

EDILSON COELHO SAMPAIO

ORGANIZADOR



ENVELHECIMENTO H U M A N O

DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS

VOLUME I



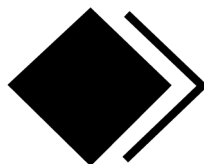
editora científica

Edilson Coelho Sampaio
Organizador

ENVELHECIMENTO HUMANO

Desafios Contemporâneos

1ª Edição
2020



editora científica

Copyright© 2020 por Editora Científica Digital

Copyright da Edição © 2020 Editora Científica Digital

Copyright do Texto © 2020 Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

E61 Envelhecimento humano [recurso eletrônico] : desafios contemporâneos: volume 1 / Organizador Edilson Coelho Sampaio. – Guarujá, SP: Científica Digital, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-87196-38-1

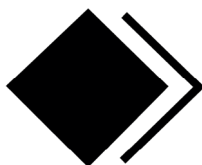
DOI 10.37885/978-65-87196-38-1

1. Envelhecimento – Aspectos sociais. 2. Velhice – Brasil.
I.Sampaio, Edilson Coelho.

CDD 305.26

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download e compartilhamento desde que os créditos sejam atribuídos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

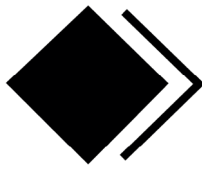


editora científica

EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA

Guarujá - São Paulo - Brasil

www.editoracientifica.org - contato@editoracientifica.org



editora científica

CORPO EDITORIAL

Editor Chefe

Reinaldo Cardoso

Editor Executivo

João Batista Quintela

Editor Científico

Prof. Dr. Robson José de Oliveira

Assistentes Editoriais

Elielson Ramos Jr.

Érica Braga Freire

Erick Braga Freire

Bianca Moreira

Sandra Cardoso

Arte e Diagramação

Andrewick França

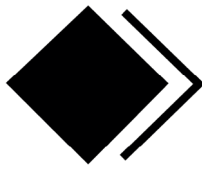
Bruno Gogolla

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior - CRB6/2422

Jurídico

Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852



editora científica

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Robson José de Oliveira - Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Carlos Alberto Martins Cordeiro - Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Ernane Rosa Martins - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Rossano Sartori Dal Molin - FSG Centro Universitário

Prof. Dr. Carlos Alexandre Oelke - Universidade Federal do Pampa

Prof. Me. Domingos Bombo Damião - Universidade Agostinho Neto, Angola

Prof. Dr. Edilson Coelho Sampaio - Universidade da Amazônia

Prof. Dr. Elson Ferreira Costa - Universidade do Estado Do Pará

Prof. Me. Reinaldo Eduardo da Silva Sale - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Prof. Me. Patrício Francisco da Silva - Faculdade Pitágoras de Imperatriz

Prof. Me. Hudson Wallença Oliveira e Sousa - Instituto Nordeste de Educação Superior e Pós-Graduação

Prof^a. Ma. Auristela Correa Castro - Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof^a. Dr^a. Dalízia Amaral Cruz - Universidade Federal do Pará

Prof^a. Ma. Susana Martins Jorge - Ferreira - Universidade de Évora, Portugal

Prof. Dr. Fabricio Gomes Gonçalves - Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Me. Erival Gonçalves Prata - Universidade Federal do Pará

Prof. Me. Gevair Campos - Faculdade CNEC Unai

Prof. Esp. Flávio Aparecido de Almeida - Faculdade Unida de Vitória

Prof. Me. Mauro Vinicius Dutra Girão - Centro Universitário Inta

Prof. Esp. Clóvis Luciano Giacomet - Universidade Federal do Amapá

Prof^a. Dr^a. Giovanna Faria de Moraes - Universidade Federal de Uberlândia

Prof^a. Dr^a. Jocasta Lerner - Universidade Estadual do Centro-Oeste

Prof. Dr. André Cutrim Carvalho - Universidade Federal do Pará

Prof. Esp. Dennis Soares Leite - Universidade de São Paulo

Prof^a. Dr^a. Silvani Verruck - Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Me. Osvaldo Contador Junior - Faculdade de Tecnologia de Jahu

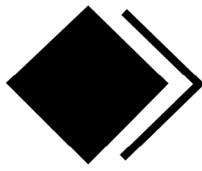
Prof^a. Dr^a. Claudia Maria Rinhel Silva - Universidade Paulista

Prof^a. Dr^a. Silvana Lima Vieira - Universidade do Estado da Bahia

Prof^a. Dr^a. Cristina Berger Fadel - Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a. Ma. Graciete Barros Silva - Universidade Estadual de Roraima

Prof. Dr. Carlos Roberto de Lima - Universidade Federal de Campina Grande



editora científica

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Júlio Ribeiro - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Wescley Viana Evangelista - Universidade do Estado de Mato Grosso Carlos Alberto Reyes Maldonado

Prof. Dr. Cristiano Souza Marins - Universidade Federal Fluminense

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

Prof. Dr. Daniel Luciano Gevehr - Faculdades Integradas de Taquara

Prof. Me. Silvio Almeida Junior - Universidade de Franca

Prof^a. Ma. Juliana Campos Pinheiro - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Raimundo Nonato F. do Nascimento - Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Iramirton Figuerêdo Moreira - Universidade federal de Alagoas

Prof^a. Dra. Maria Cristina Zago - Faculdade de Ciências Administrativas e Contábeis de Atibaia

Prof^a. Dra. Gracielle Teodora da Costa Pinto Coelho - Centro Universitário de Sete Lagoas

Prof^a. Ma. Vera Lúcia Ferreira - Centro Universitário de Sete Lagoas

Prof^a. Ma. Glória Maria de França - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof^a. Dra. Carla da Silva Sousa - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01 14

A COMPREENSÃO DA VELHICE E DO ENVELHECER NA VOZ DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Camila Amthauer; João Werner Falk

CAPÍTULO 02 24

A CONFIGURAÇÃO DO LAZER NO ESPAÇO DAS UNIVERSIDADES DA TERCEIRA IDADE

Minéia Carvalho Rodrigues

CAPÍTULO 03 39

A PRÁTICA DO BALLET CLÁSSICO COMO UMA FERRAMENTA POSITIVA NA MELHORIA DA AUTONOMIA EM IDOSOS.

Adriana Silva de Souza; Ana Paula Alexandre Simon; André Leonardo da Silva Nessi; Aide Angélica de Oliveira Nessi

CAPÍTULO 04 50

A VELHICE NO OLHAR DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM, DIREITO E PEDAGOGIA

Simone Oliveira Ferreira; Andréa Evangelista Lavinsky; Talita Machado Levi; Raimunda Silva D'Alencar

CAPÍTULO 05 68

ACOLHIMENTO PSICOLÓGICO & ALÉM DAS FRONTEIRAS

Giovani André da Silva; Sandra Júnia de Assis Datto

CAPÍTULO 06 79

AFETO FAMILIAR: SENTIMENTO DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS FRENTE AO ABANDONO DA FAMÍLIA

Brenda Raquel Cavalcanti Mamede Alves; Danielle Marinho Brasil; Maria do Socorro Nóbrega Lopes; Elaine Cristine Alves Pegado; Sílvia Ximenes Oliveira; José Cleston Alves Camboim; Francisca Elidivânia de Farias Camboim

CAPÍTULO 07 89

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE LEISHMANIOSE VISCERAL EM IDOSOS NO NORDESTE DO BRASIL

Débora de Souza Lucena; Cláudia Gonçalves Moreno; Sílvia Tavares Donato

SUMÁRIO

CAPÍTULO 08 101

APOSENTADORIA, QUALIDADE DE VIDA E LAZER: UMA ANÁLISE DE SERVIDORES PÚBLICOS FEDERAIS DA EDUCAÇÃO

Priscilla de Oliveira Reis Alencastro; Daniele Behnen; Bruna Stefani Correa Cavalheiro; Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma

CAPÍTULO 09 115

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ALZHEIMER COM ENFOQUE NO CUIDADOR

Ana Lúcia Bibiano; Vera Lúcia Barreto Motta

CAPÍTULO 10 127

ATIVIDADES LÚDICAS E DE SOCIALIZAÇÃO PARA IDOSAS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA EXPERIÊNCIA INTERGERACIONAL

Marizete Gonçalves; Adriana Barni Truccolo

CAPÍTULO 11 145

ATUAÇÃO INTERPROFISSIONAL DIRECIONADA À SAÚDE BUCAL DO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Patrícia Formiga Bandeira Pinheiro; Flávia Gomes Silva; Thiago Felipe Formiga Bandeira Pinheiro; Daysiane Monnalise Diniz Soares Barbosa

CAPÍTULO 12 154

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

Letícia Cristinne Costa da Silva; Luciane Marta Neiva de Oliveira

CAPÍTULO 13 171

AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA À NICOTINA EM IDOSOS

Adélia Maria do Carmo Rodrigues; Brenda Maria Silva Bezerra; Maria Eduarda Lima Oliveira; Clésia Oliveira Pachú

CAPÍTULO 14 180

AVOSIDADE NOS DESENHOS ANIMADOS OCIDENTAIS: ESTILOS DE AVÓS COM NETOS ADOLESCENTES

Natália Pierdoná; Yasmine Oliveira Vieira; Alessandra Ribeiro Ventura Oliveira; Armando José China Bezerra; Lucy Gomes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 15	193
CUIDADOS PALIATIVOS E O MODO DE CUIDAR: ATÉ ONDE VAI O ENVOLVIMENTO?	
Cristina Faresin; Marilene Rodrigues Portella	
CAPÍTULO 16	204
CAPACIDADE FUNCIONAL E ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA NO ENVELHECIMENTO	
Débora Pastoriza Sant' Helena; Priscilla Cardoso da Silva; Andréa Kruger Gonçalves	
CAPÍTULO 17	219
COMORBIDADES ENTRE IDOSOS TABAGISTAS	
Débora Thais Batista Gomes; Jéssika Silva Carvalho; Clésia Oliveira Pachú	
CAPÍTULO 18	229
CONTRIBUIÇÕES DA NEUROPSICOLOGIA PARA O RASTREIO DO ALZHEIMER	
Maria Jeovaneide Ferreira Nobre; Roberta Machado Alves	
CAPÍTULO 19	240
CUIDADOS PALIATIVOS AO IDOSO: RELATO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
Danielle Silva de Meireles; Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt; Cícera Patrícia Daniel Montenegro; Cibelly Nunes Fortunato; Helga de Souza Soares; Caroline Santos de Araújo; Gigliola Magda Oliveira Germano de Melo; Michelle Silva dos Santos; Gilvanise do Nascimento de Melo; Mayara Furtado Silva Bezerra	
CAPÍTULO 20	252
CUSTOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS (ILPI): SIGNIFICAÇÕES E REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	
Telma Regina Stroparo; Fabiele Eidam; Maria Luiza Czaikovski	
CAPÍTULO 21	267
DEFICIÊNCIA FÍSICA OU COM MOBILIDADE REDUZIDA NA VELHICE: QUESTÃO DE ACESSIBILIDADE EM PALMAS-TO	
Denise de Barros Capuzzo; Miliana Augusta Pereira Sampaio; Simone Lima de Arruda Irigon	
CAPÍTULO 22	279
DISCUTINDO ENVELHECIMENTO HUMANO A PARTIR DO COTIDIANO E DA GEOGRAFIA	
Pedro Ricardo da Cunha Nóbrega	

SUMÁRIO

CAPÍTULO 23 295

EFEITOS DO CONVÍVIO DOMICILIAR COM CÃES DE ESTIMAÇÃO NA SAÚDE DE IDOSOS

Camila da Costa Lima Souto; Renan Carlos Freitas da Silva; Catarina Magalhães Porto; Rogério Dubosselard Zimmermann; Maria Lúcia Gurgel da Costa

CAPÍTULO 24 312

ENVELHECER EM CIDADES RURAIS: TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM PESSOAS IDOSAS E NA MATURIDADE

Ludwig Félix Machado Leal; Mísia Carlyne Pereira de Moraes; Karolina Mirella Oliveira Pereira Costa; Josevânia da Silva

CAPÍTULO 25 322

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA (UBSFS) DE CAMPINA GRANDE/PB: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA EXTENSIONISTA

Lucia Maria Patriota; Vania Maria Oliveira Farias; Michele Peres de Oliveira; Cleomar Jamyson da Silva Melo; Anna Raquel Andrade Gonzaga; Sandra Amélia Sampaio Silveira; Bruna Valeska Barros Silva; Maria do Socorro Pontes de Souza

CAPÍTULO 26 334

ESTRATÉGIAS INTERDISCIPLINARES DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM DIABETES PARA REDUÇÃO DOS VALORES DE HEMOGLOBINA GLICADA

Raylan Golinski Costa; Melina Lopes Lima; Kamila Agda Becher Lins; Erildo Vicente Muller; Pollyanna Kássia de Oliveira Borges; Cristina Berger Fadel

CAPÍTULO 27 350

EXPERIENCIA Y REGULACIÓN DE LA TRISTEZA EN LA RED DE APOYO SOCIAL. UN ESTUDIO COMPARATIVO EN CUATRO GRUPOS DE EDAD

María Florencia Giuliani; María Pavón; Josefina Pantusa; Ivan Fuentes; Sofía Pusterla

CAPÍTULO 28 365

IDOSOS EM UMA UNIVERSIDADE DA TERCEIRA IDADE: UM OLHAR NA PERSPECTIVA DE DESVELAR SUAS OCUPAÇÕES

Jeice Sobrinho Cardoso; José Lucas Oliveira de Sena; Fernanda Luciana Monteiro Augusto; Mara Daniele de Sousa Sarmiento; Janaína Machado de Moraes; Kátia Maki Omura; Airle Miranda de Souza; Victor Augusto Cavaleiro Corrêa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 29 385

INTERFERÊNCIA DO PADRÃO RESPIRATÓRIO DE BAIXA FREQUÊNCIA SOBRE PRESSÃO ARTERIAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Ingrid Belchior Pinto; Laíze Aparecida de Paulo Poubel Sobreira; Patricia Luciene da Costa Teixeira

CAPÍTULO 30 397

INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE IDOSOS RESIDENTES DE TRÊS MUNICÍPIOS COM DIFERENTES RENDAS DOMICILIARES PER CAPITA

Simone Stochero Kummer; Irenio Gomes; Claus Dieter Stobäus

CAPÍTULO 31 412

INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO COM ÊNFASE NA TERAPIA COGNITVO COMPORTAMENTAL COM IDOSOS

Emilly Priscila Silva Costa; Arthur da Silva Gouveia Lima; Renan da Silva Bezerra de Lima; Viviane Virginia Silva de Sousa; Amanda Laurentino Barbosa

CAPÍTULO 32 421

INTERVENÇÕES DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO CUIDADO AO IDOSO EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Nathalie da Costa Nascimento; Simone Rodrigues de Sousa; Lenise Selbach; Katiane Schmitt Dalmonte; Miriam Cabrera Corvelo Delboni

CAPÍTULO 33 433

UTILIZAÇÃO DO NINTENDO WII PARA PROMOÇÃO DE EQUILÍBRIO EM IDOSOS

Julli Batista Fausto de Queiroz; Patricia Luciene da Costa Teixeira

CAPÍTULO 34 443

O CURSO DA UAMA E SUA REPERCUSSÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO: O QUE DIZEM O ALUNO E FAMILIARES PESQUISADOS

Roseanny Dantas dos Santos; Karolyne Alves da Silva; Maria José Guerra

CAPÍTULO 35 454

O LUGAR DE FALA E A ESCUTA COMO POSSIBILIDADE DE APREENSÃO DO SUJEITO DA VELHICE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Josefa M^a da Conceição Paulo Malaquias; Renata Silva de Souza; Sabryнна Silva Sousa; Edgley Duarte de Lima

SUMÁRIO

CAPÍTULO 36 466

O PAPEL DOS IDOSOS NOS DESAFIOS DO “DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL”

Tarcísio Carvalho da Cruz; Aurea da Silva Pereira

CAPÍTULO 37 480

O TABU SOCIAL ATRELADO A SEXUALIDADE DOS IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Emilly Priscila Silva Costa; Alcimar Tamir Vieira da Silva; Drielle Barbosa Leal Serafim; Gleison Alves Barbosa

CAPÍTULO 38 489

O USO DA INTERNET E OS EFEITOS NAS OCUPAÇÕES DA PESSOA IDOSA.

Edilson Coelho Sampaio; Jhulye Laura Marçal Oliveira Amaral; Lucilene Sabrina de Melo Dos Santos; Bruno Costa Poltronieri

CAPÍTULO 39 501

ÓBITOS DE IDOSOS POR VIOLÊNCIA NA REGIÃO NORDESTE: PANORAMA DO ANO DE 2016

Elizane Cristina Aquino; Ivoneide Ribeiro Costa; Nilzimar Ferreira da Silva

CAPÍTULO 40 519

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO MUNICÍPIO DE RECIFE, PERNAMBUCO

Isabelle Rayanne Alves Pimentel daNóbrega; Márcia Carréra Campos Leal; Ana Paula de Oliveira Marques; Clébya Candeia de Oliveira Marques; Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade; Felícia Ferreira da Mota; Ticianne Alves Xavier

CAPÍTULO 41 536

PERFIL DE INTERNAÇÕES EM IDOSOS OCTOGENÁRIOS: DIFERENÇAS REGIONAIS NOS ESTADOS DE SÃO PAULO E MARANHÃO NOS ANOS DE 2008 E 2018

Euller Reis Farias; Larissa Scarpini de Carvalho; Mariana Reis Santimaria

CAPÍTULO 42 543

PREVALÊNCIA DE DOENÇAS OSTEOMUSCULARES E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS INSERIDOS NO PROGRAMA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE.

Brudy Kety Vele Xerente; Carolina Freitas do Carmo Rodrigues; Fabiana Daronch; Luiz Sinésio Silva Neto; Neila Barbosa Osório; Daniella Pires Nunes

SUMÁRIO

CAPÍTULO 43 558

PRIVAÇÃO E PLASTICIDADE SENSORIAL AUDITIVA EM IDOSOS: POTENCIAIS CORTICAIS E QUESTIONÁRIOS DE AUTO-AVALIAÇÃO

Sabrina Suellen Rolim Figueiredo; Edilene Marchini Boéchat

CAPÍTULO 44 578

PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL SOBRE CUIDADOR FAMILIAR DE IDOSO COM ALZHEIMER EM DOMICÍLIO: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Ritacreia Berger Ribeiro; Silvana Lima Vieira; Thadeu Borges Souza Santos

CAPÍTULO 45 601

PSICOGERONTOLOGIA JUNGUIANA – METANÓIA, UM CAMINHO POSSÍVEL

Irene Gaeta; Maria Angélica Schlickmann Pereira Hayar; Leonardo Tondato de Mello

CAPÍTULO 46 611

RELAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE, CAPACIDADE FUNCIONAL E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS LONGEVOS RESIDENTES EM DOMICÍLIO EM JEQUIÉ/BA

Luciara Araujo Andrade; Claudinéia Matos de Araújo; Daiane Borges Queiroz; Lorena Cajaíba de Oliveira; Luciana Araújo dos Reis; Marta Moreira Novais

CAPÍTULO 47 621

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DAS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS ENTRE IDOSOS EM POLIFARMÁCIA

Raquel Pinto de Oliveira; Mayara de Sousa Brito; Samylla Maira Costa Siqueira

CAPÍTULO 48 633

WELL-BEING OF ELDERLY POPULATION WITH DISABILITIES IN CHILE: A STATE CONCERN

Ezequiel Plaza

CAPÍTULO 49 642

TAMAÑO, COMPOSICIÓN Y FUNCIONALIDAD DE LA RED DE APOYO SOCIAL EN LA VEJEZ AVANZADA

Claudia Josefina Arias; Nahuel Ezequiel Bozzi Favro; Corina Soliveréz

SOBRE O ORGANIZADOR 655

ÍNDICE REMISSIVO 656

“

A compreensão da velhice e do envelhecer na voz dos profissionais de saúde da família

▮ Camila **Amthauer**
UFRGS

▮ João Werner **Falk**
UFRGS

RESUMO

A velhice é um processo complexo de alterações na trajetória de vida das pessoas. Refletir acerca da representatividade do envelhecimento é um caminho para compreender o real significado de envelhecer, permitindo aos profissionais de saúde o planejamento de estratégias fundamentadas na realidade. O objetivo deste trabalho é conhecer o que os profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) atribuem ao envelhecimento e sua percepção acerca desse processo. Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada “O cuidado à pessoa idosa na ótica de profissionais da Estratégia de Saúde da Família”. A pesquisa é um estudo descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido junto aos profissionais da ESF de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre/RS. A amostra foi aleatória e constituiu-se de 16 profissionais (quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde). A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados foi baseada na análise de conteúdo temática, proposta por Minayo. Quando os participantes foram questionados acerca de sua concepção sobre o processo de envelhecer, emergiram diferentes percepções, agrupadas nas seguintes categorias: processo natural do ser humano; autonomia e qualidade de vida; o jeito antigo e o novo; as perdas. O envelhecimento traz transformações para a sociedade. Para atender essa demanda e os paradigmas acerca do envelhecimento é preciso que os profissionais atendam o idoso em sua totalidade. Há necessidade de compreender o idoso e interagir com ele para que haja resolutividade nas ações realizadas pela equipe de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família, Saúde do Idoso, Envelhecimento, Profissional da Saúde.

