dois fármacos que apresentam um alto percentual de ligação à proteínas. Somente fármaco livre tem ação terapêutica. Contudo, ao administrar dois fármacos que tem esse alto percentual de ligação às proteínas, um será deslocado, resultando em mais fármaco livre e consequentemente toxicidade.

Já na etapa da metabolização, fármacos que possuem a mesma via de metabolização (ex. fármacos metabolizados pela enzima CYP3A), não devem ser utilizados em conjunto. Especialmente em pacientes com insuficiência hepática, por causar sobrecarga hepática.

Na excreção, os mecanismos de eliminação de fármacos envolvem filtração glomerular e secreção ativa. Esse segundo mecanismo é saturável, ou seja, se dois fármacos utilizam esse mesmo mecanismo de excreção, um será deslocado, e não será eliminado no tempo esperado, podendo ocasionar toxicidade.

Interações medicamentosas são situações em que os efeitos de um fármaco modificam-se, ou quando ocorre o surgimento de um novo efeito em decorrência da presença de outro fármaco. Devido a essas potenciais alterações nos efeitos farmacológicos, as interações podem ser consideradas uma forma de reação adversa medicamentosa, que em um conceito mais amplo, entende-se como qualquer malefício causado pela administração de um fármaco (GOTARDELO *et al.*, 2014).

A existência de interações medicamentosas representa um grave problema de saúde pública, que traz custos elevados ao sistema, e que deve ser tratado com preocupação e responsabilidade pelos médicos, farmacêuticos e demais profissionais de saúde (GONÇALVES DE OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Quanto à gravidade, as interações medicamentosas podem ser classificadas em potencialmente leves, moderadas ou graves. As interações moderadas e graves podem requerer intervenção médica específica para reduzir, respectivamente, a exacerbação de condições clínicas previamente existentes e a possibilidade de efeitos adversos graves. Nem todas as interações medicamentosas são clinicamente relevantes e, mesmo na presença de associações com riscos moderados a graves, antes da substituição ou suspensão dos fármacos envolvidos, admitem-se a monitorização clínico-laboratorial e a verificação da relação risco-benefício quanto ao seu uso (GOTARDELO *et al.*, 2014).

No estudo de GOTARDELO *et al.* (2014), realizado em indivíduos de 60 anos ou mais, a prevalência de potenciais interações medicamentosas foi de 55,6%. As classes terapêuticas mais frequentemente envolvidas em potenciais interações medicamentosas foram anti-inflamatórios e, principalmente, fármacos utilizados em doenças cardiovasculares, em especial bloqueadores dos canais de cálcio e diuréticos. O estudo destaca a importância epidemiológica do grande número de prescrições contendo anti-inflamatórios associados a anti-hipertensivos. Além disso, há fatores que se somam aos já reconhecidamente capazes de se associarem a uma maior frequência de interações medicamentosas entre idosos, tais como a presença de automedicação e de internação recente.

Em uma pesquisa com 30 idosos, de ambos os sexos, em uso contínuo de medicamentos, e participantes do grupo da “Melhor Idade” de um programa de extensão da faculdade privada do município de Valparaíso de Goiás – GO, foram avaliados as interações medicamentosas das prescrições dos idosos. Observou-se que 56,7% dos idosos não apresentaram interações medicamentosas, 6,7% tiveram interações benéficas, 16,7% interação com a automedicação, consumo de álcool ou chá, 6,7% interações com associações de medicamentos e 13,3% (n=4) interações maléficas. A doença com maior prevalência foi hipertensão, (46,7%, n = 14), e conseqüentemente a classe farmacológica mais utilizada foi anti-hipertensivo (33,8%, n = 27) (GONÇALVES DE OLIVEIRA et al., 2013).

Interações medicamentosas e a farmacoterapia de paciente geriátricos com síndromes demenciais foram avaliadas e, os medicamentos mais usados foram para o sistema cardiovascular (30,8%), sendo os mais comuns os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) (4,7%) e os diuréticos tiazídicos (3,8%). A polifarmácia foi verificada em 73,3% dos pacientes, mais predominante em pacientes do sexo feminino (54,5%). Verificou-se que as interações medicamentosas mais frequentes aconteceram entre os anti-hipertensivos (30,5%), seguidos do uso concomitante de betabloqueadores e inibidores da acetilcolinesterase (IACH), enquanto que as de menor frequência aconteceram entre os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e os diuréticos (2,2%) (PINHEIRO; CARVALHO; LUPPI, 2013).

Neste mesma pesquisa, ao avaliar o nível de severidade das interações medicamentosas, observou-se que, 95,7% foram do tipo moderada, que requer o monitoramento da terapia farmacológica. Todavia, as interações entre os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueador

de canal cálcio (4,34%) apresentaram nível de severidade menor, ou seja, não requerem mudanças na terapia farmacológica (PINHEIRO; CARVALHO; LUPPI, 2013).

Em uma investigação com o objetivo de analisar a prevalência e significância clínica de interações medicamentosas identificadas nas prescrições de pacientes idosos hipertensos, em uma unidade básica de saúde, na cidade de Ribeirão Preto, SP, a média de medicamentos prescritos por paciente foi de 7,5 (DP=2,8) e todos apresentaram, no mínimo, uma interação medicamentosa. Do total de 169 interações identificadas, 17,1% eram graves, e a prevalência de interações medicamentosas foi de 100% (n = 40) (PINTO *et al.*, 2014).

O estudo demonstrou que o número de interações medicamentosas é diretamente proporcional ao número de medicamentos e comorbidades e evidenciou que, a interação é um evento altamente frequente nos idosos atendidos na atenção primária incluídos no estudo. Esse grupo etário, habitualmente, apresenta várias doenças crônicas que levam ao fenômeno da polipatologia e, conseqüentemente, a uma alta taxa de utilização de serviços de saúde e o emprego de múltiplos medicamentos (PINTO *et al.*, 2014).