INTRODUÇÃO

O aumento da população acima de sessenta anos gera transformações nos valores e no modo como se percebe o processo de envelhecimento, havendo a necessidade de uma mudança no atendimento ao idoso, visto que o envelhecimento populacional traz novas necessidades e questões fundamentais para os profissionais que cuidam da população idosa. É preciso reconhecer, na sua totalidade, que o idoso carece de cuidados individualizados e personalizados, em função dos eventos específicos que o acometem durante a vida (HAMMERSCHMIDT; LENARDT, 2010).

A velhice é um processo complexo de alterações na trajetória de vida das pessoas. Cada contexto tem suas particularidades que vão alterar o estilo de vida de cada um. Os modos de revelar o significado da velhice e o processo de envelhecer para o idoso dependerão de como viveu e fez suas adaptações e enfrentamentos cotidianos. A repercussão do envelhecer vai depender da história de vida pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, das redes sociais, do sistema de valores pessoais e do estilo de vida adotado por cada um (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Existe uma diversidade de questionamentos quando pensamos na representação do “ser velho” e dos contextos que determinam a velhice, podendo ser analisados os fatores que propiciam a classificação e o reconhecimento como velho que, em sua maioria, denota uma visão preconceituosa. Essa visão sobre o processo de envelhecimento, por vezes, decorre da informação equivocada, gerando significados e imagens negativas, comprometendo a vivência e a interação entre as pessoas. Os aspectos culturais também interferem na maneira de olhar o envelhecimento e como o idoso vai se constituir nesse meio (GUERRA; CALDAS, 2010).

Refletir acerca da representatividade do envelhecimento é um caminho para compreender o real significado de envelhecer, permitindo aos profissionais de saúde o planejamento de estratégias fundamentadas na realidade, que permitam proporcionar a manutenção da autonomia e independência do idoso, tendo como parâmetro a compreensão das alterações decorrentes do envelhecimento, possibilitando a melhoria da qualidade de vida consoante às condições de saúde em que o idoso se encontra (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

A longevidade está ocupando um espaço significativo na sociedade, levando a população a adaptar-se com essa nova realidade. Os idosos representam um grupo diferenciado entre si e aos demais grupos, o que requer uma atenção especial em relação às características bastante peculiares dessa faixa etária, o que exige dos profissionais de saúde um novo olhar no cuidado do idoso, que vai além de um conjunto de habilidades clínicas e técnicas (FERREIRA et al., 2010; GARBIN et al., 2010).

Assim, neste estudo, buscamos conhecer o que os profissionais atuantes em uma Estratégia de Saúde da Família atribuem ao processo de envelhecimento e sua percepção

acerca do envelhecer. Acreditamos que, com os resultados obtidos, os profissionais de saúde possam qualificar sua assistência e oferecer ao idoso um atendimento baseado em suas reais necessidades de saúde, considerando as peculiaridades que o processo de envelhecer traz para o idoso.

METODOLOGIA

Trata-se de um recorte da pesquisa intitulada “O cuidado à pessoa idosa na ótica de profissionais da Estratégia de Saúde da Família”, considerando-se o objeto de estudo, que se sintetiza na indagação: “qual a concepção de cuidado e práticas a serem desenvolvidas junto aos idosos usuários de uma Unidade Básica de Saúde, na ótica de profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família no município de Porto Alegre/RS?”.

A pesquisa é um estudo descritivo, de natureza qualitativa, desenvolvido junto aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuantes em uma Unidade Básica de Saúde, pertencente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital universitário, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. A amostra foi aleatória e constituiu-se de 16 profissionais (quatro médicos, quatro enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde). A determinação do número de sujeitos no estudo, respeitando o critério de representatividade profissional e das equipes, deu-se por saturação dos dados, considerando-se que a amostra ideal é aquela que reflete a totalidade em suas múltiplas dimensões, sendo suficiente o número que permita certa reincidência de informações (MINAYO, 2010).

Todos os convidados aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o número 130467.

A coleta de dados foi realizada na própria UBS onde os sujeitos do estudo atuam, durante o mês de dezembro de 2013, por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas em *audiotape*, textualizadas e, em seguida, transcritas para fins de análise e interpretação dos dados coletados. Os nomes dos sujeitos foram substituídos pela abreviatura *E.* (entrevistado), seguida de um número ordinal.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo da modalidade temática, operacionalmente, efetuada em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados.

Na pré-análise tomou-se contato com o material produzido na transcrição das entrevistas, por meio de leitura exaustiva, com vistas a uma impregnação das informações contidas; na exploração, realizou-se a categorização dos dados, organizando-se as unidades de registro a partir de suas afinidades temáticas; e, na interpretação buscou-se a compreensão e interpretação dos dados à luz do referencial (MINAYO, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando questionados acerca de sua concepção sobre o processo de envelhecer, diferentes respostas e percepções emergiram dos depoimentos dos profissionais de saúde. Estas foram agrupadas nas seguintes categorias: processo natural do ser humano, autonomia e qualidade de vida, o jeito antigo e o novo, as perdas.

Alguns dos entrevistados percebem o envelhecimento como um processo natural na vida do ser humano, marcado por mudanças fisiológicas, emocionais e sociais, vivenciadas de formas distintas, de acordo com a história, as experiências e as condições de vida que cada pessoa teve durante sua trajetória.

Envelhecer é uma fase, é fisiológico. É uma fase da vida que todo mundo vai passar [...] são as mudanças, as transformações que a gente vai tendo em decorrer da fase da vida (E. 4).

[...] é um processo natural, um processo do teu desenvolvimento. Faz parte da tua vida, o envelhecimento. Eu sempre brinco que quem não envelhece, morre antes. Eu acho que é uma fase que a gente tem alguns ganhos e algumas perdas, como em tudo na vida [...] (E. 11).

É um processo natural, desde que a gente nasce está passando [...] De forma geral, a gente está a envelhecer. Faz parte da vida, isso é natural. Envelhecer é bom (E. 13).

[...] tem várias formas pela qual a gente pode envelhecer [...] eu imagino que o envelhecimento seja uma fase como eu vou passar por todas [...] É uma fase que deveria ser encarada como fisiológica, encarada como qualquer outra. Sem a gente se apegar tanto aos aspectos negativos. Porque eu acho que coisas negativas nós temos em todas as fases da vida, não só no envelhecimento. Mas parece que quando a gente ouve falar da palavra envelhecimento, a gente logo se apega a limitações físicas, emocionais, aposentadoria [...] (E. 15).

A velhice é difícil de ser definida, principalmente quando se almeja uma velhice saudável, desejada por todos e para todos. Portanto, deve ser compreendida em sua totalidade e em suas múltiplas dimensões, visto que se constitui em um momento do processo biológico, mas não deixa de ser um fato social e cultural. Deve, ainda, ser entendida como uma etapa do curso da vida que, em decorrência do avançar da idade, ocorre modificações de ordem biopsicossocial que afetam as relações do indivíduo com o meio social ao qual está inserido (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Com o avançar da idade, ocorrem mudanças na vida da pessoa idosa, ocasionadas pelas condições de saúde ou pelo processo fisiológico do próprio envelhecimento. No entanto, é possível ter saúde e qualidade de vida na terceira idade, em que o idoso pode dispor do que a vida ainda proporciona, respeitando os limites do seu corpo, sem afastar a chance de fazer o que lhe seja prazeroso (GARBIN et al., 2010). Dessa forma, o processo de envelhecimento deve ser compreendido como um processo da vida. Envelhecemos porque vivemos e, muitas vezes, sem nos darmos conta disso (SOUZA; MATIAS; BRÊTAS, 2010).

Alguns dos profissionais entrevistados relacionam a autonomia com a qualidade de vida no processo de envelhecer.

Eu acho que se 'tu' envelhecer com saúde [...] que possa ter uma vida, fazer o básico [...] eu acho que é a lei da vida. Tem que acontecer. Se essa pessoa tem essa qualidade, eu acho que é válido. Não em cima de uma cama, dependendo de tudo, aí é difícil. [...] a pessoa idosa sofre muito [...] Eu acho que é 'tu' ter uma qualidade, pelo menos, digna, principalmente de saúde (E. 2). Envelhecer é ficar bem consigo mesmo, dependente da situação em relação à saúde, porque depende de cada pessoa a qualidade de vida. Acho que envelhecer é um fato da vida (E. 3).

Envelhecer é uma etapa. É mais uma etapa no processo da vida que deve ocorrer normalmente, mas com qualidade de vida, com autonomia (E. 8).

Envelhecer de forma ativa é sinônimo de vida plena e com qualidade. O envelhecimento com qualidade de vida equivale ao equilíbrio biopsicossocial e à integralidade do ser humano que se encontra inserido em um contexto social e que, mesmo sendo idoso, é capaz de desenvolver suas potencialidades

(FERREIRA et al., 2010). Os conceitos saúde e qualidade de vida na velhice têm sido associados a questões de independência e autonomia, mas deve-se destacar que cada idoso sofre os “efeitos da idade” de diferentes maneiras (FERRETI; NIEROTKA; SILVA, 2011).

Entretanto, para conceituar qualidade de vida devem ser considerados os diversos olhares acerca de seu significado, pois este varia de indivíduo para indivíduo. Sua definição engloba diferentes representações, refletindo conhecimentos, experiências e valores dos indivíduos e da coletividade, que se reportam em épocas, espaços e histórias distintas, caracterizando-se como uma construção social. É importante que a equipe de saúde valorize a percepção do idoso sobre o significado de ter qualidade de vida para ele. Ninguém melhor que o próprio idoso para avaliar o que é mais importante e significativo em sua vida (RODRIGUES; LARA, 2011).

Nos depoimentos que seguem, as profissionais de saúde falam da mudança no pensamento de alguns anos atrás para os dias de hoje, em relação às questões ligadas ao envelhecimento. Antigamente, as pessoas idosas eram vistas como improdutivas e dependentes, sem autonomia para realizar seu autocuidado e suas atividades de vida. Hoje, os idosos continuam ativos em meio à sociedade. A idade deixou de ser um parâmetro que determina o que o idoso pode ou não fazer.

Também é mencionada a questão de que, nos dias atuais, as pessoas não dispõem de tempo para realizar determinadas atividades, como viajar, dançar, sair e conversar com amigos, em razão do trabalho e dos compromissos que assumem ao longo da vida, adiando tais atividades para quando se aposentam e já tenham cumprido seu papel no trabalho e na criação dos filhos.

Hoje em dia, essa questão de envelhecer está bem diferente do que era antigamente. Antigamente, as pessoas envelheciam e deixavam de fazer várias coisas, ficavam esperando a morte chegar. E agora não. A concepção que eu tenho de envelhecer agora é que as pessoas são bem ativas. Hoje em dia a gente vê idosas de 80 anos, caminhando, fazendo exercício [...] Eu pretendo envelhecer assim, bem ativa, poder viajar bastante, aproveitar [...] (E. 6).
Eu pretendo envelhecer muito bem. Eu pretendo fazer muitas coisas que eu tenho vontade de fazer hoje e não faço por não ter tempo [...] eu pretendo me integrar a grupos, viajar, passear, conhecer gente nova, dançar, cantar, fazer ginástica [...] Eu pretendo fazer bastante coisa que eu não faço agora, por ser eu e os filhos [...] Pretendo fazer coisas pra mim, pra mim me alegrar, pra mim viver bem, envelhecer bem, com alegria e na companhia de amigos, conhecidos e familiares (E. 7).
[...] eu acho que o processo de envelhecimento é uma experiência de aprendizado, de lidar com limitações, de aprender a ter outras formas de lazer, de se sentir bem consigo, mesmo com outras atividades, muitas vezes, em função de limitações físicas [...] eu vejo como um aprendizado, cada um com seu processo [...] uma situação saudável como um todo (E. 14).

Para Ferreira et al. (2009), a velhice é uma época em que as tarefas básicas em relação ao desempenho profissional e à família, de certo modo, foram cumpridas e o indivíduo pode se sentir livre para realizar seus desejos e sonhos.

A ideia do envelhecimento associado a doenças nem sempre se mostra como uma realidade na vida do idoso. Mesmo tendo de conviver com algumas perdas, o desenvolvimento de atividades, o engajamento familiar e o incentivo à participação social podem favorecer o envelhecimento saudável (CIOSAK et al., 2011).

Mesmo com as limitações que podem ocorrer com o passar dos anos, o idoso pode redescobrir alternativas de viver sua própria vida com qualidade. Tal possibilidade aumentará no momento em que a sociedade considerar a importância do contexto familiar e social na vida do idoso, além de reconhecer suas potencialidades e o valor das pessoas idosas (CIOSAK et al., 2011).

Portanto, considerar a mudança de conceitos que a sociedade vem sofrendo acerca do envelhecimento é uma maneira de se envelhecer bem e com saúde, alegria e bem-estar, deixando de lado os paradigmas que remetem o envelhecimento somente a doenças, perdas, limitações e sofrimento (GARBIN et al., 2010). Muitos profissionais descreveram o processo de envelhecimento como uma fase natural da vida, permeado por mudanças fisiológicas que podem dificultar a vida do idoso, mas que não o impedem de desfrutar de um envelhecimento saudável. Alguns dos profissionais entrevistados, entretanto, mencionam o envelhecimento como uma fase carregada de perdas, tanto físicas quanto emocionais, sendo um processo difícil na vida das pessoas, em detrimento de todas as incapacidades e limitações que muitos apresentam com o avançar da idade. Outra questão pontuada pelos profissionais é a ideia de que o envelhecer em si já traz consigo o pensamento de morte na vida dos idosos, conforme se observa nos depoimentos a seguir.

Eu acho que o envelhecer é um repensar de toda tua vida. É um momento que a gente começa a pensar na morte, também. O envelhecer traz esse pensamento. E, às vezes, o envelhecer está ligado a alguma doença [...] (E. 5). [...] Esse processo é bastante doloroso [...] Eu acho que é um momento de bastante maturidade das pessoas. Deveria ser um momento que, emocionalmente, as pessoas deveriam sentir-se mais estáveis, mas não é o que a gente vê na prática. A gente vê as pessoas bastante afetadas, pelo aspecto econômico, aspecto familiar, abandono [...] (E. 9).

Envelhecer, além do avanço da idade, significa perda de funções, diminuição de capacidades, maior propensão a doenças, maior vulnerabilidade (E. 10). Eu acho que o processo de envelhecimento causa toda uma modificação nas funções orgânicas, uma diminuição na questão da mobilidade e um pouco da cognição, mas tudo de uma forma que não chega a afetar a saúde da pessoa idosa [...] Mas o que estiver incomodando ou causando prejuízo não é o normal (E. 12).

O envelhecimento faz parte do processo de desenvolvimento do ser humano, que depende, dentre outros aspectos, da história individual de cada pessoa, das dificuldades enfrentadas, do contexto que está inserido, da rede de apoio familiar e social e da forma como cada um compreende o envelhecimento e a velhice (GUERRA; CALDAS, 2010).

No entanto, o que se observa é que, quando se referem às vivências frente ao processo de envelhecimento, as pessoas frequentemente fazem associações de natureza predominantemente negativas, destacando a insuficiência, incapacidade, limitação, perda, vulnerabilidade, dependência, solidão e abandono. O reconhecimento da velhice relacionada às perdas e ao declínio das habilidades do idoso esquece que o desenvolvimento humano é um processo compensatório entre perdas e ganhos. Os idosos precisam superar suas transformações e os preconceitos impostos pela sociedade (LIMA, 2006). Essa visão negativa do envelhecimento que muitos compartilham, acaba gerando situações que impossibilitam as oportunidades do idoso desfrutar de uma velhice saudável (SILVA; FOSSATTI; PORTELA, 2007).

Na velhice, o ser humano fica mais sujeito às perdas evolutivas em seus diversos domínios, em virtude de eventos biológicos, psicológicos e sociais, característicos de sua história individual e acontecimentos que ocorrem ao longo do curso da história de cada sociedade. Isso não significa que na velhice acontecem mais perdas do que ganhos, não quer dizer que a velhice é sinônimo de doença, ou que as pessoas ficam impedidas de se envolverem com outras atividades. Viver significa adaptação ou possibilidade de constante autorregulação, tanto em termos biológicos quanto em termos psicológicos e sociais (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

CONCLUSÃO

Este estudo surgiu com a proposta de conhecer a visão que os profissionais de saúde têm sobre o processo de envelhecimento, visto que estes trabalham diretamente na

assistência à saúde da pessoa idosa. Pensar nas representações do envelhecimento pode auxiliar a compreensão do profissional de saúde diante desse processo. Para atender essa nova demanda e os novos paradigmas acerca do envelhecer, torna-se imprescindível uma assistência à saúde que contemple a promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde do idoso, percebendo-o em sua totalidade, diante de seu contexto biológico, psicológico, familiar, social e espiritual.

A forma de olhar o idoso como um ser ativo, participante e com autonomia para decidir sobre sua vida têm modificado as ações de saúde direcionadas a essa população. Hoje, é essencial manter os idosos socialmente ativos na comunidade em que vivem e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família têm contribuído de forma significativa para isso.

Envolver o idoso em seu cuidado e valorizar seu conhecimento e sabedoria adquiridos durante a vida é uma forma de qualificar a assistência a essa faixa etária. Há a necessidade de compreender o idoso e interagir com ele para que haja resolutividade nas ações realizadas pela equipe de saúde. Quando as ações são planejadas e organizadas a partir das necessidades relatadas pelo próprio idoso, estas apresentam melhores resultados no processo de cuidar e ser cuidado.

Com base nestes pressupostos, esperamos que o estudo possa contribuir para a melhoria da prática assistencial prestada ao idoso. Para tanto, parte dos profissionais de saúde o interesse por um aprendizado contínuo, a fim de embasar e fortalecer o conhecimento teórico-prático sobre os cuidados destinados ao idoso. É importante capacitar o profissional para o reconhecimento das necessidades de saúde da pessoa idosa, respeitando suas limitações e potencialidades.

Ainda, mudanças de conceitos e paradigmas são necessárias para que haja uma produção de saúde que contemple a pessoa idosa em todas suas dimensões, visto que se trata de um grupo etário com características bastante peculiares que devem ser consideradas pelos profissionais e serviços de saúde que prestam assistência a essa parcela da população.

■ REFERÊNCIAS

1. CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. especial 2, p. 1763-1768, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2014
2. FERREIRA, Aleksandro Belo et al. Programa de atenção particularizada ao idoso em unidades básicas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 776-786, maio. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/20.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2013.

3. FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/30.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014
4. FERRETTI, Fátima; NIEROTKA, Rosane Paula; SILVA, Márcia Regina da. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 565-572, 2011.
5. FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélia Vieira de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2013.
6. GARBIN, Cléa Adas Saliba et al. O envelhecimento na perspectiva do cuidador de idosos. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2941-2948, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a32v15n6.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.
7. GUERRA, Ana Carolina Lima Cavaletti; CALDAS, Célia Pereira. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a31v15n6.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.
8. HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; LENARDT, Maria Helena. Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 358-365, abr./ jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/18.pdf>>. Acesso em: 21 maio 2014.
9. LIMA, Leda Hecker Pereira. *Eu e o envelhecimento*. Porto Alegre: AGE, 2006.
10. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
11. RODRIGUES, Ana Cristina Coelho; LARA, Maristela Oliveira. Qualidade de vida do idoso: um levantamento da produção científica nos últimos dez anos. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, São João Del Rei, v. 1, n. 3, p. 395-406, jul./ set. 2011.
12. SILVA, Carine Alves da; FOSSATTI, Anderlei Fabiano; PORTELA, Marilene Rodrigues. Percepção do homem idoso em relação às transformações decorrentes do processo de envelhecimento humano. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, Porto Alegre, v. 12, p. 111-126, 2007.
13. SOUZA, Rosângela Ferreira de; MATIAS, Hernani Aparecido; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2835-2843, set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a21v15n6.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

“

A configuração do lazer no espaço das universidades da terceira idade

▮ Minéia Carvalho **Rodrigues**
UFMT

RESUMO

O grande desafio a que este trabalho se propôs foi o de desvendar o lazer no espaço institucional das Universidades da Terceira Idade. Para tal, buscamos verificar qual o conceito de lazer que sustenta suas propostas, os conteúdos culturais de lazer predominantes, os objetivos de suas propostas em relação ao lazer, as atividades de lazer desenvolvidas e o que estão denominando lazer em suas propostas. Enquanto metodologia, o estudo foi realizado mediante a combinação de pesquisa bibliográfica com as pesquisas documental e de campo. Na busca de compreender como se configura o lazer no espaço institucional das Universidades da Terceira Idade, procurou-se justapor os dados da pesquisa bibliográfica com os da pesquisa documental, da observação e da entrevista. Com a realização deste estudo, foi possível afirmar que o lazer é a essência das Universidades da Terceira Idade investigadas e configura-se, neste espaço institucional, por meio dos seus conteúdos sociais, físico-esportivos, manuais, intelectuais, artísticos e turísticos. Contudo, a negação em relação ao lazer, encontrada em ambas as instituições, mostra a necessidade de um maior aprofundamento em relação ao conhecimento sobre o lazer por todos os envolvidos nas Universidades da Terceira Idade, já que o lazer se constitui em um instrumento pedagógico para o desenvolvimento dos indivíduos. O estudo também revelou que as Universidades da Terceira Idade representam novos modos de vivenciar o lazer na velhice.

Palavras-chave: Lazer, Envelhecimento, Universidades da Terceira Idade.

INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de um estudo sobre a configuração do lazer no espaço das Universidades da Terceira Idade (UNATIs). Algumas ideias básicas constituíram ponto de partida para a investigação: Qual é a valorização dada ao lazer de acordo com as propostas das UNATIs? Como se configura o lazer no espaço institucional das UNATIs?

As respostas encontradas para esses questionamentos podem contribuir para área de estudos do envelhecimento, educação física e estudos do lazer, pois procura conhecer e compreender as UNATIs como uma possibilidade de desenvolvimento cultural, pessoal e social para os idosos, por meio dos conteúdos culturais do lazer.

Este trabalho compreende uma combinação de pesquisa bibliográfica com as pesquisas documental e empírica (SEVERINO, 2000). A técnica de amostragem utilizada para a seleção das UNATIs obedeceu a critérios não-probabilísticos, intencionais, por acessibilidade e concordância. Na pesquisa documental, foi feito uso da análise de conteúdo dos programas das duas instituições que participaram da investigação. Para a pesquisa empírica foi utilizada como instrumento de coleta de dados a observação assistemática e a entrevista semi-estruturada.

O lazer direcionado a pessoas idosas emerge em um contexto, em que um conjunto de discursos amplamente divulgados pela mídia brasileira insiste na desestabilização de expectativas e imagens que se assemelham ao avanço da idade. Evidencia que a dimensão etária não é um marcador pertinente de comportamentos e estilos de vida e propaga uma série de receitas: técnicas de manutenção corporal, comidas saudáveis, ginásticas, medicamentos, bailes e outras formas de lazer que procuram mostrar como os que não se sentem velhos devem se comportar, apesar da idade.

Essas novas formas de comportamento são veiculadas pela mídia e criam um novo estereótipo, os *“heróis do envelhecimento”*. Featherstone (1995) denomina *heroes of aging* as várias imagens veiculadas pelos meios de comunicação, mostrando pessoas que, em face do processo de envelhecimento, parecem permanecer eternamente jovens nos seus hábitos de trabalho, postura corporal, expressões faciais e comportamento geral. Na perspectiva de Debert (1999), essa ideia rejeita a própria velhice, ao considerar que a idade não é um marcador pertinente da definição das experiências. Se anteriormente os idosos eram homogeneizados por uma visão de invalidez, perdas, hoje o são com base na imagem de um idoso ativo, saudável, em busca de atividades de lazer¹.

1 Acredito que ambas as imagens afastam os idosos do lazer: a primeira, por desconsiderar as potencialidades da pessoa idosa; e a segunda por negar a velhice, definindo condutas a serem assumidas e impondo novas formas de agir com as quais os idosos nem sempre se identificam.

Esse lazer que traz um novo estilo de vida ativo se torna um dos elementos fundamentais no processo de desconstrução da velhice e de construção da terceira idade. No primeiro processo, nega ou exclui os idosos dependentes, que não se interagem socialmente, que não desenvolvem novos papéis sociais, que não buscam atividades de lazer; e, na construção da “terceira idade”, coloca em evidência os idosos ativos, participativos, com um estilo de vida dinâmico, que buscam interagir socialmente, que se integram em novos papéis sociais e participam de atividades de lazer. Esse processo traz em si uma nova moral de envelhecer², que é a do idoso envolvido em atividades voluntárias, atividades físicas, de lazer e turismo.

Essa noção de que o idoso deve se manter ativo está ligada à teoria ativista, que visa a atender à inadaptação ao envelhecimento e foi bastante influenciada pela teoria do desengajamento (CUMMING; HENRY, 1961). A teoria da atividade enfoca que o declínio em atividades físicas e mentais, geralmente associado à velhice, é fator determinante das doenças psicológicas e do retraimento social do idoso.

De acordo com a teoria da atividade a pessoa que envelhece em boas condições é aquela que permanece ativa e consegue resistir ao desengajamento social. Para essa teoria, quanto maior o envolvimento dos idosos em atividades, maior a satisfação e, conseqüentemente, melhores são a saúde física e mental, o autoconceito e a aceitação social.

São várias as críticas à teoria da atividade, mas uma das principais é em relação à sua proposição básica – de que o “bom envelhecimento” é estar ativo, resistir ao desengajamento social, encontrar papéis sociais substitutivos, manter *status* e atividades –, que pode hoje ser considerada uma perspectiva “antienvelhecimento” (SIQUEIRA, 2002). Essa teoria desconsidera a heterogeneidade e a diversidade das experiências de envelhecimento, nega as suas características específicas, não aceitando nenhum outro modelo diferente do que o do idoso ativo.

Essa compreensão de que o idoso deve se manter ocupado com atividades de lazer carrega uma visão instrumental e funcionalista do uso do lazer, descaracterizando-o como direito social que todos os cidadãos – inclusive os idosos – têm em relação ao atendimento de suas necessidades. Assim, o idoso passa a ser visto como o foco de programas educacionais, de lazer e turismo, apenas na perspectiva de que é um grupo social a ser controlado e monitorado, principalmente no seu “tempo livre”. A criação desses programas direcionados a idosos – Universidades da Terceira Idade (UNATI), Escolas Abertas à Terceira Idade, clubes e associações de idosos –, muitas vezes, estão mais voltados a demandas de contenção e enquadramento social do idoso do que à garantia de seu direito a espaços de sociabilidade, educação e lazer. O lazer, nessa perspectiva, passa a ser visto como possibilidade de manutenção do equilíbrio social, de difusão de novas formas de comportamentos sociais

2 Alves Junior (2004a) trata com muita propriedade da discussão acerca dessa nova “moral do envelhecer”.

(inovadoras maneiras de viver e portar-se em sociedade, formas de vestir, alimentar, divertir, conviver, socializar, consumir, participar etc.), com objetivos claramente definidos de equilíbrio social, legitimando práticas e comportamentos a serem seguidos na construção de uma nova velhice.

Tendo em vista os argumentos presentes, nosso estudo contempla como objetivo o estudo o lazer no espaço institucional das Universidades da Terceira Idade, buscando verificar qual o conceito de lazer que sustenta suas propostas, os conteúdos culturais de lazer predominantes, os objetivos de suas propostas em relação ao lazer, as atividades de lazer desenvolvidas e o que estão denominando lazer em suas propostas.

MÉTODOS

Ao longo da pesquisa realizada nas Universidades da Terceira Idade (UNATI) selecionadas (UNATI-1 e UNATI-2), no período de 2005 a 2006, foram utilizados diferentes métodos e técnicas, com o intuito de complementar, aprofundar e cruzar informações. A observação assistemática, a entrevista e as notas de campo foram utilizadas.

Em um primeiro momento, realizou-se aquilo que Magnani (1996) chama de “participação de reconhecimento”. Durante esse período, realizei observações assistemáticas, sendo que todas foram registradas no diário de campo. Concomitante às observações, realizei entrevistas semi-estruturadas³ com os idosos selecionados segundo critérios já apontados.

Com os dados das entrevistas e observações em mãos, iniciei a análise, procurando desvendar as mensagens explícitas e implícitas presentes nas entrevistas e anotações do diário de campo, pois, de acordo com Franco (2005), o ponto de partida da análise de conteúdo é a mensagem, seja ela verbal (oral ou escrita), gestual, silenciosa, figurativa, documental ou diretamente provocada. Necessariamente, ela expressa um significado, um sentido.

Por meio da análise de conteúdo, procurei desvendar mensagens implícitas e explícitas presentes nas observações (formas de comportamento, gestos, emoções) e nas verbalizações dos sujeitos entrevistados.

É pertinente ressaltar que, concordando com Triviños (1987), nossa análise não se restringiu só ao que está escrito no material, desvelando mensagens implícitas, dimensões contraditórias e temas sistematicamente silenciados.

Nesse processo de análise, emergiram quatro categorias, cuja análise apresento a seguir nos resultados.

3 As entrevistas foram gravadas em recurso digital e estão disponíveis para futuras averiguações.

RESULTADOS

APOSENTADORIA: TEMPO LIVRE OU TEMPO ÚTIL?

Após anos vivendo em um ritmo institucionalizado, em que a fragmentação do tempo supõe um corte no tempo do cotidiano, o idoso depara-se com um tempo desinstitucionalizado, que lhe causa certo estranhamento – O “TEMPO LIVRE”. Contudo, esse tempo não é totalmente livre, pois os idosos não conseguem livrar-se das amarras sociais do trabalho e buscam um novo tempo de lazer, institucionalizado com os mesmos horários e obrigações dentro da UNATI.

Na nossa sociedade, o trabalho é o lugar privilegiado das referências sociais. Ele estrutura o espaço, o tempo e as relações sociais. Enquanto categoria central na vida humana, afirma a existência individual e a identidade pessoal e social⁴ dos indivíduos.

Nessa perspectiva, o trabalho é categoria fundamental de sociabilidade humana, condição imprescindível na vida em sociedade. É atividade essencial da qual advêm todos os outros processos de interação, enquanto formas mais complexas da práxis social.

O trabalhador, acostumado a tantos anos de trabalho, de atividade intensa e diária, quando desobrigado desta, experimenta certo estranhamento por sua nova condição. Sente-se em um mundo desconhecido por ele e não reconhecido socialmente: o mundo da aposentadoria. Agora ele é dono do seu tempo, o trabalho não se faz mais presente como definidor dos limites do “tempo livre”. O aposentado vive uma angústia com essa apropriação do seu tempo, pois tem uma sensação de liberdade por não ter compromissos com horário, mas também, vem o medo de sentir-se inútil para a sociedade. O idoso exprime, então, uma profunda relação de medo e de prazer com o “tempo livre”.

Nas entrevistas realizadas, alguns sujeitos relataram que não tinham tempo para si e que, antes de frequentarem a instituição, todo o seu tempo era dedicado ao trabalho e às obrigações familiares. Abordam sobre uma liberdade, uma independência que veio com o desligamento do trabalho e com a diminuição das obrigações familiares. Para aquelas mulheres que não trabalham fora de casa, as obrigações familiares ocupam todo o tempo e têm um papel muito significativo.

Os idosos buscam dar utilidade para o seu “tempo livre”, que lhes pesa nas costas, enfatizando que são pessoas ocupadas, reiterando a óptica do sistema capitalista, em que o tempo deve ser consumido, colocado em uso, justificado produtivamente. Na realidade, o

4 Erickson (1972) foi um dos primeiros autores a sistematizar a noção de identidade pessoal e social baseada na teoria do interacionismo simbólico de Mead. Segundo este último (1982), a identidade estabelece-se no processo de comunicação, por meio de símbolos significantes. A sociedade, que é anterior ao indivíduo, tem uma estrutura já organizada com um conjunto de símbolos e de significados, assim como de modelos de interação preestabelecidos. O sujeito o constrói no jogo das experiências sociais. Desde o início de sua constituição, o outro está presente (MEAD, 1982, p. 15).

que ocorre é que o “tempo livre” é automaticamente ocupado pelo lazer e por uma série de outras obrigações, numa relação, muitas vezes, mecânica e reducionista, já que elas vêm para compensar a perda do trabalho, a diminuição das redes sociais, cumprindo, assim, um caráter funcionalista, ao favorecer o ajustamento das pessoas ao sistema social vigente.

Essa óptica funcionalista está ligada a um modelo de envelhecimento ativo. Alves Junior (2004a) esclarece que a vida associativa no Brasil marca o início da institucionalização de um modelo de envelhecimento que, a nosso ver, estende-se até os dias de hoje.

Esse novo modelo traz consigo uma retórica de como envelhecer bem, com medidas concretas para a manutenção da boa forma, tais como, exercícios físicos, alimentação saudável e novas formas de vestir-se e de relacionar-se com o corpo, com a família e com os amigos. Muitas vezes, o que os idosos buscam na UNATI é um “bom” envelhecimento, um modelo ativista. As UNATIs devem estar atentas, buscando esclarecer os idosos a respeito dessa retórica do “bom” e do “mau” envelhecimento, não negando as novas características dessa fase da vida.

ENTRE O CONHECER E O LAZER – UNATI – ESPAÇO DE APROPRIAÇÃO OU NEGAÇÃO DO LAZER?

Ao tentar entender qual é a compreensão que os entrevistados têm da UNATI e o que eles realmente buscam, pode-se notar que parte das pessoas nega aquele local enquanto espaço de lazer. É o caso da entrevistada Flor-de-lis (UNATI-2). Quando a indaguei se considerava a UNATI um espaço de lazer, ela foi incisiva na resposta: “Não, de lazer, não!”. Questionei-a e ela apresentou a seguinte resposta: “Porque é uma instituição de ensino e, como tal, ela tem que ser respeitada” (Flor-de-lis). Pode-se inferir que o entendimento do lazer é o de que ele não é sério, e que, portanto, não oferece respeito e credibilidade à instituição que quer se utilizar dele. Uma outra entrevistada, Flor-de-abril (UNATI-1), apresentou a seguinte resposta:

“Também eu vejo mais o lado cultural em primeiro lugar, mas também fornece uma grande probabilidade de lazer pelas oficinas que eles oferecem”. Essa fala evidencia que a entrevistada dissocia lazer de cultura, entendendo que esta é mais importante que aquele. Ela não tem ciência de que o lazer é uma das mais importantes formas de manifestação cultural e é um espaço para participação, em que as pessoas podem usufruir e criar cultura.

A noção que as pessoas têm de lazer é que são atividades meramente consumidas, sem qualquer comprometimento com o processo educativo. Nas falas, existe certa distância entre o conhecer e o lazer, como se fossem excludentes. Este último, na concepção dos idosos, parece ser vazio de qualquer conteúdo educativo ou conhecimento significativo para o desenvolvimento das pessoas. Os entrevistados parecem ter receio em admitir que vão até a UNATI em busca de lazer. Digo isso porque evidencio algumas contradições nas

falas das entrevistadas já citadas. Como visto, todas desconsideraram a UNATI espaço de lazer, mas, quando as questioneei se realizavam alguma atividade de lazer, com exceção da Flor-de-abril (UNATI-1), todas entraram em contradição, relatando as atividades de lazer que vivenciavam naquele espaço.

Alves Junior (1994) encontrou dados semelhantes em sua pesquisa realizada na França, numa universidade de “tempo livre”. Ele relata que os idosos responsáveis pelas atividades desenvolvidas nas associações procuraram sempre distinguir as atividades por eles praticadas como sendo de ensino e pesquisa e não de lazer e ocupação do “tempo livre”, como as que seriam realizadas em clubes, o que se poderia também identificar, respectivamente, como um “bom” e um “mau” lazer, o primeiro merecendo um reconhecimento social semelhante ao que se dá ao trabalho, e o segundo desqualificando como um simples preenchimento do tempo.

Visualizamos, durante as observações, que apesar de não verbalizarem na entrevista a existência do lazer na UNATI, os idosos vivenciam o lazer nesse espaço com muita alegria, descontração e prazer. O lazer está presente em todas as oficinas, cursos, palestras desenvolvidas por ambas as instituições. Podemos inclusive afirmar que o motivo que leva os idosos a frequentar a UNATI é o lazer, que se revela nos seus diversos conteúdos culturais, assunto que será discutido no item a seguir.

OS CONTEÚDOS CULTURAIS DO LAZER

Para analisar as atividades desenvolvidas pelos idosos na UNATI, utilizei as categorias de Dumazedier (1973). Tenho ciência de que a classificação proposta por ele possui limites, que já foram apontados por Faleiros (1980), mas que, para o propósito, é a mais adequada.

Com relação aos conteúdos culturais do lazer, Dumazedier distingue cinco áreas de interesse: (1) manuais – está relacionada com a capacidade de manipulação, seja para transformar objetos ou materiais, seja para lidar com a natureza; (2) intelectuais – ligada à busca de novas informações reais, objetivas e racionais; (3) sociais – marcada pela busca de relacionamentos e contato com outras pessoas; (4) físico-esportivos – ocorre prevalência de movimento ou exercício físico; e (5) artísticos – caracterizada pelas diferentes manifestações artísticas, baseadas no imaginário, nas emoções e nos sentimentos. Camargo (1999) acrescenta a esses mais um, o turístico, caracterizado pela quebra da rotina, pela busca de novas paisagens e de novos conhecimentos.

Por intermédio das observações, das entrevistas e da análise dos documentos pode-se verificar que todos os conteúdos culturais de lazer estão presentes em ambas as instituições, alguns com maior predominância que outros, como se verá a seguir.

A análise não ignora que, em uma atividade, são encontrados mais de um conteúdo cultural, contudo, quando se classificou as atividades desenvolvidas na UNATI dentro de determinado conteúdo, considerou-se a predominância desse em relação aos demais conteúdos.

Nos interesses intelectuais, é predominante a busca pelo conhecimento por informações objetivas⁵. Os conteúdos intelectuais podem manifestar-se em palestras, leituras, seminários, cursos, jogos. Na UNATI-1, esse interesse manifestou-se na leitura, nas palestras e nos seminários. Na UNATI-2, encontramos o predomínio das mesmas atividades, sendo que o curso de informática foi muito enfatizado pela maioria dos entrevistados.

Os interesses artísticos estão relacionados com as imagens, as emoções e os sentimentos. Podem manifestar-se por meio do interesse por música, televisão, cinema, teatro, museu, visitas a bibliotecas.

Os conteúdos artísticos aparecem nas falas de duas entrevistadas, sendo uma de cada instituição: “Eu gosto de cinema, teatro, shows, quando possível, e as viagens oferecidas pela UNATI, eu participo de todas” (Flor-de-abril – UNATI-1). Vemos também na fala da Amarílis (UNATI-2) a preferência pelos conteúdos artísticos do lazer: “Cinema, teatro, eu gosto de ler, sempre estou fazendo alguma coisa”.

Os interesses manuais estão relacionados com a capacidade de manipulação, quer para transformar objetos ou materiais – por exemplo, o artesanato, a bricolagem – quer para lidar com a natureza – por exemplo, a jardinagem e o cuidado com animais (MARCELLINO, 1983, p. 43).