Entre os medicamentos mais utilizados, o ácido acetilsalicílico (AAS) esteve presente em 31 (77,5%) das prescrições médicas, seguido pela hidroclorotiazida – 25 (62,5%), sinvastatina – 24 (60,0%), omeprazol – 24 (60,0%), metformina – 22 (55,0%), enalapril – 22 (55,0%), glibenclamida – 11 (27,5%), captopril – 7 (17,5%), dentre outros (PINTO *et al.*, 2014).

Com relação ao número de interações, o AAS somou 64; o enalapril 51; a hidroclorotiazida 41; a glibenclamida 26; a metformina 19; a sinvastatina 11; o anlodipino 9; o captopril 10 e a furosemida 11. O AAS foi o medicamento mais utilizado neste estudo, seguido pela hidroclorotiazida e sinvastati-

na. O AAS em idosos, é utilizado de forma elevada, pois tem a indicação de antiagregante plaquetário, com dose usual de 100mg (PINTO *et al.*, 2014).

No estudo transversal de ALJADANI; ASEERI, 2018, realizado com 310 pacientes, com o objetivo de estimar a prevalência de interações medicamentosas em pacientes geriátricos de uma farmácia de atendimento ambulatorial da Arábia Saudita, o perfil do medicamento para cada paciente foi analisado pelo Lexi-Interact, um abrangente programa de análise de interação droga-droga (DDI).

O Lexi-Interact categorizou as DDIs em cinco categorias de acordo com sua classificação de risco, sendo categoria A: os dados não demonstraram interações farmacodinâmicas ou farmacocinéticas entre os medicamentos especificados, categoria B: os medicamentos especificados podem interagir entre si, mas há pouca ou nenhuma evidência de preocupação clínica resultante do uso concomitante, C: os medicamentos podem interagir entre si de maneira clinicamente significativa, mas os benefícios do uso concomitante desses dois medicamentos geralmente superam os riscos, D: dois medicamentos podem interagir entre si de maneira clinicamente significativa, uma avaliação específica do paciente deve ser conduzido para determinar se os benefícios da terapia concomitante superam os riscos, e X: os medicamentos especificados podem interagir uns com os outros de maneira clinicamente significativa, mas os riscos associados ao uso concomitante desses medicamentos geralmente superam os benefício (LEXICOMP 2018).

Assim, a prevalência global de DDIs de todas as categorias foi de 90,64% (IC 95%). A prevalência de DDIs da categoria B foi de 55,80% (IC95%), DDIs categoria C 87,74% (IC 95%), DDIs categoria D 51,93% (IC95%) e os pares que

interagem na categoria X 16,45% (IC 95%) (ALJADANI; ASEERI, 2018).

Dados revelam que as classes farmacológicas envolvidas mais frequentemente em interações medicamentosas são os fármacos que atuam nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, nervoso e musculoesquelético (GOTARDELO *et al.*, 2014).

Para o sucesso do seguimento farmacoterapêutico, é importante, além da indicação correta, o conhecimento da influência de um fármaco sob o outro, e é isto que garante a segurança e o uso racional dos medicamentos. Os idosos, por serem grandes consumidores de medicamentos, são mais vulneráveis à ocorrência de potenciais interações medicamentosas. Assim, ressalta-se a importância de determinar a prevalência de potenciais interações medicamentosas e os fatores associados a essa ocorrência (perfil sociodemográfico e indicadores das condições de saúde) nessa população, além de descrever e discutir as interações mais frequentemente encontradas, inclusive em relação ao potencial de gravidade (GOTARDELO *et al.*, 2014).

As interações medicamentosas são um importante objeto de investigação, uma vez que o potencial para interação medicamentosa aumenta com o avançar da idade, e se justifica com a mudança do perfil farmacológico, consequência do processo de envelhecimento (PINHEIRO; CARVALHO; LUPPI, 2013).

## Considerações finais

Os idosos são usuários de um grande número de medicamentos que podem ocasionar interações medicamentosas graves. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de estudos que detectem essas interações. Há a necessidade de uma

equipe multiprofissional no atendimento, tendo em vista que a terapia deve ser individualizada, e considerar todos os aspectos biológicos do paciente.

## Referências

ALJADANI, R.; ASEERI, M. Prevalence of drug – drug interactions in geriatric patients at an ambulatory care pharmacy in a tertiary care teaching hospital. *BMC Research Notes*, 2018. p. 1–7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13104-018-3342-5>>.

ANACLETO, T. A. Medicamentos potencialmente inadequados para idosos. *ISPM - Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos*, 2017. v. 7, n. 3, p. 1–6.

COSTA, S. C.; PEDROSO, Ê. R. A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica : atualização. *Rev Med Minas Gerais*, 2011. v. 21, n. 2, p. 201–214.

GONÇALVES DE OLIVEIRA, J. *et al.* Interações medicamentosas em idosos do grupo da “Melhor Idade” de uma Faculdade Privada do município de Valparaíso de Goiás-GO. *J Health Sci Inst*, 2013. v. 31, n. 4, p. 410–13. Disponível em: <[https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/04\\_out-dez/V31\\_n4\\_2013\\_p410-413.pdf](https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2013/04_out-dez/V31_n4_2013_p410-413.pdf)>. Acesso em: 12 maio 2018.

GOTARDELO, D. R. *et al.* Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2014. v. 9, n. 31, p. 111. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/833>>.

IBGE. Censo Demográfico 2010. 2012. p. 1–30.