Na UNATI-1, os interesses manuais não se manifestaram no semestre investigado, pois não foi oferecida nenhuma disciplina ou oficina que tratasse desse interesse. Já na UNATI-2, os interesses manuais concorrem com os sociais e físico-esportivos. Sendo citada pela maioria, a oficina de arte aparece como a preferida.

Os interesses físico-esportivos estão relacionados com todas as atividades nas quais prevalece o movimento ou o exercício físico. Podem manifestar-se na prática de atividades físicas em geral. Na UNATI-1, esse interesse manifestou-se na oficina Redescobindo o Corpo⁶; e, na UNATI-2, nas aulas de educação física e esportes adaptados.

Os interesses turísticos podem manifestar-se em passeios e viagens. Esse interesse manifesta-se com menor frequência em ambas as instituições. No semestre investigado, a UNATI-1 não contou com nenhum passeio turístico, e a UNATI-2 com quatro. Apesar desses conteúdos aparecerem com menor frequência nos programas, a fala dos idosos mostra que

5 De acordo com Melo e Alves Junior (2003), o envolvimento com os interesses intelectuais não exclui a existência do uso do intelecto em outros interesses. Em todos os momentos da vida, a capacidade intelectual está em alerta, mas, nesse grupo de atividades, a ênfase central e a busca de prazer estão diretamente ligadas à atividade de raciocínio.

6 Nessa oficina, são desenvolvidas atividades de alongamento, expressão corporal e maior ênfase é dada à dança expressiva.

tiveram experiências organizadas por ambas as instituições, e estas foram muito significativas em suas vidas.

Os interesses sociais manifestam-se quando se procura o relacionamento, o contato com outras pessoas. Esse interesse está presente na promoção da sociabilidade: festas, Igreja, encontros em bares, restaurantes, parques, programas noturnos, bailes, passeios e atividades turísticas em geral ou grupos e associações.

A pesquisa mostrou que em ambas as instituições os idosos encontram a possibilidade de vivenciar os seis conteúdos culturais de lazer, entretanto a escolha em vivenciar cada um só é possível se houvesse conhecimento das várias alternativas que o lazer oferece, o que não é comum à maioria da população. As pessoas não tiveram a oportunidade de desenvolver sua ação no tempo “livre”, abrangendo os seis grupos de interesse, ou seja, exercitando o corpo, a imaginação, a habilidade manual e o relacionamento social, quando, onde, com quem e da maneira que quisessem.

O PEDAÇO: SOCIABILIDADE E LAZER

As pessoas não vão até a UNATI apenas para preencher seu tempo “livre”. A busca por esse espaço vai além disso, ou de “ocupar a cabeça” ou ainda de arrumar uma obrigação. As observações indicam que esse ponto de referência representa uma oportunidade de contato, de interação social, de estabelecer proximidade e laços, de encontro. É aqui a noção de pedaço, abordada por Magnani (1998)⁷, se faz presente, principalmente no que diz respeito à rede de relações sociais travadas.

Em ambas as instituições, o idoso busca uma forma de sociabilidade. As observações revelam que esse espaço funciona como um ponto de referência, o qual os idosos mostram nas vestimentas, na linguagem, nos gestos, na expressão corporal, na postura – o pedaço a que pertencem. A UNATI constitui-se uma espacialidade em que as pessoas se identificam por símbolos, representações e mediações. Venham de onde vier, o que buscam é um ponto de aglutinação para a construção e o fortalecimento de laços. Quando os idosos se ausentam de suas casas e dirigem-se a esse seu pedaço, não o fazem com o objetivo apenas de ocupar o tempo “livre”, de buscar conhecimento e atualização, mas vão até lá para encontrar seus companheiros, seus iguais, o “colega”, como se refere Gloriosa (UNATI-1): as “velhas sabidas” do pessoal do pedaço. “O mais importante para mim é isso, o encontro com as pessoas...” (Primavera – UNATI-2).

7 O livro *Festa no pedaço*, escrito por Magnani (1998), torna-se clássico no estudo do tema. Mais do que a festa, a obra abrange formas de entretenimento com que a população da periferia de São Paulo preenche o tempo e o espaço de lazer. O autor coloca em destaque, por meio da pesquisa etnográfica, um assunto relegado pelos estudiosos – o lazer.

Quando não existe mais o sentimento de pertencimento a um lugar e ao grupo de trabalho, são outros espaços, como o da UNATI, que fazem existir esse sentimento e criam novos laços sociais e valores, estruturando a identidade da velhice (PEIXOTO, 1997, p. 187). Na sociedade em que vivemos, as relações são pautadas no individualismo, na impessoalidade, no formalismo, diminuindo, assim, as possibilidades de contatos sociais, de estabelecimento de novas amizades, que é justamente o que o idoso busca.

Nas observações, pude perceber que em ambas as instituições os idosos transformavam aquele espaço em um local de encontro. Não vão até lá só para as aulas, tanto que alguns grupos chegam antes do horário para conversar, encontrar-se com as amigas e outros lá permanecem após o seu término. As falas de alunos de ambas as instituições confirmam as observações: “Chego antes para o encontro das colegas, né?” (Gardênia – UNATI-1). “Eu chego antes para o bate-papo, temos uma contadora de anedotas e de causos...” (Flor-de-abril – UNATI-1). Na UNATI-1, alguns alunos chegam antes e dirigem-se à sala da coordenação. Para alguns, o bate-papo antes da aula com a secretária é fundamental. Observei também, na mesma instituição, vários alunos espalhados pelo corredor e senti falta de um local mais adequado onde pudessem reunir-se. Já na UNATI-2, os bancos espalhados pela escola são propícios aos encontros, troca de ideias e de receitas, bate-papo antes da aula.

Segundo Peixoto (1997, p. 86), “no imaginário das pessoas de mais idade que frequentam programas para terceira idade, a UNATI simboliza um território suspenso entre o público e o privado, entre a rua e a casa ou, simplesmente, o salão de festas de antigamente”. Portanto podemos afirmar que a UNATI simboliza o “pedaço”.

A UNATI parece ser um território da existência de um sentimento de pertencimento e de identidade comum entre os membros da UNATI, permitindo que novas redes de sociabilidade sejam tecidas.

A maioria dos autores designa sociabilidade como uma forma de estabelecer relações sociais, de convívio na vida social e coletiva, de interação entre as pessoas, isto é, relações tecidas pelos indivíduos nas diversas situações sociais.

Embora o exercício de sociabilidade experimentada na UNATI não substitua outras práticas, como a vida familiar, as relações de vizinhança e as práticas religiosas, considera-se crescente a valorização dessa experiência na vida dos entrevistados. Ao falarem do significado desse espaço em suas vidas, a UNATI aparece como lugar de encontro, de estar junto, de compartilhar, de “festa no pedaço”. Os idosos valorizam muito a relação face a face, a interação com o outro, a possibilidade de conversar. O diálogo com o outro foi a forma de “lazer” mais citada.

Os idosos que vão até o espaço da UNATI para verbalizar sentimentos, emoções, ideias, conhecimentos, cultura e lazer, talvez não percebam, como eu percebi em minhas observações, que seus corpos também falam e revelam, muitas vezes, um idoso carente de

“gente”, que busca o outro por meio de sorrisos, de gestos, do silêncio, do olhar, do suspiro profundo, de pequenos toques e grandes abraços.

Não podemos negar que a UNATI, enquanto espaço institucional, permite uma sociabilidade denominada, por Willmott e Young (1960), secundária (formal). De acordo com eles, as formas de sociabilidade ocorrem em organismos institucionais públicos ou privados, como os clubes da terceira idade e as residências⁸. Essas formas abrem uma rede de relações limitadas no que diz respeito à faixa etária, gênero, nível cultural e social. Nesse espaço de convivência e interação, existem regras de comportamento pautadas em certa formalidade, regras de estarem juntos, de atitudes, de sentimentos e de gestos. Todavia a sociabilidade tecida a partir da intervenção institucional permite outras redes não institucionais, que podemos classificar, segundo Willmott e Young (1960), como primária (informal), que são práticas espontâneas de sociabilidade. As entrevistas indicam que a rede de sociabilidade dentro da UNATI é estendida para fora do espaço institucional pelo lazer (baralho, cinema, *shopping*, lanchonete...). Os encontros intermediados por atividades de lazer fora da UNATI permitem que a rede de sociabilidade se estenda.

Grupos menores formam-se em torno de preferências em relação a alguns conteúdos culturais de lazer. Sendo assim, o lazer é responsável pelas redes de sociabilidade tecidas fora do espaço institucional e reforça a ideia de grupo, aproximando as relações.

Esses encontros fora do espaço institucional, mediados pelo lazer, podem abrir novas oportunidades de encontro e fazer surgir redes de sociabilidade.

Vale assim considerar, como Macedo (1986, p. 189), que, mesmo ressalvando que há também uma dimensão conservadora e reprodutora das práticas sociais do lazer, essas práticas lúdicas não significam apenas conformismo e alienação, mas – como outros momentos da vida – incluem-se entre “formas socialmente disponíveis de mapear o mundo e encontrar o lugar nele”. Podemos dizer que a festa no “pedaço” ainda existe.

DISCUSSÃO

O estudo realizado permite afirmar que as experiências desenvolvidas pela UNATI-1 e pela UNATI-2, no que se refere à educação de idosos, têm-se mostrado uma oportunidade dinâmica, flexível e acessível para atender aos desejos e às necessidades dos que os têm buscado. Estes têm contribuído positivamente para o bem-estar, para a auto-imagem e para as relações interpessoais. Parece haver um fortalecimento do grupo, que está relacionado a uma nova consciência social sobre o envelhecimento. Dessa forma, os idosos tornam-se agentes de modificação social, colaborando para uma transformação da imagem do velho

8 No Brasil, encontra-se uma forte presença dessas formas de sociabilidade nas UNATIs, clubes, associações de aposentados.

na sociedade. A intenção não é negar as contribuições que as UNATIs vêm implementando na educação de idosos, afinal sabe-se que elas vêm trazendo contribuições para que a velhice saia do “invisível”. Contudo, esta pesquisa identificou alguns pontos que merecem reflexões, tais como: o significado do lazer encontrado nesse espaço, a necessidade de um maior conhecimento em relação aos seus conteúdos culturais, a necessidade de refletir sobre o atendimento à classe mais privilegiada de idosos, a necessidade de refletir sobre uma educação intergeracional, a negação da UNATI como espaço de lazer e a urgência de considerá-la um espaço autêntico de lazer.

No que se refere ao significado do lazer, foi identificado que a mesma falta de consenso encontrada no campo teórico está presente nos relatos coletados. O lazer assume uma pluralidade de significados na vida dos sujeitos, sendo que a maioria não possui uma resposta sistematizada acerca do tema. Visualizou-se, também, que o lazer, na maioria das falas, esteve associado aos conteúdos culturais, sendo identificada uma limitação conceitual.

Tais conteúdos necessitam ser reconhecidos profundamente por aqueles envolvidos nas atividades com idosos. Deve-se ter cuidado para que não haja um desequilíbrio entre os diversos conteúdos dentro das instituições, de forma que alguns não sejam valorizados em detrimento a outros. Percebe-se que as instituições valorizam os intelectuais, mas os idosos mostram preferência pelos manuais e físico-esportivos. Visualiza-se a necessidade de uma harmonia entre os diversos conteúdos culturais de lazer.

As observações revelaram que a UNATI é um espaço social de lazer, em função de as atividades, de uma maneira geral, serem realizadas coletivamente, possibilitando o contato direto entre indivíduos. Representa, assim, uma possibilidade de as pessoas divertirem-se, descansarem e desenvolverem-se pessoal e socialmente, fruindo os seus valores. É o lazer que fez e faz com que essas instituições congreguem, a cada dia, um número maior de um público fiel.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial teórico mostrou que a construção sociocultural da velhice – marcada por diversos aspectos sociais, culturais e econômicos – desenvolveu-se nas últimas décadas, quando os indivíduos com idades avançadas se tornaram cada vez mais visíveis e passaram a ocupar diferentes espaços na organização social. A velhice saiu de uma situação de “invisível” para “identificada”, gerando uma outra imagem sobre si, a qual contribuiu com a criação do termo terceira idade. Verificou-se, também, como o lazer emerge nesse contexto, sendo um dos elementos fundamentais no processo de desconstrução da velhice e construção da noção de terceira idade, trazendo um conjunto de novos comportamentos e estilos de vida, que se identificam muito mais com os jovens do que com os próprios idosos.

A UNATI pode ser um lugar de organização da cultura, onde se desenvolva uma formação voltada para a promoção do homem, da sua conscientização e emancipação, para o seu acesso aos bens culturais e para produção e (re)elaboração da cultura, ou seja, para o questionamento e a modificação das condições objetivas e subjetivas que estão postas.

O lazer pode ser considerado uma semente que, se plantada em solo fértil e adequadamente adubada e regada, irá resultar em uma planta, cujos frutos serão a possibilidade de uma geração com valores diferenciados daqueles encontrados na sociedade atual. O resultado do processo educativo, no âmbito do lazer, transcende em muito o próprio lazer. Ele exerce influência em todas as dimensões da vida. Nesse sentido, a escola tem um papel fundamental de levar o seu conhecimento até as pessoas. De proporcionar vivências de lazer em termos de qualidade e equilíbrio na vivência dos conteúdos culturais de lazer.

Creio que foi possível, nos limites desta pesquisa, levantar aspectos interessantes referentes à apropriação da UNATI como espaço de lazer. Todavia, acredito que outras coletas sobre experiências regionais e nacionais de educação e lazer para idosos facilitarão a identificação de experiências similares, a difusão de novas ideias e a construção de modelos brasileiros de educação para esse setor, trazendo, assim, contribuições à pesquisa educacional e à sistematização de programas de lazer para idosos.

■ REFERÊNCIAS

1. ALVES JUNIOR, Edmundo de Drummond. *L' Université du Temps libre du pays de Rennes um révélateur d' um modele social du vieillissement*. Mémoire du DEA, d' Histoire, Civilization et Societés. Rennes: Université de Haute Bretagne, 1994, 160 p.
2. CAMARGO, Luiz. Octávio de Lima. *O que é lazer?* 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1999. (Coleção Primeiros Passos)
3. CUMMING, Elaine.; HENRY, William. Enry. *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books, 1961.
4. DEBERT, Guita. Grin. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, Anita. Liberalesso.; DEBERT, Guita. Grin. (org.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999. p. 41-68.
5. DUMAZEDIER, Jofre. *Lazer e cultura popular*. São Paulo: Perspectiva, 1973. FALEIROS, Maria. Isabel. Leme. *Repensando o lazer*. São Paulo: Perspectiva, 1980.
6. FEATHERSTONE, Mike. Post bodies, aging and virtual seality. In: _____.; WERNICK, A. (orgs.). *Images of aging: cultural representations of later life*. London: Routledge, 1995. p. 227- 244.
7. FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. *Análise de conteúdo*. Brasília, 2. ed. Liber Livro Editora, 2005.

8. MACEDO, Carmem. Cinira. *Tempo de gênese: o povo das comunidades eclesiais de base*. São Paulo: Brasiliense, 1986.
9. MAGNANI, Jose Guilherme Cantor. Quando o campo é a cidade: fazendo antropologia na Metrôpole. In: _____; TORRES, Lillian de Luccas. (orgs.). *Na metrôpole: textos de antropologia urbana*. São Paulo: USP/FAPESP, 1996, p.12-53.
10. _____. *Festa no pedaço: cultura popular e lazer na cidade*. 2. ed. São Paulo: Hucitec/UNESP, 1998.
11. MARCELLINO, Nelson. Carvalho. *Lazer e humanização*. 3. ed. Campinas: Papirus, 1983. MELO, Vitor. Andrade de; ALVES JUNIOR, Edmundo. de Drummond. *Introdução ao lazer*. Barueri: Manole, 2003.
12. PEIXOTO, Clarisse. E. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, Renato. Peixoto. (org.). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UNATI/UERJ, 1997, p.41-74.
13. SEVERINO, Antonio Joaquim. *Metodologia do trabalho científico*. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2000.
14. SIQUEIRA, Maria. Eliane. Catunda. de. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: NERI, Anita. Liberalesso. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koo- gan, 2002. p. 100-105.
15. TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.
16. WILLMOTT, Peter.; YOUNG, Michael. *Family and class in a Londres, suburb*. London: Rout- ledge: Keagan Paul, 1960.

“

A prática do ballet clássico como uma ferramenta positiva na melhoria da autonomia em idosos.

- | Adriana Silva de **Souza**
- | Ana Paula Alexandre **Simon**
- | André Leonardo da Silva **Nessi**
- | Aíde Angélica de Oliveira **Nessi**

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo conhecer as características de idosos participantes do Centro Cultural e avaliar os resultados referentes à prática do ballet clássico na manutenção da autonomia funcional. O estudo foi realizado entre o período de junho a setembro de 2013. Foram selecionados oito sujeitos com idade de 60 anos ou mais, praticantes de ballet clássico em uma vez por semana. Todos os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o anonimato e a possibilidade de desistência. Para coleta de dados utilizou-se uma adaptação do Sistema Sênior de Avaliação da Autonomia de Ação (*SysSen*), aplicando apenas o *questionário sênior de atividades físicas (QSAP)* sobre três dimensões: (a) *o que o indivíduo faz*; (b) *o que o indivíduo deve fazer*; (c) *o que o indivíduo deseja fazer*, além de cinco questões abertas referente a prática do ballet clássico. O QSAP permite definir índices representativos das *necessidades pessoais* relativas a aspectos previamente selecionados da aptidão física. Os dados contidos na aplicação dos formulários foram digitados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007. Após o período de 120 dias aplicou-se novamente o teste, buscando alterações positivas. Os resultados mostraram que 71% apresentaram melhoria na memória e equilíbrio. Quanto à autonomia 89% dos sujeitos voltaram a executar atividades como limpar o chão, agachar, levantar e subir escadas. Ainda assim, os dados nos mostraram que sentimentos de oportunidade, realização pessoal, superação foram proporcionados através da prática do ballet clássico.

Palavras-chave: Idoso, Ballet Clássico, Autonomia.

INTRODUÇÃO

Desde tempos primórdios, a dança sempre esteve presente na vida do homem. Pedir chuvas e curas para doenças, agradecer vitórias, celebrar festas, nascimentos, mortes, casamentos, iniciação dos adolescentes eram costumes primitivos, expressos pelos movimentos da dança. As danças femininas em especial (danças de fertilidade, de nascimento, lunares, de plantação, de colheita, de chuva) eram compostas por movimentos estreitos-passos curtos, pequenos, em contato contínuo com o solo, dotados de grande feminilidade, retratando a fragilidade e a submissão do ser feminino em oposição ao homem. Sabe-se através da história primitiva que o início da existência humana se deu através de três formas fundamentais de dança: em solo, em pares e em grupos, este último era o mais importante, pois seus dançarinos se uniam para celebrar a fertilidade, isto é, o crescimento da própria tribo (HAAS, 2006).

Com o passar dos tempos, de dança-sagrada tornou-se dança-arte, devido, especialmente, ao surgimento do elemento estético e dos espetáculos de teatro e de todo um novo vocabulário inovador nos movimentos surgidos ao longo dos tempos, sendo representada pelas culturas tribais evoluídas através de dois tipos coreográficos: dança da cultura camponesa (popular, campesina ou de folclore) e dança da cultura senhoril (dança aristocrática) para divertimento da realeza e nobreza.

Falhbusch (1990) nos fala que, ao longo do desenvolvimento da história da humanidade as formas de dança passaram por uma evolução: dança primitiva ou étnica; baile campestre; dança folclórica, danças da corte - ballet blassé, danças de salão, balletti, ballet, ballet clássico e dança moderna (...) que se desenvolveu principalmente na década de 1950, sedimentando-se e aparecendo novos estilos e escolas (NANNI, 1995). A dança contemporânea é compreendida como o que se faz hoje, sem importar o estilo e a procedência. A dança sai dos salões e vai para os teatros de revista, para as ruas, televisões e discotecas. Muitas tendências estão registradas hoje, e é a partir dessa multiplicidade de possibilidades que se insere a dança gerontologia, adaptada a pessoas em fase de envelhecimento (BARBOSA ET. AL. 2013).

Atualmente admite-se que a estrutura etária da população brasileira vem se alterando. Se, por um lado, as pessoas estão vivendo mais, por outro, deve-se entender melhor como estão vivendo, isto é, com que grau de satisfação pessoal. Muitos critérios são adotados na intenção de avaliar qualidade de vida na velhice e a atividade física é um dos aspectos mais relacionados aos seus determinantes (DIOGO, 2009).

O enfoque atual no estudo do envelhecimento e da velhice demonstra também quanto importante é perceber a velhice como uma experiência heterogênea. Ser velho envolve uma complexidade de fatores de ordem biológica, psicológica e social. Para Mercadante

(1996), na nossa sociedade a identidade dos idosos se constrói apenas pela contraposição à identidade de jovem, contrapondo-se as qualidades: atividade, força, memória, beleza, potência e produtividade.

A respeito das diferentes crenças sobre o tema, muitos chegam a pensar a velhice é sinônimo de doença e que tanto o vigor físico como a saúde jamais estarão à sua disposição na velhice. Outros acreditam que os idosos não podem aprender mais nada e que suas habilidades estão em declínio inevitável. Por conta desses mitos, muitas instituições acabam não oferecendo qualquer tipo de atividade para as pessoas idosas. Neri & Cachioni (1999) alertam para o fato de que o elemento essencial do conceito de velhice bem-sucedida não é a preservação de níveis de desempenho parecidos com os de indivíduos mais jovens, mas a ideia de que o requisito fundamental para uma boa velhice é a preservação do potencial para o desenvolvimento do indivíduo. Isso, dentro dos limites individuais estabelecidos por condições de saúde, estilo de vida e educação.

Mas em uma sociedade onde as pessoas são avaliadas pelo que produzem pelo que dão pedir algo é muito difícil. Além disso, pedir nunca foi colocado no “pacote” da velhice. Estamos desde jovens sendo incentivados a ser independentes e nunca se falou da relatividade e da pluralidade embutidas dentro da independência, ou, seja, nunca se é totalmente independente.

Se nos conscientizarmos de que na velhice teremos mais dependência neste ou naquele sentido, quando chegarmos nesse momento nos sentiremos dentro da realidade, da normalidade. É muito grande o fardo que o próprio velho obriga-se a carregar, exigindo-se a mesma independência que tinha nas outras fases da vida. Devemos lembrar que, se uma dependência maior é normal na adolescência e na infância também o é na velhice (ZIMERMAN, 2000).

De modo geral, o velho evita pedir qualquer tipo de ajuda porque, não quer incomodar, não tem o direito de pedir, medo de sobrecarregar os filhos e ou acha que está tirando o tempo de alguém. Assim a pior coisa que pode acontecer ao idoso é a perda da autonomia, da capacidade de se relacionar com o mundo, (...) da perda da sua liberdade individual, da sua privacidade (Neri, 2009). Temos que trabalhar para que um maior número de pessoas evite a perda de sua independência, sendo uma das formas através dos movimentos da dança que a cada dia torna-se uma opção diferenciada para os gerontes que procuram a atividade física e não possui de início um carisma pela ginástica ou pelo esporte. Através dos movimentos rítmicos, podemos promover melhora da tonicidade muscular, melhora da mobilidade articular, estimula as funções cerebrais, beneficiando a concentração e a memória; favorece a integração social e o aumento da autoestima (VERDERI, 2004).

Apresentando uma proposta de exercícios que priorizem os movimentos relacionados às atividades da vida diária, será possível garantir a autonomia do idoso em seu cotidiano.

Assim venho buscar através deste trabalho, analisar o quão a prática adaptada do ballet clássico pode contribuir para resgatar a autonomia em idosas participantes do projeto “Ballet Social” realizado na cidade de Caieiras e observar as alterações no âmbito biopsicossocial.

METODOLOGIA

O estudo foi realizado entre o período de junho a setembro de 2013. Foram selecionados oito sujeitos com idade de 60 anos ou mais, sendo todas mulheres, praticantes de ballet clássico no Centro Cultural “Isaura Neves”, localizado na cidade de Caieiras-SP, que oferece a atividade uma vez por semana das 12h00 às 14h00.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão para a pesquisa: ter 60 anos ou mais, não ser totalmente dependente, assiduidade nas aulas e apresentar problemas nas AVD que comprometem a autonomia em alguns movimentos.

Antes de iniciar os testes todos os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que garante o anonimato e a possibilidade de desistência. Para coleta de dados utilizou-se uma adaptação do Sistema Sênior de Avaliação da Autonomia de Ação (SysSen), onde optou-se por aplicar apenas o *questionário sênior de atividades físicas (QSAP)* composto sobre quatro dimensões: (a) *o que o entrevistado faz* (que refere-se a sua vida cotidiana dividida em três domínios: as atividades a domicílio com 17 opções; atividades profissionais com 4 opções e atividades de tempo livre com 21 opções onde o entrevistado classifica de 1 a 5 por frequência e duração); (b) *o que o indivíduo deve fazer* (refere-se ao contexto da vida do entrevistado, onde o objetivo é quantificar as necessidades impostas pelas condições ambientais, tais como: subir escadas, transporte coletivo, condições do domicílio, etc), (c) *o que o indivíduo deseja fazer* (ela é dedicada às dificuldades percebidas pelo entrevistado durante a realização das AVD e aos sentimentos associados às atividades que ele gostaria de começar a fazer ou retomar. Ainda assim, vale ressaltar neste item que se valoriza especialmente a natureza subjetiva do que se considera uma dificuldade.), (d) *O ballet clássico na vida do entrevistado* (composto por cinco questões abertas referente a prática do ballet clássico).

A forma de aplicação do questionário foi através de entrevista pessoal, previamente agendado com cada sujeito. Adotou-se como sistema de administração o modelo ‘Folhas do Entrevistador-Folhas do Entrevistado’. , o entrevistado não recebe o questionário integral, mas apenas folhas de resposta nas quais encontra as informações necessárias à escolha das opções de respostas. A matriz do questionário é preenchida pelo entrevistador. Vale ressaltar que tal sistema é adotado por outros questionários concebidos para populações idosas.

O QSAP permite definir índices representativos das *necessidades pessoais* relativas a aspectos previamente selecionados da aptidão física. Os dados contidos na aplicação dos

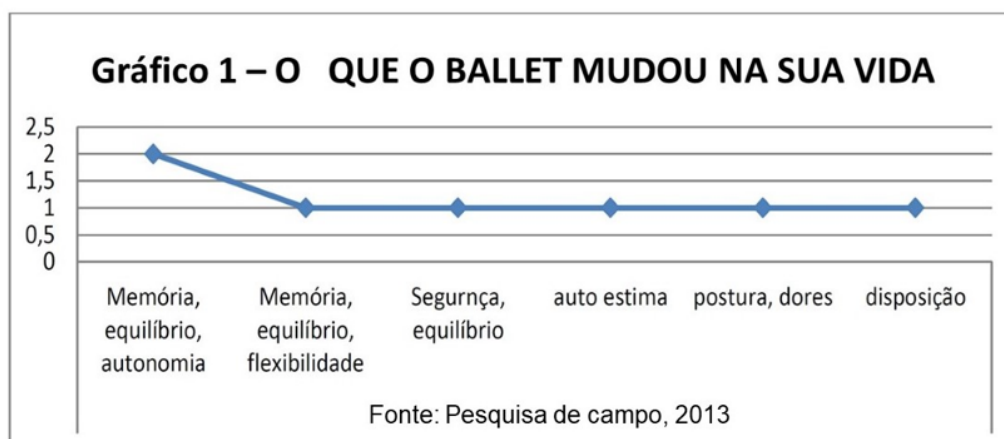
formulários foram digitados e tabulados no programa Microsoft Office Excel 2007. Constatados os dados foram analisados 10 dos 48 gráficos tabulados: memória, equilíbrio, autonomia, sentimentos com relação à atividade, sentar-se e agachar, subir escadas, limpar o chão, deslocamento, carregar pesos e lazer. Após o período de 120 dias aplicou-se novamente o teste, buscando alterações positivas nos resultados.

Vale ressaltar que por se tratar de uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória não achou-se necessário utilizar uma análise estatística dos dados, mediante a utilização do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

RESULTADOS

Podemos observar no gráfico abaixo que através da prática do ballet clássico os idosos obtiveram uma melhoria de 71% na memória utilizando-se o método de recordação e reconhecimento dos movimentos. Com relação ao equilíbrio, levaram-se em consideração as patologias sensório-motoras, a fim de poder antecipar uma atitude adequada nos casos de queixas, medo irracional, dores ou traumatismos (MANIDI, 2001).

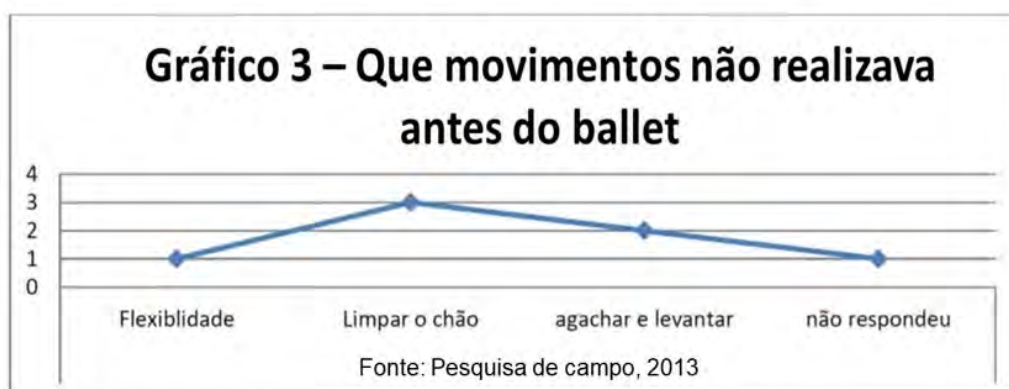
Referindo-se a autonomia houve uma melhoria de 89% como mostra o gráfico 1, proporcionando aos sujeitos se emanciparem em relação ao seu espaço privativo e ao seu meio ambiente, assim como resgatar a busca da realização de seus projetos de vida.



Referindo-se à realização das AVD (Atividades da Vida Diária) os dados nos mostram que 89% dos sujeitos, aumentaram o número de atividades realizadas durante o seu dia-a-dia e ou considerando certas atividades como lavar roupa que no início da pesquisa esta atividade não aparecia gráfico 3 nos mostra que esta atividade após 120 dias reaparece sendo realizada por 60% dos sujeitos. Ainda Assim, os dados nos mostraram que a condições de moradia para 67% dos sujeitos são consideradas ruins ou razoáveis. Isto se deve ao número de escadas que as moradias apresentam o que impossibilitava a locomoção dos idosos dentro da própria moradia. Os dados nos mostra que esta atividade volta a fazer parte das AVD proporcionando um aumento da sua autonomia dentro da sua própria moradia.



A recuperação de movimentos como agachar e levantar, assim como limpar o chão (um dos vilões para os idosos), que não apareciam no início da pesquisa, (gráfico 6) proporcionaram a possibilidade de todos voltarem a fazer faxinas leves em suas moradias. Os dados nos mostraram que após 120 dias 40% dos sujeitos realizam mais de quatro vezes na semana uma faxina leve e 39% de uma a duas vezes por semana.



Através da prática do ballet clássico, houve um resgate de sentimentos que são observados no gráfico 4. Como nas aulas de dança não existe preconceito de peso, sexo ou de sedentarismo, todos possuem a possibilidade de participar e aproveitar plenamente das atividades oferecidas. Poder compartilhar de atividades grupais com pessoas da própria geração favorece o bem-estar emocional pela possibilidade de convívio fora do ambiente familiar.



DISCUSSÃO

Neste estudo foi observada mudança nos níveis de autonomia funcional para as AVD mostrados no gráfico 1, onde 89% das participantes relata um aumento dos números de atividades realizadas no seu dia a dia. Este resultado está de acordo com o estudo realizado de Borges e colaboradores (2014), onde observou-se que no trabalho realizado com a dança de salão houve a contribuição para melhoria do equilíbrio e da autonomia funcional em idosos, uma vez que trabalha a mudança de eixo corporal com seus diferentes deslocamentos para frente e para trás e com o deslocamento do peso/contrapeso do corpo por meio da condução, os mesmos movimentos trabalhados no ballet clássico para as idosas do projeto Ballet Social.

Concordando com Varregoso (2007), que nos relata que nesta fase da vida, o idoso apresenta um corpo mais rígido e em alguns casos com limitações, não busca através da dança os rodopios frenéticos e postura rígidas e sim a sensação de bem estar causado por ela. Ressalta ainda, que apesar da expressão da dança na sociedade, algumas pessoas nunca dançaram, principalmente aquelas mais tímidas ou vindas de famílias conservadoras. Para algumas idosas do projeto, dançar era algo inimaginável, principalmente o Ballet Clássico, considerada por elas uma dança praticada apenas crianças e jovens, onde o sentimento de sonho realizado e felicidade são apresentados no gráfico 4.

A falta de informação e a escassez de estudos na área do Ballet Clássico, dificulta muitas vezes adesão idosos nesta atividade num primeiro momento, por trazerem paradoxos antigos referente a prática da dança. Leal e Haas (2006) também constatam esta escassez na área da dança e relatam em seus estudos, dos benefícios físico, social e psicológicos proporcionados pela prática em idosos além da superação inicial das suas vivências com dança contribuindo para outros aspectos de suas vidas.

Na visão de Okuma (1998), as atividades em grupo realizada preferencialmente na mesma faixa etária, é a melhor opção de atividade física na terceira idade, pois facilita a integração e fortalecimento de amizades, superação de limites físicos e a dedicação de tempo para si mesmo, conseqüentemente reduzindo as angústias, medos e inseguranças. Beuavoir (1990), nos mostra em seus estudos que idosos sentem uma dificuldade aparente para aprender ou vivenciar novas tarefas e veem estas situações como barreiras a serem vencidas. Ressalta ainda, que diferentemente do que Okuma (1998) nos apresenta com relação as angústias, inseguranças e medo, as mesmas podem ser potencializadas quando os idosos se sentem parte de uma competição com os jovens, isto, é, nem sempre as atividades físicas intergeracionais podem ser bem vindas para os idosos.

Outro dado apresentado que nos chamou atenção neste estudo, foi com relação a condições de moradia consideradas ruins ou razoáveis em 67% dos participantes. Buscando informações no Segundo Plano Municipal de Redução de Riscos (Prefeitura de Caieiras, 2013) o município apresenta quatro sistemas de relevo em seu território: mares e morros,

morros com serras restritas, serras alongadas e planícies aluviais. Isso justifica o alto número de escadas inseridas nas residências da maioria da população do município, além das instalações públicas para atendimento. Vale ressaltar que no início do projeto, algumas participantes necessitavam de auxílio para subir as escadas de acesso a sala de dança, o que posteriormente conforme os dados apresentados no gráfico 1, houve uma melhoria da autonomia dentro de suas casas, proporcionando o aumento das suas AVD e consequentemente a sua maior acessibilidade dentro do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice ainda é vista por muitos profissionais, pesquisadores e pela sociedade em geral com preconceito. Por considera-la uma etapa única e exclusivamente caracterizada por perdas, confunde-se a velhice com a doença, generalizando características de pessoas doentes a todos os idosos. São muitos os anos que permitem que nos preparemos para a velhice.

Ao longo de toda a vida, tem-se a possibilidade de se dispor a viver uma velhice sadia e equilibrada e de aceitar a chegada desse momento evolutivo de maneira positiva e natural. É importante para o idoso não se fechar em si mesmo e não se deixar vencer pelos problemas que em geral são de saúde e pelas preocupações, ainda que a nossa sociedade nos aposente continuamos sendo pessoas cheias de necessidades e de motivações para realizarmos nossos desejos. Mas para isto é preciso aceitar com otimismo a nova situação e buscar a todo o momento a parte positiva de todas as dificuldades que o envelhecimento nos traz.

Assim a autonomia como qualquer valor, representa para o idoso um ideal a atingir, e não uma característica que todos possuem. Dessa forma, ela é mais que um estado; trata-se de uma conquista permanente que pressupõe uma capacidade para ser exercida. Daí sua relação estreita com as condições de saúde. Além disso, deve-se aceitar que as pessoas veem-se frequentemente na impossibilidade de desenvolver sua autonomia. De fato, existem limites reais no interior dos quais a realização da autonomia é favorecida ou dificultada e isto se dá do estilo de vida que o idoso adquire.

A autonomia nesta fase da vida não procede de uma simples adequação, mas de uma adaptação biopsicossocial permanente. Ela é complexa, cheia de nuances, como tantos outros componentes de nossa existência. Se tomarmos uma perspectiva sociocultural mais ampla, ela relaciona-se igualmente a pontos como qualidade do meio ambiente, a moradia e os rendimentos, além dos aspectos emocionais como o amor, o respeito e a liberdade. Aqui conseguimos este benefício através da prática do ballet clássico que dentre os estudiosos é considerada como uma atividade física, mas muito, além disto, promove uma sensação de satisfação, permissão de explorar emoções através do seu corpo e ainda mostrar sentimentos através do movimento da dança. Para muitos foi à realização de um sonho de criança.

■ REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, R.M.S.P. et.al. **Associações entre imagem corporal e educação física gerontológica**.São Paulo:Phorte,2013.
2. BEAUVOIR, Simone de. **A velhice: o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições de vida dos idosos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
3. BORGES, Eliane Gomes da Silva et al. **Efeitos da dança no equilíbrio postural, na cognição e na autonomia funcional de idosos**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 71, p. 2302-2309, 2018.
4. CALDAS, Pereira Célia: **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. UERJ, 1998.
5. DIOGO, M.J.D.Anita, L.N.Meire, C et al.**Saúde e Qualidade de vida na velhice**.Campinas,SP:ED. Alínea,2009.
6. FAHLBUSCH, H. **Dança moderna e contemporânea**. Rio de Janeiro, RJ: Sprint, 1990.
7. FARINATTI, Paulo de Tarso Veras: **Envelhecimento,promoção da saúde e exercício**:Barueri-SP:Manole,2008.
8. HAAS, Aline Nogueira. **Ritmo e Dança**. 2ªed. –Canoas: Ed.ULBRA, 2006.
9. HAMILTON, Ian Stuart: **A Psicologia do envelhecimento**. Porto Alegre, RS.Artemed, 2000.
10. LEAL, Indara Jubin; HAAS, Aline Nogueira. **O significado da dança na terceira idade**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 3, n. 1, 2006.
11. MANIDI,M.J.;Michel J.P.:**Atividade Física para adultos com mais de 55 anos: Quadros clínicos e programas de exercícios**.Barueri-SP:Ed. Manole,2001.
12. MERCADANTE, E. **Aspectos antropológicos do envelhecimento**. Inpapaléo, M.(org.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu,1996.
13. NANNI, D.**Dança-educação:pré-escola à universidade**.Rio de Janeiro Sprint, 1995.
14. NERI, A.L. &CACHIONI, M. **Velhice bem-sucedida e educação**. In Neri, A.L.&Debert,G.G.(Orgs.) velhice e sociedade.Campinas:Papirus,1999.
15. _____. Palavras-chave em Gerontologia. Campinas-SP: Ed. Alínea, 3ª Ed. 2008.
16. _____.**Qualidade de vida e idade madura**:Campinas,SP:Papirus,2002.
17. OKUMA, Silene Sumire. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Papirus Editora, 1998.
18. VARREGOSO, I. Dança para Idosos. In: **I Congresso Internacional de Gerontologia. Instituto Politécnico de Leiria. Consultado pela última vez em**. 2007.
19. VERDERI, E.**O corpo não tem idade: educação física gerontológica**. Jundiaí, SP: Ed. Fontoura, 2004.

20. ZIMERMAN, GUILTE I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2000. https://www.caieiras.sp.gov.br/secretarias/downloads/caieiras_diagnostico.pdf disponível em 24/08/2020.