JACKSON, S. P. The growing complexity of platelet aggregation. *Blood*, 2006. v. 109, n. 12, p. 5087–5095. Disponível em: <<http://www.bloodjournal.org/content/109/12/5087.abstract>>.

LORGA FILHO, A. M. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2013. v. 101, n. 3, p. 01-93. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.2013S009>>.

MARAGAÑO, L. P. J. *et al.* Antiagregantes Plaquetarios : Mecanismos de acción y riesgos asociados al uso. *Revista de La Facultad de Química Farmacêutica*, 2009. v.15, n. 1, p. 133 - 143,2009.

PINHEIRO, J. S.; CARVALHO, M. F. C.; LUPPI, G. Interação medicamentosa e a farmacoterapia de pacientes geriátricos com síndromes demenciais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2013. v. 16, n. 2, p. 303–314. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232013000200010&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232013000200010&lng=pt&tlng=pt)>.

PINTO, N. B. F. *et al.* Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: Prevalência e significância clínica. *Revista Enfermagem*, 2014. v. 22, n. 6, p. 785–791.

SANTOS, T. *et al.* Consumo de medicamentos por idosos , Goiânia , Brasil. *Rev Saúde Pública*, 2013. v. 47, n. 1, p. 94–103.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7a Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. 2016. v. 107.

WEBER, M. A *et al.* Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Journal of clinical hypertension* (Greenwich, Conn.), 2014. v. 16, n. 1, p. 14–26. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24341872>>.

# 18

## Teoria do Apego e os efeitos do abuso sexual infantil no adulto

*Eduardo dos Santos de Lima  
Silvana Alba Scortegagna*

### Introdução

O entendimento dos estilos de apego desenvolvidos a partir do abuso sexual pode contribuir com futuras pesquisas e intervenções. Pode nortear profissionais que atuam junto às vítimas, a melhor compreender os processos envolvidos desde o trauma até os efeitos observados na vida adulta. Para atingir esse objetivo, este texto está organizado em três partes: a primeira introduz a Teoria do Apego e o abuso sexual infantil; a segunda discorre sobre os efeitos do trauma na vida adulta; e a última descreve as considerações finais.

### Teoria do Apego e abuso sexual infantil

John Bowlby (1969, 1989) fala em sua Teoria do Apego que este é um fator biológico movido pela busca de segurança e conforto, sendo estruturado por formações de modelos operantes internos, representações mentais da pessoa e de

suas figuras de apego. A criança percebe o cuidador como fonte de segurança, de modo que ela possa explorar os arredores e, quando sentir medo, retornar para o conforto seguro nos braços do cuidador.

Essa dinâmica da criança com seu cuidador e as resultantes dela irá culminar em três principais padrões de apego, baseados no funcionamento dos sujeitos. No primeiro, o Apego Evitativo, o sujeito tem uma visão positiva de si, porém vê os outros de forma negativa. No Apego Ansioso, o sujeito se vê de forma negativa e mantém uma visão positiva sobre os outros. E no Apego Seguro, o sujeito tem uma visão positiva de si e também dos outros (YIP *et al.*, 2018).

Partindo desse entendimento sobre os tipos de apego (BOWLBY, 1969), quando os cuidadores criam relações que ofereçam perigo, privações, perdas ou rejeição, as crianças poderão desenvolver estilos de apego ansioso nos quais os autores Cassidy e Shaver (2008) relatam estar associadas ao desenvolvimento de problemas de saúde mental. Há uma conexão entre apego ansioso oriundo da infância e episódios de depressão na adolescência e na fase adulta (GABATZ *et al.*, 2017; WU *et al.*, 2018).

Wu *et al.* (2018), ao relacionar vítimas de abuso sexual na infância com os efeitos observados, citam haver desenvolvimento de processos negativos de cognição, resultando em pensamentos automáticos e disfuncionais, contribuindo para formação de estilos de apego negativos, como apego ansioso ou evitativo, em relação às outras pessoas. Essa combinação resulta em interpretações precipitadas nas relações interpessoais e no sofrimento enfrentado. Os autores consideram esse conjunto um forte indicador da vulnerabilidade que esses sujeitos têm para o desenvolvimento de depressão.

Avançando nos efeitos psicológicos decorrentes do abuso sexual na infância, no estudo de Briere *et al.* (2017), os

autores trazem o aumento da literatura sobre os efeitos dos maus-tratos e do abuso sexual na infância e as consequências decorrentes desses eventos traumáticos no processo de envelhecimento que incluem ansiedade, estresse pós-traumático, comportamento disfuncional e autodestrutivo, perturbações sexuais, preocupações somáticas e dificuldades de relacionamento, condizentes com os padrões de apego ansioso e evitativo.

Encontram-se também associações entre abuso sexual na infância e o desenvolvimento de preocupações com problemas de saúde física na idade adulta (ROSEN *et al.*, 2017). Neste estudo, os autores descrevem relações entre apego ansioso e o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, úlceras e dores físicas. Tal estudo mostrou como as violências sofridas na infância estão conectadas com aumento da preocupação com sintomas físicos e como os hábitos sobre a saúde sofrem influência das características do estilo de apego ansioso a que as vítimas se encontravam.

A violência sexual infantil frequentemente está associada à transmissão intergeracional de padrões de apego ansioso (ALEXANDER, 1992). Há o risco de que a criança que foi vítima de abuso sexual cresça e se torne um abusador, repetindo sua história na tentativa de compreender o que aconteceu, e transmitindo um legado de abuso e apego ansioso. As marcas físicas e psicológicas da violência sexual sofrida tendem a permanecer por toda a vida. Se não forem reconhecidas e tratadas psicologicamente, podem converter-se em problemas nos padrões de apego. A avaliação psicológica precoce pode ser grande aliada na compreensão da estrutura e do funcionamento psicodinâmico das vítimas.