“

A velhice no olhar dos acadêmicos de enfermagem, direito e pedagogia

▮ Simone Oliveira **Ferreira**
DFCH-UESC

▮ Andréa Evangelista **Lavinsky**
DFCH-UESC

▮ Talita Machado **Levi**
DFCH-UESC

▮ Raimunda Silva **D'Alencar**
DFCH-UESC

RESUMO

Este estudo propõe analisar os significados da velhice atribuídos por acadêmicos da Universidade Estadual de Santa Cruz, considerando a importância dessa temática, visto que a velhice faz parte do processo de evolução humana e esta tem se tornado um fenômeno global. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no período de 2014 a 2016 por meio de entrevista semiestruturada, que contou com a participação de vinte e dois acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Pedagogia e Direito. Os dados analisados revelaram que a maioria dos acadêmicos apresenta uma maneira singular de entender a velhice. As expectativas estão voltadas para uma vida longa, um envelhecimento ativo e pautado no respeito. O fato de envelhecer não vem expresso nas falas como algo negativo, mas foram direcionadas preocupações para uma velhice não compartilhada, com ausência do núcleo familiar e a falta de mecanismos na sociedade que garantam de forma efetiva os direitos dos idosos. Apesar das significações e representações positivas no que se refere à velhice, percebeu-se em alguns relatos a falta de proximidade com essa fase. Esta pesquisa mostrou a necessidade de se discutir enquanto sociedade sobre as questões que envolvem os idosos, assim como sobre o preparo do envelhecimento enquanto pessoa que também está envelhecendo, haja vista os reflexos para uma sociedade de idosos, que já é uma realidade.

Palavras-chave: Velhice, Representação Social, Estudos Universitários.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população. Tal conquista é resultado dos avanços das políticas de saúde pública e sociais, que têm proporcionado melhores condições de vida para a população (BRASIL, 2015).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), a expectativa de vida dos brasileiros aumentou para 75 anos, 2 meses e 12 dias em 2014. A população brasileira economicamente ativa deverá atingir seu máximo em 2030 com uma projeção de 208 milhões de brasileiros (BRASIL, 2015).

Alexandre Kalache, ex-diretor do Departamento de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) e atual presidente do Centro Internacional de Longevidade (ILC-Br), adverte que a população viverá trinta anos a mais em relação à expectativa de vida das gerações remotas; salienta, ainda, que a longevidade e o envelhecimento devem ser contemplados de maneira positiva (ROSA; JORDÃO; DAMAZIO, 2014). Delineando este panorama acerca da mudança na pirâmide etária, considera-se oportuno trazer à tona a discussão das diferentes representações e significados atribuídos à velhice e ao processo de envelhecimento em virtude de que, por muito tempo, fora introjetada a ideia de que a senescência era uma fase de abandono e solidão (GOMES; LOUREIRO; ALVES, 2012).

Scortegagna e Oliveira (2012) fazem menção que, infelizmente, dentro da conjuntura social, ainda permeiam os paradigmas acerca da velhice impostos culturalmente, e reforçam que desconsiderar a velhice revela -se como um preconceito que se perpetua ao longo dos anos. É nesse contexto que a velhice pode tornar-se um problema social. Quando não encarada como uma conquista, os idosos passam a ser vistos como um encargo para a família, para o Estado e para a sociedade (GOMES; LOUREIRO; ALVES, 2012).

A educação surge como uma oportunidade de ação, podendo gerar uma visão diferenciada acerca do idoso e da velhice, a partir do momento em que leva à sociedade o esclarecimento de como aprender a respeitar, lidar e viver o próprio envelhecimento, possibilitando caminhos para que o idoso vivencie a velhice em um mundo mais justo, em que seus direitos sejam contemplados e respeitados (SCORTEGAGNA; OLIVEIRA, 2012). Nesse sentido, Sicco (2011) propõe que criar momentos de reflexão durante a formação acadêmica possibilita aos jovens rever conceitos e romper tabus, onde as abordagens sobre o envelhecimento podem abrir espaço para o diálogo, permitindo ouvir o que eles têm a dizer sobre a temática. Considerando que a transição demográfica modificará a estrutura epidemiológica vigente nos próximos anos, formar profissionais conscientes, despidos de preconceitos e concepções ultrapassadas, torna-se um passo fundamental na busca por uma sociedade que respeite o idoso dentro de sua singularidade (MEDEIROS; RODRIGUES; NÓBREGA, 2012).

Compreender como jovens acadêmicos percebem o envelhecimento, a velhice e o próprio idoso torna esta pesquisa relevante pela possibilidade de construção de representações positivas sobre essa fase do ciclo da vida, podendo construir estratégias para a reinserção social do idoso, e para uma maior reflexão sobre o envelhecimento junto a acadêmicos, em uma perspectiva multidisciplinar. O interesse em registrar este estudo surgiu mediante a participação no Programa de Iniciação Científica da Fundação de Amparo ao Pesquisador do Estado da Bahia (FAPESB) e da Universidade Estadual de Santa Cruz, quando o foco de pesquisa voltou-se para os significados da velhice atribuídos por acadêmicos da referida instituição. Portanto, com o intuito de contribuir para o debate e para a ampliação do corpo de conhecimento em torno dessa temática, o presente artigo tem como objetivo analisar os significados da velhice atribuídos por acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Direito e Pedagogia da Universidade Estadual de Santa Cruz.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter descritivo, desenvolvido no período de 2014 a 2016, na Universidade Estadual de Santa Cruz, localizada no município de Ilhéus-BA. Este é um subprojeto que integra a pesquisa “O significado da velhice na perspectiva de acadêmicos da Universidade Estadual de Santa Cruz”, do Núcleo de Estudos sobre o Envelhecimento desta Universidade. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer número 83.379, de 19/09/2012).

Participaram da pesquisa vinte e dois acadêmicos, por meio de convite oficial junto ao colegiado dos cursos de Enfermagem, Direito e Pedagogia matriculados nos turnos diurno e noturno, do primeiro e oitavo semestres, com intuito de identificar a percepção que esses estudantes têm acerca da temática ao adentrarem na graduação e a possível influência, ao longo da jornada acadêmica, da grade curricular de seus cursos na construção das representações sociais acerca da velhice e do envelhecimento. A escolha dos cursos deveu-se ao fato de entender-se que os acadêmicos de Enfermagem prestarão cuidados aos idosos, os de Pedagogia assumirão o compromisso de transferir valores às gerações mais novas através do ensino e os acadêmicos do curso de Direito tratarão dos direitos de cidadania, defendendo as prerrogativas dos idosos.

Para seleção da amostra, os seguintes critérios de elegibilidade foram estabelecidos: estar matriculado no primeiro ou último período dos respectivos cursos de graduação, e aceitar participar voluntariamente do estudo. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados. O instrumento, constituído por questões fechadas e abertas, continha informações referentes à idade, estado civil, relações familiares, escolaridade, ocupação, religião e dados socioeconômicos de cada entrevistado; das questões abertas,

vinte e quatro perguntas retratavam a convivência dos acadêmicos com idosos e tratavam da violência (maus-tratos) contra idosos, do conhecimento acerca do Estatuto do Idoso, do processo de ensino/aprendizado na senescência e de como o curso abordava a velhice e o processo de envelhecimento.

Convém salientar que três questões norteadoras foram estabelecidas para este estudo: a) “O que você entende por velhice?”; b) “Qual a sua expectativa quanto ao seu próprio envelhecimento?”; e c) “Você considera adequado o tratamento dispensado pela sociedade ao idoso?”. Vinte e duas entrevistas, transcritas na íntegra, compuseram o corpus deste estudo, conforme exposto na tabela a seguir:

Tabela 1. Números de entrevistas realizadas por curso e semestre.

	Primeiro semestre	Último semestre	Total de entrevistas
Enfermagem	2	5	7
Direito	3	4	7
Pedagogia	3	5	8

Fonte: Elaborada pelos autores.

O levantamento dos dados ocorreu entre os meses de novembro de 2014 e janeiro de 2015. Os dados foram analisados na perspectiva da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), que preconiza os seguintes passos: pré-análise, codificação e categorização.

Os princípios éticos norteadores desta pesquisa estão contemplados na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, regulados pelas Diretrizes e Normas de Pesquisas em Seres Humanos. Todos os participantes consentiram à participação por manuscrito mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para assegurar-lhes o anonimato na identificação de seus relatos, foi utilizada a letra “E”, que representa a inicial da palavra entrevista, seguida do número da entrevista analisada e da identificação do curso, bem como do período acadêmico em que os estudantes estão. Por exemplo: “E12, Enfermagem, 8º semestre”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este item ilustra os dados relativos ao perfil dos participantes e os resultados das análises das informações.

Perfil dos participantes do estudo

O estudo demonstrou uma realidade amostral de vinte e dois participantes, com idade entre 18 e 59 anos, sendo treze mulheres e nove homens. No que se refere ao convívio cotidiano com a pessoa idosa, treze acadêmicos informaram conviver com idosos na família e

na comunidade; três estudantes relataram que, além da convivência com idosos nos diversos cenários da sociedade, residem com familiar idoso; e seis afirmaram não ter contato direto com idosos, contudo se deparam com idosos no transporte coletivo, nas filas de banco, na universidade e nos demais espaços sociais.

Categorias temáticas

No que tange aos significados da velhice atribuídos pelos acadêmicos de Enfermagem, Direito e Pedagogia, após análise de conteúdo e tratamento das entrevistas, foram identificadas as seguintes categorias, que emergiram a partir das três questões citadas no início deste estudo: 1) “Experiências e maturidade na visão de acadêmicos: (re)significando a velhice”; 2) “Perspectivas dos acadêmicos sobre a longevidade: viver muito, viver bem e com dignidade”; e 3) “Visão da velhice respeitada”. Assim, as entrevistas foram agrupadas nessas três categorias, de acordo com a semelhança de conteúdo.

Experiências e maturidade na visão de acadêmicos: (re)significando a velhice

Conceituando a velhice, Ferreira et al. (2012) referem-na como sendo um processo individual, natural e inevitável para qualquer ser humano no desenvolvimento da vida, e a maneira como cada pessoa evidencia essa fase fará com que essa etapa seja vivenciada de distintas formas. Os referidos autores destacam, ainda, que as mudanças biológicas fazem parte do processo de envelhecimento e que este não é caracterizado somente pelo surgimento de rugas, progressiva perda da elasticidade e do viço da pele e pela diminuição da força muscular. O envelhecimento contempla, também, mudanças psicossociais como a consciência da aproximação do fim da vida, declínio do prestígio social e alterações funcionais que criam a necessidade cotidiana de ajuda para desempenhar as atividades básicas, além das perceptíveis transformações socioeconômicas e políticas (FERREIRA et al., 2012). Ressalta-se que, apesar das alterações fisiológicas e funcionais que podem trazer modificações próprias desse processo, estas não tornam a velhice uma fase apenas de perdas, mas também de experiências, como destacado na fala dos entrevistados dos cursos de Enfermagem, Pedagogia e Direito:

A velhice é uma fase de mudança que acontece com todos, são fisiológicas, e que podem trazer problemas para a pessoa, mas que também são grandes experiências. Porque só quem vive muito tempo tem as experiências (E6, Enfermagem, 8º semestre).

Velhice é você criar certa maturidade, estar avançado na idade, mas não quer dizer que é velho, inútil, entendeu?... Velhice, eu entendo por avanço da idade (E7, Pedagogia, 1º semestre).

Velhice é uma consequência de viver, todo mundo envelhece (E28, Direito, 1º semestre).

Os relatos atribuíram à velhice a significação de uma fase marcada por mudanças que podem ser fisiológicas, patológicas e/ou sociais, considerando que essas mudanças acontecem durante o percorrer do curso vital e que esse processo sofre influências das vivências abarcadas por cada indivíduo, fato que colabora para construção positiva das experiências pessoais. Um acadêmico do curso de Enfermagem do oitavo semestre abordou também a questão da maturidade que, de acordo com o mesmo, é adquirida com o avanço da idade, considerando que o fator da idade cronológica não é uma problemática. Como enfoque, o acadêmico de Pedagogia do primeiro semestre destacou que o fato de ser idoso não significa ser inútil, mas outras significações positivas podem ser construídas também nessa etapa da vida a partir das vivências/experiências, que são privilégios apenas daqueles que vivem muito. O relato de um acadêmico do curso de Direito do oitavo semestre ilustra a visão do reconhecimento da velhice e do preparo que já está sendo almejado para garantir uma velhice com funcionalidade, dentro do que considera um envelhecer com qualidade:

Até uns tempos atrás, o idoso não era preparado para envelhecer. Minhas avós, que faleceram, não foram preparadas para envelhecer, morreram com oitenta e poucos anos, mas elas simplesmente não esperavam chegar a essa idade; e elas faleceram extremamente enfermas, com muitos problemas, todas as duas, exatamente porque elas não se prepararam. Então, acabaram desenvolvendo Alzheimer, coisas debilitantes, elas acabaram enfermas, na cama. Uma amputou parte da perna [...] complexo. Os meus pais, entretanto, já estão se preparando para envelhecer. O meu pai tem 58 anos, a minha mãe 54, e eles se preparam, já mentalizam ingressarem nessa idade, passarem dos 60 com saúde, bem, dinâmicos. Então pra gente, a perspectiva é essa (E12, Direito, 8º semestre).

Observa-se que o estudante supracitado trouxe, em seu relato, a convivência com as avós doentes, expressando que a falta de preparo levou as idosas ao declínio funcional. Contudo, tanto o entrevistado como seus familiares já reconhecem a positividade da velhice com preservação da autonomia e independência e, diante disso, delineiam os próprios caminhos para vivenciar um envelhecimento dinâmico, almejando longeviver bem.

Nesse sentido, Côrte e Brandão (2013) afirmam que envelhecer de forma ativa implica atitude pessoal de otimismo perante a vida e requer medidas capacitadoras dos mais velhos e da família. Contudo, salientam também que viver muito e bem depende de inúmeros fatores: sociais, ambientais, espirituais e genéticos.

Vale destacar que a imagem corporal representa as mudanças que ocorrem ao longo do tempo, anunciando o envelhecimento. Nesse sentido, para que o idoso ressignifique o autoconceito em relação às capacidades, competências, aparência física e aceitabilidade social, é fundamental superar o processo de envelhecer como algo proibido, vergonhoso e incompetente e, para isso, torna-se necessário desmistificar o olhar negativo sobre a

velhice em prol de uma imagem corporal que ultrapasse os declínios físicos e estéticos e que beneficie pensar em novas formas de relações e percepções de corpo na sociedade (FRANÇA et al., 2016).

O entrevistado do curso de Enfermagem do oitavo semestre mencionou que a velhice pode ir além do físico, sendo um fator mais psicológico, transcendendo as características ou alterações físicas, indo além das mudanças estéticas e da idade cronológica:

Eu acho que a velhice vai além do físico! É mais mental do que fisicamente. Pela questão das pessoas acharem que porque tá seguindo a idade tem que tá diferente, tem que ser tratado de forma diferente, de forma especial por causa da idade. Mas não é um problema (E1, Enfermagem, 8º semestre).

De acordo com Corrêa (2013), a questão da saúde mental e social para a promoção de um envelhecimento ativo muitas vezes é negligenciada. A preservação da saúde mental reflete uma característica de maior capacidade funcional de todas as idades, podendo ser evidenciada através da autoestima e das expectativas positivas diante da vida. Portanto, a saúde física e a saúde mental influenciam-se mutuamente. Quando se considera a saúde mental, as vivências e as experiências construídas ao longo da vida permitem compreender outras dimensões para se compartilhar uma velhice mais positiva e feliz.

Os relatos anteriores revelam expressões voltadas para a experiência, maturidade e vigor mental, utilizadas pelos entrevistados como um contra-ponto à velhice como forma de viver e passar pelo processo de envelhecer, rompendo com os estereótipos. Assim, os acadêmicos de Enfermagem, Direito e Pedagogia encontram, através dessas expressões, o desejo de adentrar nesse ciclo, atribuindo outras significações otimistas acerca da velhice.

Perspectivas dos acadêmicos sobre a longevidade: viver muito, viver bem e com dignidade

Brandão (2013) destaca que o número de indivíduos com 60 anos cresce de forma acelerada na sociedade atual, sinalizando o envelhecimento populacional e a perspectiva de crescente longevidade. Os discursos abaixo, dos alunos de Pedagogia e Enfermagem do primeiro e último semestre, respectivamente, demonstram o desejo de envelhecer, de viver muitos anos de vida e sem incapacidades físicas, destacando a saúde e a longevidade como algo a ser alcançado na velhice:

Espero chegar até os cem anos, porque envelhecer é sinal de viver. Quem não quer viver tem que morrer logo pra não chegar até a idade. Então eu espero envelhecer sim (E5, Pedagogia, 1º semestre).

Eu espero envelhecer muito, viver, viver bem, um envelhecimento sadio. Se eu não envelhecer vou morrer cedo, o que é ruim (E22A, Enfermagem, 8º semestre).

Sant'Ana-Loos et al. (2016) relatam que a superação dos paradigmas relacionados à velhice e os avanços nas áreas de estudos gerontológicos na Psicologia, Sociologia e outras ciências colaboraram para elevar a qualidade de vida, a longevidade, assim como o número de idosos ativos. Essas conquistas geram nas pessoas o desejo do bem viver e do envelhecer, que esperam chegar à senescência e viver bem durante muitos anos de vida, conforme os relatos acima.

Um entrevistado do curso de Pedagogia, do primeiro semestre, salienta, em seu relato, o desejo de vivenciar a longevidade, com a preservação dos laços e vínculos familiares, sendo que a família aparece como eixo principal dentro do que considera uma velhice tranquila:

Mas eu quero ter um envelhecimento sadio, com minha família, e que possa ter uma morte tranquila. O problema da sociedade é pensar no ser humano, pensar que não morre, por isso que existe tanto preconceito em relação ao idoso, porque o jovem pensa que é imortal, e só o tempo vai dizer o contrário (E9, Pedagogia, 1º semestre).

Nesse contexto, um estudo da Universidade Católica Portuguesa (2012) aborda que uma das estratégias para promover o envelhecimento bem-sucedido passa, dentre outros, pelo desenvolvimento de atividades relacionadas com o fomento da proximidade com a família, de modo a preservar os laços afetivos e as competências gerais do idoso.

O medo de chegar à velhice com algum tipo de dependência física constitui uma barreira que acaba distanciando a velhice das demais fases da vida, sendo essa esquecida justamente pelas perdas que podem ocorrer nesse processo, conforme expresso na fala de uma acadêmica do curso de Pedagogia:

Eu espero que eu fique muito velha [...]. Espero que eu tenha filhos, netos e fique rodeada de netos, de filhos [...] idosa. Mas eu fico pensando: será que eu vou ser uma idosa acamada, uma idosa dependente, uma idosa cega? Eu não quero assim [...]. Quem quer, né? [...] Mas eu quero sim envelhecer, chegar lá pra os meus cem anos com saúde e bem-estar (E20, Pedagogia, 8º semestre).

Em virtude de superar os anseios apresentados pela participante acima, deve-se investir na promoção de programas sociais e ações com foco na manutenção da capacidade funcional dos idosos, integrando ações multiprofissionais para a detecção precoce de problemas de saúde, sendo metas fundamentais não só do governo, mas também dos demais setores da sociedade, permitindo, dessa forma, o planejamento de estratégias de promoção e prevenção da saúde (FALLER; TESTON; MARCON, 2015). Ressalta-se que, embora a maioria dos entrevistados de Enfermagem e Pedagogia tenha expressado o desejo de vivenciar a senescência, dois alunos de Enfermagem tiveram dificuldade para refletir acerca do envelhecimento, enxergando essa fase da vida como uma etapa bem distante:

Ah, eu não sei. Tanto que teve uma atividade em Saúde do Idoso que era para a gente escrever uma carta como se tivesse cinquenta anos mais velho. Aí eu fiquei, assim, viajando, porque eu não sei (E21, Enfermagem, 1º semestre).

Então, eu nunca pensei nisso não, nunca pensei em ficar mais velho não, no envelhecimento propriamente dito. Nunca pensei não. Não tenho muitas expectativas não (E25, Enfermagem, 1º semestre).

Podemos observar que os acadêmicos do curso de Enfermagem do primeiro semestre, quando questionados sobre a temática, demonstram enxergar a velhice como uma fase distante. É possível que esses estudantes estejam adentrando no espaço acadêmico e ainda não tenham tido a oportunidade de discutir sobre tais questões. Talvez a falta de diálogo acerca da velhice enquanto criança e adolescente faça com que adultos tenham essa dificuldade de se enxergar como alguém que está envelhecendo. Caldas e Thomaz (2010) apontam que o distanciamento do envelhecimento revela uma falta de proximidade com a velhice, com o idoso e um afastamento do que é passado no envelhecimento humano, o que pode colaborar para o não enfrentamento da velhice.