Nesse entendimento, buscou-se, a partir de uma revisão sistemática de literatura, o que dizem os artigos publicados entre os anos de 2008 e 2018 com os descritores

“Attachment Theory” e “Child sexual abuse” nas bases de dados da Capes. Foram encontrados 220 artigos que tiveram seus resumos avaliados. Utilizando como critério de exclusão artigos duplicados (n=2) e artigos com incoerência com o tema (n=205), foram utilizados neste estudo 13 artigos, todos internacionais, em que 12 artigos discutiram os efeitos do abuso sexual infantil e um artigo discutiu uma intervenção realizada em pacientes ambulatoriais. Na próxima sessão serão discutidos os efeitos danosos da vitimização sexual e, na sequência, as questões relacionadas à intervenção.

## Efeitos do trauma da vitimização sexual infantil avaliados na vida adulta

A figura 1 representa de forma esquematizada o que dizem os artigos sobre os danos sofridos pelas vítimas de abuso sexual infantil, relatados na vida adulta. Observa-se que a partir do desenvolvimento de estilo de apego ansioso, surgem três eixos principais que se dividem em efeitos específicos de cada esfera da vida.

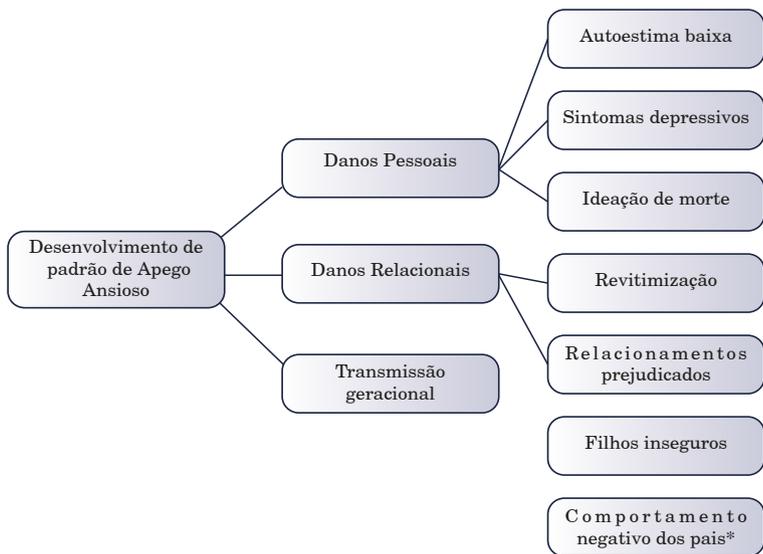


Figura 1. Danos observados em pessoas adultas que sofreram abuso sexual infantil. Nota: \*hostilidade parental, controle psicológico e indisponibilidade dos pais para os filhos

Os primeiros efeitos do abuso sexual infantil usualmente são de caráter pessoal e atingem a autoestima da vítima. O estudo de Barnum e Perrone-McGovern (2017) buscou examinar a relação entre abuso sofrido na infância e os efeitos no bem-estar subjetivo. Este estudo contou com 217 estudantes universitários com idade média de 22 anos e foi encontrada conexão entre apego seguro e elevada autoestima sexual com melhores índices de bem-estar subjetivo. Porém, quando houve ocorrência de abuso, todos os indicadores caem, a presença de apego ansioso passa a prevalecer e a autoestima pessoal e sexual é baixa.

Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Espeleta, Palasciano-Barton, e Messman-Moore (2017), ao avaliar 830 mulheres com média de idade 18 anos.

Entre os resultados, a desregulação da emoção torna-se eixo importante em relação à gravidade do abuso, e com isso houve um comportamento mais acentuado em relação ao apego ansioso e evitativo.

Sintomas depressivos também foram associados ao abuso sexual infantil (WU *et al.*, 2018). Os papéis da gratidão e autocompaixão mostraram-se fatores de proteção aos sintomas depressivos em amostra de 358 universitárias com média de idade de 19 anos. Os adultos tiveram diminuição significativa da gratidão em suas vidas, sendo essa diminuição associada à depressão. Apego ansioso é usado pelos autores para explicar a relação entre abuso sexual e sintomas depressivos em adultos.

Ainda sobre o transtorno depressivo, Smith *et al.* (2012) examinaram a interação da orientação do apego e o desajustamento social agudo como fatores de risco para ideação de morte em uma amostra de 106 mulheres com idades entre 19 e 57 anos, que possuíam diagnóstico de Depressão Maior e histórias de abuso sexual na infância. Os resultados demonstraram fortes associações entre a ideação da morte e o desajustamento social, e sugerem que a ideação da morte pode ser específica para certos domínios de ajuste nos estilos de apego ansioso e evitativo.

Cantón-Cortés, Cortés, e Cantón (2015) pesquisaram os efeitos do apego seguro, evitativo e ansioso na sintomatologia depressiva em vítimas de abuso sexual infantil entre mulheres jovens e adultas. Participaram do estudo 168 vítimas de abuso sexual infantil, com média de idade de 19 anos. Os efeitos do estilo de apego foram mais importantes nos casos onde o abuso consistia em sexo oral/penetração, com perpetrador não familiar, e em caso isolado, comparado com o abuso continuado. Estes resultados confirmam que as características do abuso sexual, a relação com o perpetrador

e a continuidade do abuso, podem afetar o impacto do estilo de apego na sintomatologia depressiva.