Diante da questão do envelhecimento ativo, os sujeitos expressaram, por meio das entrevistas, justamente essa proposta do envelhecer de forma dinâmica, contemplando o bem-estar, a saúde e a independência para realizar suas tarefas da vida diária, abarcando também mudanças de paradigmas, pois permeia o desejo de continuar exercendo atividades prazerosas, de interagir com a sociedade, de se enriquecer culturalmente, não atribuindo o fator da idade a um empecilho, conforme explicitado nas falas dos estudantes de Pedagogia:

Eu espero envelhecer bem, com saúde, e que não precise depender de outras pessoas pra me locomover e poder fazer qualquer coisa... Ir ao banco, eu penso que quero envelhecer bem, ser atualizada, entendeu?! Com saúde (E2, Pedagogia, 8º semestre).

Eu quero envelhecer com espírito jovem. Não quero estacionar no tempo, eu pretendo ser uma idosa que saia, que converse bastante com meu neto, que não pare assim na vida por conta da idade (E3, Pedagogia, 8º semestre).

O envelhecimento saudável foi adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consistindo no processo de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem, oportunizando uma experiência positiva frente à velhice (OMS, 2015).

Os estudantes de Pedagogia contemplaram, em suas falas acima, a importância do envelhecer com a capacidade funcional preservada, com independência para resolutividade de problemas e questões que envolvam o exercício da cidadania, da manutenção do desenvolvimento intelectual, bem como o não estacionamento no tempo e a preservação dos vínculos intergeracionais. Todo esse arcabouço de fatores destacados revela o desejo de

se chegar à velhice de forma ativa e saudável. A dependência gera nos entrevistados uma insegurança de adentrar na velhice, pois a independência faz parte do processo evolutivo do ser humano e, quando esta se perde, a vida se torna limitada.

Freitas, Queiroz e Sousa (2010) consideram que, conforme a pessoa envelhece, sua qualidade de vida é diretamente determinada por sua capacidade em manter a autonomia e a independência, pontuando que a maioria dos idosos tem receio de chegar à velhice com algum tipo de dependência ou de não poder executar atividades corriqueiras da vida diária. O receio de encontrar, na velhice, a dependência no processo de tomada de decisão chama atenção para o fortalecimento de abordagens de promoção de vida saudável, no intuito de afastar as morbidades e prevenir as incapacidades, preservando a autonomia e independência. Envelhecer com capacidade para desenvolver novas habilidades e potencialidades traz a oportunidade de recomeçar, conforme referido no relato do estudante de Pedagogia a seguir:

Espero estar muito bem, pelo menos com saúde, porque saúde é a base para um bom envelhecimento; quero continuar fazendo as coisas que gosto e descobrindo novos projetos, desejo viver de forma ativa (E15, Pedagogia, 8º semestre).

O entrevistado do curso de Pedagogia citado acima sinaliza a vontade de envelhecer de forma ativa. Essa visão denota o vislumbamento de uma “nova velhice”, na qual as pessoas estão desejando viver, envelhecer de forma mais participativa na sociedade, assumindo papéis diferenciados na família, bem como penetrar em novos espaços que antes eram delimitados. Algo semelhante é almejado pela acadêmica de Enfermagem do oitavo semestre:

Mas eu quero ter uma família, quero ter uma família grande, quero... ser feliz. Quero viver minha vida, não ficar parada. Quero fazer atividade física, quero ter lazer (E19, Enfermagem, 8º semestre).

Segundo Goldenberg (2011), homens e mulheres podem envelhecer dando prosseguimento aos seus projetos existenciais, ou seja, permanecer cantando, dançando, buscando a felicidade e o prazer, transgredindo as normas e tabus existentes. Pereira (2012) compartilha dessa visão, mencionando que a nova geração de idosos está nas ruas, participando de atividades culturais, educativas, políticas, comunitárias; é consumidora exigente de bens de serviço, demonstrando não ter a mesma conduta da geração anterior.

Por tudo que foi explanado até o momento, o desejo de ser feliz também na velhice foi evidenciado de forma explícita na fala do estudante de Enfermagem. Essa felicidade vem englobada pela forte presença do núcleo familiar, preservação daquilo que se gosta ou sempre gostou de fazer e o não esquecimento dentro do cenário social.

Compreende-se, por meio das falas aqui discutidas, que a repercussão da longevidade vai depender da história de vida pessoal. Chegar à velhice significa que um novo horizonte

pode ser descoberto, mas para chegar a essa fase é preciso desenvolver novas formas de se garantir o bem-estar e a alegria de viver em todas as etapas da vida. Essa é a proposta do envelhecimento participativo, também salientado pelos estudantes que já delinham os próprios caminhos para uma senescência com qualidade de vida.

Visão da velhice respeitada

Os idosos desempenham um papel de grande relevância dentro da sociedade em virtude de representarem a cultura vivificada das gerações mais remotas, além de abordar experiências que os fizeram evoluir em seu processo histórico de vida (MOTTA, 2010). Nesse contexto, esta categoria aborda a temática “velhice respeitada”, onde os relatos dos acadêmicos permitem identificar o desejo de chegar à velhice em uma sociedade preparada para acolher, respeitar e garantir os direitos da pessoa idosa:

E que eu venha a ser respeitada e reconhecida, assim como eu faço com os idosos (E17, Direito, 1º semestre).

Para Morais (2015), no que se refere ao respeito para com os idosos, esse valor vem sendo negligenciado, desencadeando situações de desrespeito para com os mais velhos. Isso é o resultado de uma sociedade marcada pelo capitalismo, em que a juventude é valorizada pela produtividade em detrimento da valorização da maturidade.

A educação surge como uma oportunidade para promoção da orientação sobre valores. Nesse sentido, carecemos da disseminação de conhecimento que proponha a transformação na sociedade e acarrete bons valores nas crianças, jovens e adultos, ensinando a justiça, ética, moral, solidariedade e o respeito mútuo, e não somente conhecimentos relacionados ao campo intelectual, pois, acima de tudo, como seres humanos, precisamos viver em coletividade (MORAIS, 2015).

Faz-se necessário discutir, enquanto sociedade, as questões que envolvem os idosos, entendendo que é fundamental garantir direitos e construir uma sociedade mais justa para que os jovens de hoje contemplem, no futuro, uma velhice pautada no respeito e na dignidade humana. Ou seja, não se trata apenas de uma discussão marcada no hoje, mas também no amanhã, como bem salientado na fala do acadêmico de Pedagogia a seguir:

Eu espero envelhecer tendo uma sociedade melhor pra conviver; eu procuro sempre estar conversando com as pessoas... Falando em sala de aula de problemas atuais; problemas passados e problemas que podem surgir no futuro também em decorrência desses que nós resolvemos hoje. Então é interessante que a gente tenha essa visão... De que amanhã esse idoso que a gente trata hoje pode ser simplesmente um de nós (E18, Pedagogia, 8º semestre).

O movimento crescente de idosos na sociedade estabelece o desafio de introduzir a temática do envelhecimento populacional, enfatizando o respeito ao idoso e o reconhecimento

do mesmo enquanto pessoa (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Na perspectiva de garantir, na velhice, uma base de proteção ao cidadão idoso, a fala a seguir de uma estudante do curso de Direito reforça a importância da presença da família e a participação da sociedade neste processo:

Eu espero que quando chegar minha fase de envelhecimento eu seja respeitada, amada por minha família, e assim espero também que a sociedade, ao decorrer dos anos, venha se conscientizar como deve tratar os idosos (E10, Direito, 8º semestre).

É necessário situar o processo de envelhecimento dentro do contexto social, entendendo a necessidade de discutir sobre como atender às necessidades da pessoa idosa, seja em relação aos aspectos econômicos, políticos ou socioculturais (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Ressalta-se que, para concretizar esses aspectos, é preciso modificar alguns mecanismos, conforme expresso pelo acadêmico do curso de Direito abaixo:

Eu acho que a sociedade do século XX, essa sociedade é de idosos... Então, por isso, deve-se mudar alguns mecanismos pra lidar com essa geração (E16, Direito, 1º semestre).

Nesse sentido, para garantir a concretude dos direitos inerentes à pessoa idosa, a rede de proteção deve ser tecida na prática por instrumentos legais (leis, decretos, resoluções, portarias), órgãos, instituições, ações (políticas, programas, projetos e serviços) e pessoas físicas que garantam a efetividade de tais marcos normativos em ações concretas que beneficiem esses atores sociais (RAMOS, 2011). Em relação aos pilares que sustentam e possibilitam uma velhice estruturada, a saber, trabalho, saúde e o direito previdenciário, algumas falas dos estudantes de Direito contemplaram determinantes, conforme apresentado a seguir:

Do meu envelhecimento eu espero conseguir ter uma base e uma aposentadoria, um bom estado de saúde. Eu espero ter melhorias na sociedade, tipo na área da saúde, uma atenção maior, uma assistência maior, porque quando se é velho precisa-se de muito mais atenção do que quando a gente é mais jovem. Então a gente está mais apto a ficar doente, a ter mais infecção, e isso pode acabar até causando uma mortalidade maior pra essa faixa de idade (E11, Direito, 8º semestre).

Eu espero que no meu envelhecimento eu ainda esteja bem. Que eu tenha uma boa condição; hoje, como jovem, desejo me estruturar para que na minha velhice eu possa gozar daquilo que eu conquistei. Que eu seja uma pessoa ativa, mesmo na velhice, mesmo com limitações, que eu continue, de alguma forma, sendo produtivo no âmbito da sociedade (E8A, Direito, 8º semestre).

Rolim et al. (2014) abordam os direitos das pessoas da terceira idade, dentre estes, o direito à vida, em que a família e o Estado têm o dever de amparar o idoso; direito ao respeito, no qual o idoso não pode sofrer discriminação de qualquer natureza; a garantia ao atendimento das necessidades básicas, como a aposentadoria e o acesso à saúde e à

educação. Todos estes se configuram como direitos existenciais e significantes, contrapontos na garantia da dignidade da pessoa idosa.

A garantia à saúde e a um sistema de saúde efetivo também é apontado por um estudante do oitavo semestre do curso de Direito. Contudo, um aspecto marcante foi observado na fala de um entrevistado do curso de Enfermagem do oitavo semestre, sendo esse o receio de ser abandonado em abrigos:

Eu espero depender menos da questão de médicos e hospitais; preparar o corpo para chegar nessa fase com saúde. Essa é minha expectativa; também ter uma vida financeira já estável para poder depender menos das pessoas, porque essa também é uma questão muito importante a se voltar. Não quero ser jogado em algum asilo, e ficar de forma descuidada. Minha preocupação é essa, da saúde e da questão financeira também (E8B, Enfermagem, 8º semestre).

Segundo Moraes (2015), salvo casos como não ter família, notamos que o cuidado e o respeito à dignidade dos idosos ainda é um desafio a ser vencido. Tal fato revela que a preocupação dos entrevistados acima tem fundamento. De acordo com o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003), a família deve acolher a pessoa idosa, proporcionando condições necessárias para sobrevivência da mesma. No que se refere ao direito básico à saúde, torna-se necessária a estruturação de serviços de saúde acessíveis, focando na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento e no manejo de enfermidades não somente na velhice, mas ao longo do percurso vital, preservando a qualidade de vida em todos os seus ciclos até a morte (ACIOLE; BATISTA, 2013).

Destaca-se que a contemplação desses resultados é atingida em sua materialidade quando se emprega a mesma prioridade a outros fatores determinantes e condicionantes para garantir a qualidade de vida, a saber, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 2015). Nessa terceira categoria, os acadêmicos de Pedagogia debateram questões voltadas para o contexto social em que vivem os idosos no cenário atual, revelaram o desejo de envelhecer em uma sociedade mais preparada em termos de educação, trabalho e garantia dos direitos da pessoa idosa, enquanto os estudantes de Enfermagem pontuaram a importância de um sistema de saúde que seja resolutivo e que contemple as reais necessidades dos idosos. Já os entrevistados do curso de Direito assumiram a importância de se preservar os direitos que são assessorados pelo Estatuto do Idoso, considerando o papel e a representação social do idoso como algo a ser valorizado nessa etapa da vida.

Assim, analisando as concepções dos acadêmicos de Pedagogia, Enfermagem e Direito acerca da temática “velhice respeitada”, percebemos que esses sujeitos esperam evoluir

para uma sociedade em que haja respeito ao idoso. Para isso, os jovens consideram a necessidade de diálogo e reflexão conjunta com a sociedade, onde cada um reveja conceitos e entenda a importância de envelhecer com respeito e dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice representa várias significações para os participantes deste estudo, sendo que o fato de envelhecer não vem expresso como algo negativo, pois cada um espera ter boas histórias para contar nessa etapa da vida. A maioria dos entrevistados evidenciou a vontade de vivenciar uma velhice com autonomia, independência, garantia de direitos e respeito à pessoa idosa; em algumas falas, percebe-se o distanciamento entre a juventude e a velhice.

Entretanto, durante o processo de construção deste estudo, algumas limitações foram identificadas e, dentre essas, o fato de alguns estudantes apresentarem receio em participar da pesquisa. Muitos expressaram o desejo de não participar, em especial os acadêmicos matriculados no primeiro semestre dos cursos aqui estudados, pois identificavam certa dificuldade em pensar sobre a temática, reconhecendo o envelhecimento como algo distante; outros explanaram que ser jovem os põe numa zona de conforto, como se a velhice nunca fosse chegar a eles.

Nesse aspecto, a propagação de abordagens sobre essa temática para todas as gerações possibilitará o rompimento das barreiras que distanciam a velhice das demais etapas da vida. Conhecer o modo como os acadêmicos percebem e idealizam a velhice agregou grande aprendizado a respeito dos diferentes significados e representações que cada sujeito constrói ao longo de sua vida. Assim, ao incluir as questões do processo de envelhecimento no ambiente acadêmico, cria-se um espaço de reflexão que permite configurar mudanças assertivas no modo de pensar sobre a velhice, passando a reconhecê-la como um êxito da sociedade atual.

■ REFERÊNCIAS

1. ACIOLE, Giovanni Gurgel; BATISTA, Lúcia Helena. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 10-19, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01-0311042013000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 abr. 2018.
2. BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 5. ed. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2011.

3. BRANDÃO, Vera. Viver bem para longe viver melhor. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, v. 34, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/2/2>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
4. BRASIL. Centro Internacional de Longevidade. *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro, jul. 2015. Disponível em: <<http://ilcbrazil.org/portugues/noticias/active-ageing-a-policy-framework-in-response-to-the-longevity-revolution/>>. Acesso em: 7 dez. 2016.
5. _____. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação de Saúde).
6. CALDAS, Célia Pereira; THOMAZ, Andrea Fernandes. A velhice no olhar do outro: uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 75-89, nov. 2010. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5367/3847>>. Acesso em: 7 dez. 2016.
7. CORRÊA, Leticia Rocha. O grupo operativo e a promoção de saúde mental para idosos. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 96-117, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/162>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
8. CÔRTE, Beltrina; BRANDÃO, Vera. Coragem para longeviver. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, ano III, n. 34, p. 1-4, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/view/1/1>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
9. FALLER, Jossiana Wilke; TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 128-137, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00128.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2018.
10. FERREIRA, Olívia Galvão Lucena et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 513-518, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
11. FRANÇA, Cristiane Braz de Souza et al. Exercício físico e envelhecimento: a percepção de idosas quanto à imagem corporal. *Journal Health NPEPS*, Tangará da Serra, v. 1, n. 1, p. 94-108, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1559>>. Acesso em: 24 mar. 2018.
12. FREITAS, Maria Célia de; QUEIROZ, Terezinha Almeida Queiroz; SOUSA, Jacy Aurélio Vieira de. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
13. GOLDENBERG, Mirian. Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. *Revista contemporânea*, Rio de Janeiro, ano 9, n. 2, 2011. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/contemporanea/article/view/2143>>. Acesso em: 15 dez. 2016.
14. GOMES, Lucy; LOUREIRO, Altair Macedo Lahud; ALVES, Vicente Paulo. O velho e a morte. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 117-132, ago. 2012. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17040/12646>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico 2014*. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 27 abr. 2018.
16. MEDEIROS, Fabíola de Araújo Leite; RODRIGUES, Ranielly Pereira; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Visão de acadêmicos de enfermagem em relação ao processo de envelhecimento. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 825-833, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4041/3170>>. Acesso em: 20 abr. 2015.
17. MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2016.
18. MORAIS, Fernando Antônio de Andrade. Respeito aos idosos como valor humano. *Revista Científica Semana Acadêmica*, Fortaleza, v. 1, maio 2015. Disponível em: <<https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/artigo-idosos.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2017.
19. MOTTA, Alda Britto da. A atualidade do conceito de gerações na pesquisa sobre o envelhecimento. *Sociedade & Estado*, Brasília, v. 25, n. 2, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922010000200005>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2016.
21. PEREIRA, Jacqueline Mary Monteiro. A escola do riso e do esquecimento: idosos na educação de jovens e adultos. *Educação em Foco*, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 11-38, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/revistaedufoco/files/2012/08/Texto-014.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2016.
22. RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Rede de proteção e garantia dos direitos das pessoas idosas no Maranhão. *Revista do Tribunal de Justiça do Estado do Maranhão*, São Luís, v. 5, n. 2, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.ampid.org.br/v1/wp-content/uploads/2012/12/REDE-DE-PROTECAO-E-GARANTIA-DOS-DIREITOS-DAS-PESSOAS-IDOSAS-NO-MARANHAO.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2016.
23. ROLIM, Taiane da Cruz et al. Reflexões gerais sobre envelhecimento e sobre direitos garantidos pelo direito brasileiro contemporâneo. *Boletim Jurídico*, Uberaba, MG, ano 13, n. 1217, 2014. Disponível em: <<https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/3899/reflexoes-gerais-envelhecimento-direitos-garantidos-pelo-direito-brasileiro-contemporaneo>>. Acesso em: 21 fev. 2017.
24. ROSA, Marília Ceccon Salarini da; JORDÃO, Silvia Nogueira; DAMAZIO, Vera Maria. Envelhecimento ativo: novas perspectivas e oportunidades para o campo do design emocional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PESQUISA E DESENVOLVIMENTO EM DESIGN, 11., 2014, Gramado. *Design e fatores humanos*. Design e emoção. São Paulo: Blucher Design Proceedings, 2014. Disponível em: <<http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/designproceedings/11ped/00804.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
25. SANT'ANA-LOOS, René Simonato. A condução do bom viver na velhice: um ensaio sobre ética, felicidade e morte. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 34, n. 85, p. 89-103, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/23310>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

26. SCORTEGAGNA, Paola Andressa; OLIVEIRA, Rita Cássia. Idoso: um novo ator social. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 9., 2012, Caxias do Sul, RS. *Movimentos sociais, sujeitos e processos educativos*. Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2012. Disponível em: <<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/1886/73>>. Acesso em: 7 fev. 2016.
27. SICCO, Juliana de Mattos. *Abordagens pedagógicas sobre o envelhecimento: das possibilidades da inserção dos estudos gerontológicos no currículo escola*. 2011. 62 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10183/32079>>. Acesso em: 7 abr. 2015.
28. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. *O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Relatório final. Coordenação Roberto Carneiro. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2012. Disponível em: <http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&file Name=envelhecimento_populacao.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2016.

“

Acolhimento psicológico & além das fronteiras

▮ Giovani André da **Silva**

▮ Sandra Júnia de Assis **Datto**

RESUMO

Este trabalho se propõe discutir concepções e práticas de psicólogos que atuam e acolhem no Centro de convivência da Pessoa Idosa do município de Nova Lima, no campo das políticas públicas, especificamente no âmbito do acolhimento psicológico dentro da instituição e suas interfaces/além das fronteiras. É sabido que os modos de cuidado produzidos nesse campo da escuta pelos profissionais da psicologia indicam tanto uma adesão a um ideal de produzir sujeitos autônomos, produtivos, empoderados, saudáveis e conscientes dos seus direitos, logo se configurando como prática normativa dentro da instituição. O foco maior deste projeto é o acolhimento psicológico/além das fronteiras dentre os demais projetos que se destaca no *CCPI uma vez que faz da escuta um instrumento do próprio conceito da palavra acolhimento: acolher; receber, oferecer, dar atenção e consideração àquele que chega que busca ou que se interessa por um serviço.