O segundo eixo de efeitos danosos da violência sexual sofrida na infância encontrados no presente estudo alcança as primeiras relações das vítimas. Reese-Weber e Smith (2011) avaliaram como os efeitos do abuso sexual infantil atuam quando as vítimas chegam ao primeiro semestre da faculdade. Participaram do estudo 67 mulheres vítimas de abuso sexual na infância e 55 não-vítimas, com média de idade de 18 anos. Os resultados apontam que as participantes do grupo de vítimas estavam mais propensas a ser sexualmente vitimadas durante o primeiro semestre da faculdade e que o apego ansioso desempenhou um papel importante nesse resultado. Ou seja, há uma probabilidade maior de que a criança que sofreu abuso sexual na infância sofra revitimização dentro daquele contexto.

No campo dos relacionamentos amorosos, o estudo de Walker, Holman, e Busby (2009) teve como objetivo entender como os efeitos do abuso sexual na infância, em conjunto com outras experiências negativas como negligência e maus-tratos, família disfuncional, convivência com abusadores de substâncias ou doentes mentais, foram carregadas para dentro dos relacionamentos românticos adultos. Os pesquisadores entrevistaram 15.831 sujeitos casados ou que coabitam com um companheiro. O primeiro achado mostrou que, para as vítimas de violência sexual infantil, quanto mais experiências negativas se associarem ao abuso, maior o poder de influência na percepção de que os eventos da infância influenciam experiências adultas. O segundo achado evidencia que a violência sexual e outras experiências não estão relacionadas diretamente com a satisfação nos relacionamentos em todos os casos - os autores referem que histórico de abuso não é automaticamente um determinante de

problemas na vida adulta-. A terceira descoberta mostra que há uma série de mecanismos que atuam no desenvolvimento de sintomas dentro dos relacionamentos, no qual iniciam com a percepção do passado atuando no presente e tendo a depressão como fator principal de influência. Os autores sugerem que terapias baseadas no relacionamento do casal atuam para reduzir apego ansioso e aumentar o apego seguro.

O trabalho de Tardif-Williams *et al.* (2017) teve como objetivo examinar a associação entre abuso infantil e a qualidade dos relacionamentos e apego seguro em jovens adultos. Participaram do estudo 1.885 pessoas entre 21 e 35 anos que sofreram algum tipo de abuso físico ou sexual. Este estudo mostrou que há uma propensão maior para o desenvolvimento de apego ansioso em vítimas de abuso sexual do que em vítimas de abuso físico. Crianças vítimas de abuso tendem a ter relacionamentos interpessoais prejudicados, e esse efeito pode persistir na idade adulta, sendo fortemente ligada as dificuldades na saúde mental dessas pessoas.

Após os relacionamentos interpessoais, no terceiro eixo, os estudos avaliaram a relação entre mães que sofreram abuso sexual na infância e seus filhos. O estudo de Kwako *et al.* (2010) avaliou em uma amostra de 35 mulheres com média de 25 anos, sendo 16 mulheres vítimas de abuso sexual infantil e 54 crianças filhas dessas mães, com idade média de cinco anos. As mães vítimas apresentavam comportamentos condizentes com padrão de apego ansioso, enquanto as crianças filhas dessas vítimas apresentavam padrões extremos de ansiedade e autoproteção. Também foram identificados nessas crianças taxas mais altas de sentimentos de hostilidade, raiva e busca por conforto.

Situação semelhante foi encontrada no estudo de Pasalich *et al.* (2016), que analisou 115 mães adolescentes com

idade média de 17 anos e seus filhos, com média de idade de cinco anos. Quando comparados com filhos de não-vítimas, as crianças filhas de mães que sofreram abuso sexual na infância eram mais inseguras, o que pode estar relacionada com um aumento de comportamentos hostis apresentados por suas mães.

Harel e Finzi-Dottan (2018) avaliaram ambos os pais, 177 mulheres e 36 homens, com idades entre 20 e 60 anos, buscando verificar como estilos de apego, regulação emocional e cognitivo, seriam preditores de comportamento parental positivo ou negativo. Os autores concluíram que abusos físicos e sexuais têm maior impacto no apego ansioso fazendo com que déficits na regulação emocional sejam capazes de predizer comportamentos negativos dos pais, como hostilidade parental, controle psicológico e indisponibilidade dos pais para os filhos.

Ainda enquanto preditor de comportamento, o trabalho de Morais *et al.* (2018) examinou os efeitos do abuso sexual infantil em 498 adolescentes masculinos julgados para crimes sexuais, com média de 16 anos. História de abuso sexual infantil foi correlacionada positivamente com o risco de ofender sexualmente outras pessoas e com padrões específicos de ofensa sexual, embora os autores pontuem que, segundo a literatura, a maioria das vítimas de abuso sexual na infância não irá desenvolver problemas de comportamento sexual. Os resultados desse trabalho destacam que os adolescentes julgados por crimes sexuais com histórico de abuso sexual infantil apresentam diferenças no funcionamento sexual e psicológico, bem como marcadamente padrões sexuais ofensivos diferentes quando comparados com adolescentes sem histórico de abuso sexual infantil. Os adolescentes julgados por crimes sexuais apresentam problemas de apego não especificados pelos autores, embora relatem haver sin-

tomas de ansiedade e estresse pós-traumático, condizentes com apego ansioso em pessoas com histórico de abuso sexual infantil.

A literatura é escassa quanto ao trabalho desenvolvido com o intuito de oferecer tratamento às vítimas, informação que deve ser vista dentro das limitações desta pesquisa pela Teoria do Apego. Apenas um estudo buscou avaliar o tratamento de vítimas de abuso sexual infantil (LAHAV; ELKLIT, 2016). Foram acompanhadas 407 mulheres adultas com média de idade de 35 anos, sobreviventes de abuso sexual infantil, pacientes ambulatoriais em quatro centros de tratamento na Dinamarca. As mulheres foram avaliadas no início do tratamento, seis meses após o início do tratamento e 12 meses após o início do tratamento. Os resultados indicaram que tanto o apego ansioso quanto a dissociação, definida como defesa psíquica diante de um evento traumático na tentativa de fugir da dor a partir de pensamentos e afetos desintegrados no fluxo de consciência e memória, diminuíram com o tempo durante o tratamento. Elevado apego ansioso foi associado à dissociação elevada em cada uma das medições. Houve associação entre apego evitativo e dissociação durante o tratamento, sugerindo que baixos níveis de apego evitativo predizem o declínio na dissociação e vice-versa. As descobertas sugerem que o tratamento contribui para gerar um ciclo de cura no qual a reabilitação do apego promove a reintegração o que, por sua vez, aprofunda a restauração do apego. A próxima sessão encerra este capítulo e contempla a compreensão final sobre os temas abordados.

## Considerações finais

Os trabalhos trazem, dentro dos diversos contextos, que as vítimas que sofreram abuso sexual na infância carregam os efeitos danosos ao longo da vida. Embora cada pessoa possa desenvolver sintomas específicos, os artigos concordam que a partir da Teoria do Apego, as vítimas de abuso sexual comumente apresentam comportamentos de apego ansioso e algumas desenvolvem padrões de apego evitativo. Isso significa que a relação com outras pessoas tende a ser atravessada pelo trauma ocorrido na infância.

Os efeitos do abuso sexual infantil foram elencados em três grandes eixos, considerando a presença de padrões de apego inseguro. O primeiro eixo discorreu sobre os efeitos individuais, tendo a depressão como grande desfecho. O segundo eixo trouxe evidências de como as relações interpessoais são afetadas, inclusive com o risco de revitimização em alguns contextos. No terceiro eixo, observou-se como o abuso sexual pode influenciar negativamente o desenvolvimento dos filhos das vítimas, pois eles tendem a desenvolver estilos de apego ansioso e a culminar em problemas psicossociais.

Em contrapartida, o estudo que buscou avaliar intervenções à população vitimizada sexualmente, mostra que é possível obter êxito no tratamento quando bem orientado. Porém, quanto mais tardio for o tratamento, mais o abuso sexual na infância vai se entrelaçando com outros acontecimentos traumáticos que podem transcorrer na vida do sujeito, ocasionando mais dificuldade nas intervenções. Destaca-se assim a necessidade de avaliações e intervenções precoces, a fim de minimizar os efeitos traumáticos da violência sexual sofrida.

## Referências

- ALEXANDER, P. C. Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 60, n. 2, p. 185–195, 1992.
- BARNUM, E. L.; PERRONE-MCGOVERN, K. M. Attachment, Self-Esteem and Subjective Well-Being Among Survivors of Childhood Sexual Trauma. *Journal of Mental Health Counseling*, v. 39, n. 1, p. 39–55, jan. 2017.
- BOWLBY, J. *Apego e perda: Apego - A natureza do vínculo*. v. 1 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1969.
- \_\_\_\_\_. *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1989.
- BRIERE, J. *et al.* Disengaged parenting: Structural equation modeling with child abuse, insecure attachment, and adult symptomatology. *Child Abuse & Neglect*, v. 67, p. 260–270, 1 maio 2017.
- CANTÓN-CORTÉS, D.; CORTÉS, M. R.; CANTÓN, J. Child Sexual Abuse, Attachment Style, and Depression: The Role of the Characteristics of Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 30, n. 3, p. 420–436, 2015.
- CASSIDY, J.; SHAVER, P. R. *Handbook of attachment : theory, research, and clinical applications*. 2008.
- ESPELETA, H. C.; PALASCIANO-BARTON, S.; MESSMAN-MOORE, T. L. The Impact of Child Abuse Severity on Adult Attachment Anxiety and Avoidance in College Women: The Role of Emotion Dysregulation. *Journal of Family Violence*, v. 32, n. 4, p. 399–407, 2017.
- GABATZ, R. I. B. *et al.* Teoria do Apego, Interacionismo Simbólico e Teoria Fundamentada nos dados: Articulando referenciais para a pesquisa. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 26, n. 4, p. 1940017, 2017.
- HAREL, G.; FINZI-DOTTAN, R. Childhood Maltreatment and its Effect on Parenting among High-Risk Parents. *Journal of Child and Family Studies*, v. 27, n. 5, p. 1513–1524, 2018.
- KWAKO, L. E. *et al.* Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, v. 15, n. 3, p. 407–422, 2010.
- LAHAV, Y.; ELKLIT, A. The cycle of healing - dissociation and attachment during treatment of CSA survivors. *Child Abuse and Neglect*, v. 60, p. 67–76, 2016.

MORAIS, H. B. *et al.* Childhood Sexual Abuse in Adolescents Adjudicated for Sexual Offenses: Mental Health Consequences and Sexual Offending Behaviors. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, v. 30, n. 1, p. 23–42, 2018.

PASALICH, D. S. *et al.* Child abuse history in teen mothers and parent-child risk processes for offspring externalizing problems. *Child Abuse and Neglect*, v. 56, p. 89–98, 2016.

REESE-WEBER, M.; SMITH, D. M. Outcomes of child sexual abuse as predictors of later sexual victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 26, n. 9, p. 1884–1905, 2011.

ROSEN, L. *et al.* Childhood Victimization and Physical Health in Women: The Mediating Role of Adult Attachment. *Journal of Interpersonal Violence*, p. 1–24, 2017.

SMITH, P. N. *et al.* The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, v. 68, n. 1, p. 78–87, 2012.

TARDIF-WILLIAMS, C. Y. *et al.* The Impact of Childhood Abuse and Current Mental Health on Young Adult Intimate Relationship Functioning. *Journal of Interpersonal Violence*, v. 32, n. 22, p. 3420–3447, 2017.

WALKER, E. C.; HOLMAN, T. B.; BUSBY, D. M. Childhood sexual abuse, other childhood factors, and pathways to survivors' adult relationship quality. *Journal of Family Violence*, v. 24, n. 6, p. 397–406, 2009.

WU, Q. *et al.* Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child Abuse and Neglect*, v. 80, p. 62–69, 2018.

YIP, J. *et al.* Attachment theory at work: A review and directions for future research. *Journal of Organizational Behavior*, v.39, p. 185-198, 2018.

## Sobre os autores

**Alessandro Adami** - Psicólogo. Graduado em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo. Especialista em psicologia clínica. Mestrando do Programa de pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: adamipsico@gmail.com

**Ana Carolina Bertoletti De Marchi** - Bacharel em Informática pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestre em Ciência da Computação e Doutora em Informática na Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano e em Computação Aplicada, ambos da Universidade de Passo Fundo. E-mail: carolina@upf.br

**Ana Luisa Sant'Anna Alves** - Nutricionista. Graduada em Nutrição pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Docente do programa de pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, Doutora em Epidemiologia pela Unisinos e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: alves.als@upf.br

**Ana Paula de Souza** - Farmacêutica. Graduada em Farmácia pela Universidade de Passo Fundo. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: anapauladesouza@yahoo.com.br

**Bruna da Silva Pavan** - Enfermeira. Graduada pela Universidade de Passo Fundo – RS. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade de Passo Fundo – RS e em Docência do Ensino Técnico pela Faculdade SENAC Santo Amaro – SP. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: bruupavan@gmail.com

**Carlos Eduardo de Oliveira Duarte** - Tecnólogo em Estética e Cosmética. Graduado em Estética e Cosmética pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (2018). Docente e Coordenador do Curso Superior de Tecnologia de Estética e Cosmética - Centro Universitário IDEAU. Diretor da Associação Nacional de Estética e Cosmética (ANEC). E-mail: 120678@upf.br

**Charlize Dallazem Bertol** - Farmacêutica. Graduada em Farmácia pela Universidade de Passo Fundo. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: charise@upf.br

**Cleide Fátima Moretto** - Economista. Mestre em Economia (Ufrgs). Doutora em Teoria Econômica (USP). Estágio Pós-doutoral em Psicologia Social e do Trabalho (Universidade de Lisboa). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano (PPGEH), da Universidade de Passo Fundo (UPF). Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre o Trabalho (Giest/Cnpq). Email: moretto@upf.br

**Daniela de Linhares Garbin Higuchi** - Médica. Graduada em medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Oftalmologia pelo IPB/ Campinas (SP). Título de especialista em Oftalmologia pelo CBO. Integrante do Corpo Clínico da Garbin Oftalmoclínica/Passo Fundo. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – RS. E-mail: daniela.higuchi@uffs.edu.br

**Dione Maria Frizon** - Graduada em Ciências: Habilitação em Química – LP. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: dionesetti@hotmail.com

**Eduardo dos Santos de Lima** - Psicólogo. Graduado pela Universidade de Passo Fundo. Mestrando em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: eduardo\_sevn@hotmail.com

**Eliane Lucia Colussi** - Licenciada em História. Graduada em História pela Universidade de Passo Fundo, Mestre e doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: colussi@upf.br

**Helenice de Moura Scortegagna** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Gerontologia, título concedido pela SBGG. Professora do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: helenice@upf.br

**Charlize Dallazem Bertol** - Farmacêutica. Graduada em Farmácia pela Universidade de Passo Fundo. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: charise@upf.br

**Cleide Fátima Moretto** - Economista. Mestre em Economia (Ufrgs). Doutora em Teoria Econômica (USP). Estágio Pós-doutoral em Psicologia Social e do Trabalho (Universidade de Lisboa). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano (PPGEH), da Universidade de Passo Fundo (UPF). Líder do Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre o Trabalho (Giest/Cnpq). Email: moretto@upf.br

**Daniela de Linhares Garbin Higuchi** - Médica. Graduada em medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Oftalmologia pelo IPB/ Campinas (SP). Título de especialista em Oftalmologia pelo CBO. Integrante do Corpo Clínico da Garbin Oftalmoclínica/Passo Fundo. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – RS. E-mail: daniela.higuchi@uffs.edu.br

**Dione Maria Frizon** - Graduada em Ciências: Habilitação em Química – LP. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: dionesetti@hotmail.com

**Eduardo dos Santos de Lima** - Psicólogo. Graduado pela Universidade de Passo Fundo. Mestrando em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: eduardo\_sevn@hotmail.com

**Eliane Lucia Colussi** - Licenciada em História. Graduada em História pela Universidade de Passo Fundo, Mestre e doutora em História pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: colussi@upf.br

**Helenice de Moura Scortegagna** - Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Gerontologia, título concedido pela SBGG. Professora do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. E-mail: helenice@upf.br

**Hugo Tourinho Filho** - Educador Físico. Mestre em Ciência do Movimento Humano pela Universidade Federal de Santa Maria (1995). Doutor em Educação Física pela Universidade de São Paulo (2001). Livre-Docência em Crescimento e Desenvolvimento pela Universidade de São Paulo (2015). Docente (Professor Associado - RDIDP) da Escola de Educação Física e Esporte da Universidade de São Paulo - Campus Ribeirão Preto (EEFERP/USP) e do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Educação Física e Esporte - EEFERP/USP. E-mail: [tourinho@usp.br](mailto:tourinho@usp.br)

**Gustavo Cavalcanti** – Graduado em Enfermagem, pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano (PPGEH), da mesma instituição. E-mail: [gustavo-cavalcanti@upf.br](mailto:gustavo-cavalcanti@upf.br)

**Jarbas Dametto** – Psicólogo. Graduado pela Universidade de Passo Fundo (UPF) - RS. Mestre e Doutor em Educação pela UPF. Psicólogo Clínico da rede privada. E-mail: [jarbasdametto@gmail.com](mailto:jarbasdametto@gmail.com)

**Jaqueline Doring Rodrigues** - Especialista em clínica médica. Médica-residente do Serviço de Geriatria e Gerontologia da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba. E-mail: [jaquedoring@gmail.com](mailto:jaquedoring@gmail.com)

**Joane Diomara Coleone** - Nutricionista. Graduada em Nutrição pela Universidade de Passo Fundo - RS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: [joane.94@hotmail.com](mailto:joane.94@hotmail.com)

**João Paulo de Carli** - Cirurgião-Dentista. Graduado em Odontologia pela Universidade de Passo Fundo/RS. Especialista em Prótese Dentária pela Universidade Cruzeiro do Sul, Mestre em Odontologia (Estomatologia) pela UNESP Araçatuba/SP e Doutor em Odontologia (Estomatologia) pela PUC-PR. Professor Adjunto III da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo/RS. E-mail: [joaodecarlii@upf.br](mailto:joaodecarlii@upf.br)

**Jorge Luiz Andrade da Silva Júnior** - Bacharel e Licenciado em Educação Física. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: [jorginho\\_dasilvajr@hotmail.com](mailto:jorginho_dasilvajr@hotmail.com)

**Juliana Deboni** - Farmacêutica. Graduada em Farmácia pela Universidade de Passo Fundo - RS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: [juju\\_deboni@hotmail.com](mailto:juju_deboni@hotmail.com)

**Júlio César Stobbe** – Médico. Graduado em Medicina pela Universidade de Passo Fundo, Mestre e Doutor em Clínica Médica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Preceptor do Programa de Residência em Clínica Médica do Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo - RS. Tutor do Programa Mais Médico para o Brasil. Docente do Curso de Medicina e Diretor do Campus Passo Fundo da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS). E-mail: julio.stobbe@uffs.edu.br

**Leonardo Saraiva** - Cirurgião-Dentista. Graduado pela Faculdade Especializada na Área de Saúde do Rio Grande do Sul - FASURGS. Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela UNOPAR. Mestrando em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF). Bolsista CAPES. E-mail: leo77saraiva@hotmail.com

**Lia Mara Wibelinger** – Fisioterapeuta. Graduada pela Universidade de Cruz Alta (Unicruz) – RS. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (Unaerp) – SP. Mestre e doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) – RS. Docente do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – RS. E-mail: lia-fisio@upf.br

**Luísa Victória Biasi** - Nutricionista. Graduada pela Universidade de Passo Fundo – RS. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – RS. E-mail: luisavicc@gmail.com

**Lusiana Santini** - Fisioterapeuta. Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Passo Fundo. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: luisantini@hotmail.com

**Marilene Rodrigues Portella** - Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade de Passo Fundo. Especialista em Gerontologia, título concedido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestre e doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Titular da Universidade de Passo Fundo. Docente do Programa da Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (PPGEH-UPF). E-mail: portella@upf.br

**Marluce de Oliveira Muhl** – Educadora Física: Graduada em Educação Física pela Universidade de Passo Fundo (UPF). Técnica em Prótese

Dentária pela IODONTUS Odontologia do Sul. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo.

E-mail: mari.muhl@gmail.com

**Matheus Santos Gomes Jorge** – Fisioterapeuta. Graduado pela Universidade de Passo Fundo (UPF) – RS. Especialista em Fisioterapia Traumatológico-ortopédica pela Universidade de Passo Fundo (UPF) – RS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: matheussgjorge@gmail.com

**Milena Paula Zancanaro** - Graduada em Filosofia e bolsista de Iniciação Científica (UPF). E-mail: milenazancanaro@gmail.com

**Nadir Antonio Pichler** - Doutor em filosofia e docente do Programa de Pós Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – RS. E-mail: nadirp@upf.br

**Paula Manfredi** - Nutricionista. Graduada pela Universidade de Passo Fundo – RS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: paula.manfredi@hotmail.com

**Paulo Roberto Grafitti Colussi** - Cirurgião-Dentista: Graduado na Universidade de Passo Fundo (UPF). Mestre em Odontologia pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professor da Faculdade de Odontologia da Universidade de Passo Fundo. E-mail: paulocolussi@upf.br

**Rafael Czamanski** – Fotógrafo. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Bacharel em Administração de Empresas pela Faculdade Anhanguera em Passo Fundo (2008). Especialista em Fotografia e Imagem em movimento pela Universidade Positivo - Curitiba - PR. E-mail: rafafotografo@yahoo.com.br

**Raquel Debon** - Enfermeira. Graduada pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Uri Campus de Erechim - RS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: raquedebon@hotmail.com

**Sabrina Andreia Tubin** - Graduada em Estética e Cosmética. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. E-mail: [sabritubin@hotmail.com](mailto:sabritubin@hotmail.com)

**Sabrina Fernanda Romanssini** – Tecnóloga em Estética e Cosmética. Graduada pela Universidade de Passo Fundo – RS. Especialista em Massoterapia. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo – RS. E-mail: [sah-sin05@hotmail.com](mailto:sah-sin05@hotmail.com)

**Silvana Alba Scortegagna** – Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo – SP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo – RS. E-mail: [silvanalba@upf.br](mailto:silvanalba@upf.br)

**Tatiane Carla Reginatto Franceshini** - Psicóloga. Graduada pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Especialista em Gestão de Pessoas pela UCS. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Coordenadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário IDEAU, Caxias do Sul (RS). E-mail: [tati.carla@hotmail.com](mailto:tati.carla@hotmail.com).

# Envelhecimento Humano

Retratos do conhecimento