*Centro de Convivência da Pessoa Idosa

Palavras-chave: Pessoa Idosa, Acolhimento Psicológico, Além das Fronteiras, Qualidade de Vida, Autoestima, Empoderamento.

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual, as pessoas estão vivendo mais e envelhecendo saudavelmente. O idoso hoje é fruto de pesquisa, de mão de obra/trabalho, elaboração de produtos especiais, turismo específico dentre outros. A população de idosos não só aumentou como também busca um novo estilo de vida considerando a saúde física, psíquica e espiritual.

O Brasil está em franco processo de envelhecimento populacional, fato confirmado ao se observar que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais, consideradas idosas, entre 2005 e 2015, aumentou consideravelmente, de 9,8% a 14,3%, respectivamente (IBGE, 2016). E projeções populacionais apontam que, em 2060, a proporção de idosos na população será de 25,5%. Já em 2039, o número de idosos vai superar o de crianças de até 14 anos, acelerando ainda mais a trajetória desse envelhecimento da população (IBGE, 2018).

A realidade demográfica do envelhecimento e maior número de idosos na população repercutem nas diversas interfaces de políticas públicas, bem como no cotidiano. Nesta perspectiva os Governantes têm papel fundamental na proposição e articulação das políticas públicas específicas para esse grupo etário. Pelo controle social que são formas compartilhadas de decisão entre a governança pública e a sociedade direcionam-se propostas a serem implantadas visando o bem-estar das pessoas idosas. Em termos de dispositivos legais que asseguram os direitos dos idosos foi publicada a Política Nacional do Idoso, Lei 8842/1994, e regulamentada em 1996 pelo Decreto 1948, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa. Já em 1º de outubro de 2003, a Lei nº 10.741, denominada Estatuto do Idoso, reafirma os direitos das pessoas idosas. Dentre os direitos fundamentais previsto no estatuto, destacaremos saúde, assistência social, previdência, moradia, transporte, cultura, esporte e lazer. Concomitantemente ao processo de envelhecimento da população tem-se a mudança no perfil epidemiológico das pessoas, ou seja, no processo de adoecimento, destacando-se o aumento das doenças crônico-degenerativas que ocorrem em maior proporção em pessoas mais velhas e diminuição das doenças infectocontagiosas, mais comuns em populações com perfis etários mais jovens (HORIUCH, 1997). Pesquisa recente do Ministério da Saúde, o Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (Elsi-Brasil - MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) aponta que 07 em cada 10 idosos brasileiros sofrem de doenças crônicas. As doenças mais comuns são Hipertensão Arterial, dores na coluna e Artrite.

De forma análoga, a Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, “assegura os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”.

No Município de Nova Lima, especificamente no Centro de convivência da Pessoa desenvolvem-se vários projetos visando valorizar o ser humano na sua integridade. Promover o bem-estar físico, social, mental e espiritual, resgatar a autoestima e a alegria de viver, com foco na saúde e não na doença; ou seja, proporcionar a qualidade de vida. São eles:

“Tecer a Vida”, “Motivação. “Conhecer”, Orientação Jurídica e Acolhimento psicológico) que são desenvolvidos dentro do conceito “Conviver” cujo objetivo é ofertar mais qualidade de vida para a pessoa idosa. Trata-se de um programa implementado pela Coordenadoria dos Direitos da Pessoa Idosa, em parceria com as Secretarias Municipais: Saúde, Cultura, Educação, Comunicação, Desenvolvimento Social, Grupos autônomos de Pessoas Idosas e Instituições privadas a fim de promover a convivência comunitária, interação social e promoção de saúde da população idosa. Este programa foi implantado no município em maio de 2017. Atualmente em nossos projetos são realizadas atividades diárias que atendem em média 140 pessoas idosas. Percebe-se a redução da vulnerabilidade social e diminuição de doenças crônicas na população idosa por meio da promoção de convivência, em que há espaço para socialização, hábitos saudáveis, autocuidado, aprendizagem, autovalorização e acolhimento psicológico.

O foco maior deste projeto é o acolhimento que se destaca no CCPI uma vez que faz da escuta um instrumento do próprio conceito da palavra acolhimento: acolher; receber, oferecer, dar atenção e consideração àquele que interessa, chega e busca por um serviço específico em políticas públicas.

Dentre esses projetos vale enfatizar o acolhimento psicológico além das fronteiras que extrapola a anamnese.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém.

É exatamente nesse sentido, “estar perto de”, de “estar com” acolher sua demanda onde muitas vezes permeia sua fragilidade, insegurança e culpa, que o acolhimento no Centro de Convivência da Pessoa Idosa do município se faz indispensável. Refere-se ao compromisso com o reconhecimento da importância do outro que chega, busca e que fará parte de um grupo que convive, partilha e congrega os mesmos objetivos, ou seja, autonomia e qualidade de vida à Pessoa Idosa. Cada um que chega traz consigo suas alegrias, suas histórias, seus sonhos e precisa ser acolhido em sua totalidade. Traz também suas dores, suas conquistas, seus valores. A Pessoa Idosa precisa se sentir inserida, se sentir valorizada; redescobrir o prazer de viver e viver bem.

OBJETIVOS

- Acolher a pessoa idosa que chega ao Centro de Convivência da Pessoa Idosa como um ser Biopsicossocial/espiritual, ou seja, em sua totalidade;

- Oferecer e acolher um número máximo de pessoas idosas impossibilitadas de acessar os serviços ofertados na instituição (CCPI).
- Promover a Saúde Integral da Pessoa Idosa, de maneira que ela se sinta capaz dentro de suas possibilidades.

JUSTIFICATIVA

Os projetos desenvolvidos no Centro de Convivência da Pessoa Idosa têm como principal objetivo proporcionar à pessoa que chega a empatia do estar com, de se sentir acolhida e principalmente se sentir inserida neste grupo. Para tanto, possibilitar um espaço onde à escuta e a acolhida se faz necessária, é fundamental.

O sentimento de pertencer a um grupo é valioso nesta faixa etária, dada à tendência de afrouxamento dos vínculos sociais, solidão, resultantes da aposentadoria, da independência dos filhos, viuvez e outras perdas que são significativas para a vida dos idosos. Ao participar do grupo, os idosos fazem novas amizades e ampliam suas possibilidades de inserção social, pela motivação para buscar novas atividades. (Assis, Pacheco & Menezes, 2002).

Numa proposta específica cujo público alvo é a pessoa idosa, o objetivo deste é a partir do acolhimento psicológico possibilitar um estado de equilíbrio à pessoa idosa de maneira que possa fazer parte de grupos com ações de integração e envolvimento em todos os projetos da Coordenadoria da Pessoa Idosa. Promovendo assim o empoderamento, autoestima, confiança, segurança em si mesmo e principalmente se sentir inserida no grupo e valiosa no mesmo. No que tange o acolhimento psicológico que perpassa todos os projetos, a proposta é trabalhar no sentido de possibilitar a saúde física, psíquica e espiritual da pessoa idosa.

O mesmo tem como finalidade assegurar à Pessoa Idosa condições para viver plenamente, exercer seus direitos e participar em todos os espaços da sociedade. Para isto, é preciso eliminar as barreiras sociais, econômicas, políticas, jurídica culturais, de maneira a assegurar as mesmas possibilidades e os mesmos direitos a todos os idosos, independente de sexo, raça/etnia, idade ou orientação sexual. Percebe-se que na maioria dos casos: há necessidade do acolhimento psicológico.

Segundo Vieira (2003) as instituições devem estar preparadas para receber esta população que vive o envelhecimento como uma experiência subjetiva e pessoal e como sujeitos que anseiam pertencer a um grupo e a um lugar que lhes ofereça acolhimento e continência às suas necessidades de saúde. A confiança que o usuário dos serviços de saúde deposita em quem vai ajudá-lo depende do vínculo estabelecido com essa instituição e os funcionários, passam a serem então, os depositários da confiança de seus usuários. O não estabelecimento de relações positivas pode gerar vínculos de desconfiança e controle sobre os pacientes, não permitindo a participação em seu tratamento e expressão de suas discordâncias.

Assim sendo, é notório que muitas pessoas procuram a instituição apenas pela curiosidade de saber como é e o que faz um grupo de pessoas ali reunidas. Entretanto, neste momento o acolhimento se destaca, uma vez que, além de receber este sujeito, proporciona o conhecimento do grupo, do espaço (CCPI) e de seus projetos. O mesmo possibilita vislumbrar e instigar aspectos subjetivos trazendo-lhe à tona questões não explícitas, assim como sentimento de capacidade e utilidade.

DISCUSSÃO

“Nós queremos chamar atenção, neste início de conversa, para a ideia de que o acolhimento está presente em todas as relações e os encontros que fazemos na vida, mesmo quando pouco cuidamos dele. Entretanto, temos de admitir que parece ter ficado difícil exercer e afirmar o acolhimento em nossas práticas cotidianas. O avanço de políticas com uma concepção de Estado mínimo na reconfiguração da máquina estatal, na dinâmica da expansão e da acumulação predatória do capital no mundo, tem produzido efeitos devastadores no que se refere à precarização das relações de trabalho, emprego e à crescente privatização dos sistemas de seguridade social, aleijando grande parte da população da garantia das condições de existência. O impacto desse processo, no que diz respeito às relações intersubjetivas, é igualmente avassalador, na medida em que as reduz, muitas vezes, ao seu mero valor mercantil de troca”. (Cartilha da PNH & Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde).

As possibilidades interventivas em Psicologia, no que se refere à prática do acolhimento psicológico, visa analisar e avaliar fatores comportamentais e psicológicos de risco para a ocorrência de velhice patológica, fragilidade e perdas no que tange o ato de escutar. Assim sendo esta escuta se refere ao acolher e se dá na sua função terapêutica associada às ideias de cuidado, atenção e humanização. Para exercê-la é fundamental disponibilidade do profissional e respeito ao usuário, possibilitando resignificar aspectos internos da subjetividade deste sujeito. Assim torna-se este, o diferencial necessário no acompanhamento do trabalho da pessoa idosa no CCPI de Nova Lima.

No CCPI, “acolher” significa receber as pessoas que procuram o serviço, promover condições para que seu sofrimento possa ser expresso e acolhido proporcionando um novo significado para tal. Muitas vezes a pessoa chega desprovida de tudo para uma entrega total em um espaço em que se sinta aceita e que lhe proporcione o sentimento de pertencimento e “utilidade” sem julgamento de valores e preconceitos definidos. A pessoa idosa procura um espaço onde será ela mesma na sua singularidade e particularidade. Trata-se de um projeto para contribuir na resignificação da vida e do viver da pessoa idosa. O CCPI faz o acolhimento individual e o trabalho coletivo com o compromisso de envolver-se neste “estar

com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes grupos e coletivos do município. Assim sendo, entre os projetos citados acima cabe aos profissionais terem disponibilidade e exercerem o acolhimento dentro de uma escuta apurada. Destacam-se:

- “Tecer a Vida”, projeto voltado para a inteligência emocional, experiências culturais como forma de fortalecimento dos valores históricos, emocionais, criativos, comunitários e populares da vida da pessoa idosa. Cujo nome nos remete ao resgate da história de vida dos idosos contada de maneira leve e poética através das oficinas de bordados, crochês e artesanato em geral. O produto final é apresentado pelos idosos num desfile onde o resgate da confiança e autoestima trabalhado concomitantemente nestes grupos é repassado no talento e habilidade de seus trabalhos.
- “Tecer a Vida/Bairros” acontece também de forma descentralizada, ou seja, nos bairros. Tem como objetivo estimular, resignificar e dar visibilidade aos talentos das pessoas idosas dos bairros ou de grupos independentes dos mesmos, apresentados através da arte, artesanato, música, literatura e dança, assim como o entrosamento da comunidade como um todo e a visibilidade da mesma. Estendendo para os bairros do município, o acolhimento acontece também no sentido de prestar atendimento à pessoa passando informações, esclarecimentos e efetuando encaminhamentos à rede quando se fizer necessário.
- Apresentar ao idoso que desconhece o trabalho do Centro de Convivência, assim como, acolhê-lo e convidá-lo a participar do mesmo é mais uma estratégia a fim de inserir a pessoa idosa no grupo, fazendo-a se sentir pertencente no mesmo onde há o respeito, o reconhecimento e o empoderamento.

“Motivação” tem como referência a inteligência prática em parceria com a liga de cardiologia da PUC-Minas¹, com ações de abordagens dos fatores de risco cardiovasculares, orientações de saúde e bem-estar, fisioterapia preventiva, práticas integrativas como a dança circular, respiração consciente, meditação, relaxamento, atividades lúdicas e rodas de conversa.

- “Conhecer” – que estimula a inteligência racional dentro do projeto em Qualidade de Vida e Bem-Estar, busca promover a saúde integral da pessoa idosa através da realização de palestras, ciclos de formação com temas variados, orientações, informações e vivências que abordam temas com o objetivo de trabalhar a relação Inter geracional, a autoestima e o empoderamento da pessoa idosa. Visa promover o bem-estar social, valorizar as potencialidades e alegria de viver. Tem como parceira a Secretaria Municipal de Educação.

1 *Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

O acolhimento psicológico nos grupos de trabalho do CCPI, visa proporcionar a convivência de idosos não apenas dos grupos específicos de Nova Lima, como também articular o entrosamento em parcerias num trabalho Inter geracional através de oficinas lúdicas, música, dança, contação de história, palestras, etc. Trata-se também de uma maneira de possibilitar a informação, o resgate de memórias e o fortalecimento de vínculos numa perspectiva de um lugar comum, assim como as orientações no que tange a saúde integral do sujeito. É indispensável esta contribuição como visibilidade pautada no respeito à pessoa idosa, simultaneamente contribuindo para a redução do índice de violência, assim como o combate a qualquer tipo de preconceito.

O sentimento de rejeição e abandono, gerado por uma ausência de um lugar social, traz para a pessoa idosa emoções e pensamentos de desesperança no futuro e fragilidade nos sentidos que a vida assume naquele momento. Sendo assim, o acolhimento psicológico intervém também no sentido de trabalhar o autoconhecimento, a autoestima proporcionando o desenvolvimento de habilidades; “o sentimento de ser” e com o apoio dos demais participantes é possível analisar seus próprios sentimentos e comportamentos e promover a mudança interior também como consequência o seu crescimento pessoal e na melhoria da qualidade de vida.

No processo de envelhecimento e das relações afetivas que se estabelecem as principais queixas que chegam ao acolhimento psicológico pode-se citar as perdas afetivas (mortes de pessoas significativas e ninho vazio), perdas “fisiológicas” (memórias, dificuldade de locomoção e as seguintes faltas: de habilidades para resolução de problemas, atenção, autonomia e senso de independência). A Pessoa Idosa traz também o sentimento de Isolamento e perda de identidade de um lugar social, além de ansiedade, depressão, vício/drogas na família interferindo no relacionamento interpessoal, separações gerando insegurança e até pânico.

Há questões específicas que aparecem nos acolhimentos causando sofrimento e impedindo o equilíbrio da pessoa idosa que já se fez presente, ou não; em espaços de convivência e que no momento se encontra impossibilitada de um lugar social. São estas questões que fomentam a ideia e a necessidade de uma ação pontual que vai de encontro ao viés da escuta, em congruência à psicoterapia. Assim sendo, este acolhimento extrapola as fronteiras da instituição (C.C.P.I) e faz da visita domiciliar uma importante ferramenta do acolhimento Psicológico.

Sendo assim, atento à demanda específica de um público impossibilitado de sair de sua casa e muitas vezes acamado, foi que nasceu a ideia do: Acolhimento Psicológico Além das Fronteiras.

Não se pode esquecer de que: existe um número considerável de pessoas idosas necessitando urgentemente de todos os cuidados e um pouco mais. Ciente destas necessidades,

atendo às responsabilidades e comprometido com o bem-estar e qualidade de vida da Pessoa Idosa, nasceu as seguintes indagações: Como acessar estas pessoas? Qual a

“ferramenta” que poderá ser mais eficaz trazendo-lhes menos sofrimento no que tange aos males citados acima? Como checar uma denúncia ou um apelo de socorro que chega até esta instituição?

A psicoterapia visa trabalhar o sentimento de desamparo relacionado à perda da própria imagem e da consciência de si, aumentar a capacidade de reação, estimular a autoestima e a expressão dos afetos do paciente idoso (DOURADO; SOUZA; SANTOS, 2012; FONTES, 2016).

Evidencia-se claramente na citação acima a importância da psicoterapia. Em contrapartida o acolhimento psicológico além das fronteiras, torna-se a ferramenta mais importante e acessível ao sujeito no “aqui e agora”, ou seja, através dele permitirá à pessoa resgatar a autoestima e a alegria de viver tomando consciência de si, promovendo sua saúde na sua integridade como um ser biopsicossocial/espiritual. Além dos benefícios citados acima, o acolhimento psicológico sem fronteiras, torna-se a via principal que possibilitará este sujeito o resgate do equilíbrio para que posteriormente ele possa se inserir nos grupos e projetos promovendo assim a qualidade de vida e o sentimento de pertença como um ser social.

“Em uma cultura onde se dá pouca importância aos sentimentos e as necessidades emocionais são ignoradas, a doença pode ser uma excelente oportunidade de atingir o seguinte objetivo: fornece uma maneira de satisfazer as necessidades que não puderam ser satisfeitas de forma consciente”. (P.114)

Uma vez que não se trata da psicoterapia, mas de um acolhimento sistemático para além dos grupos de trabalho. Pautada na escuta, no respeito e fundamentado nos preceitos da psicologia é notório o benefício em relação ao amparo não apenas do paciente como também de toda a família. A visita domiciliar permite a formação de vínculo e o resgate de possibilidades. Percebe-se que mesmo um paciente acamado seja ele por condição física momentânea ou permanente apresenta uma evolução psíquica, através de seu comportamento consciente e inconsciente e pelos relatos da família assim como, de suas atitudes. Diante de uma condição de vulnerabilidade, a mente supera o físico e possibilita o paciente criar um movimento interno do “desejo”, mesmo sendo “aparentemente” seus últimos momentos; ele se entrega dignamente à vida. A escuta psicológica perpassa o paciente e possibilita à família se sentir acolhida em sua dor e em suas dificuldades e limitações. Um exemplo comum do (CCPI); são os encaminhamentos para a rede, assim como internações hospitalares. Também em casos fatídicos possibilita uma morte digna à pessoa idosa através da relação terapêutica como forma de intervenção de uma demanda inerente que perpassa o envelhecimento. Nesta relação, percebem-se aspectos de contratransferência do próprio envelhecimento e das relações afetivas; construídas durante o processo do acolhimento e

acompanhamento. Ou seja, nesta etapa de vida o sentimento de impotência da existência e de sua finitude humana perpassam como figuras significativas. A pessoa idosa doente e ou acamada muitas vezes sente necessidade de rejeitar

ou fugir às realidades tristes. No acolhimento psicológico/além das fronteiras o sujeito tem a oportunidade de participar naturalmente, compartilhar seus pensamentos e sentimentos assim como, dos membros da família, criando um movimento de reciprocidade coletiva. Muitas vezes ele se mostra capaz de enfrentar sua dor e seus desafios; ele passa a ser seu próprio exemplo chegando a demonstrar força e equilíbrio mediante uma morte iminente; levando assim aos familiares se lembrarem sempre de sua força; superando então com menos dor a própria tristeza. No (CCPI), a prática diária da psicologia, demonstra que a pessoa idosa acamada ou não, apresenta necessidades muito especiais que podem ser atendidas através de uma escuta apurada, permitindo-a expor suas angústias e desejos. É comum a pessoa idosa agarrar-se a vida por causa de algumas necessidades e desejos pendentes.

Assim sendo, o acolhimento psicológico/além das fronteiras torna-se um recurso de suma importância para o desenvolvimento de todos os projetos elaborados neste espaço. O qual possibilitará um novo sentido à sua existência por meio de auto compreensão histórica de vida deste sujeito, mesmo diante do fantasma da morte: impera o desejo de viver.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário na cidade de Nova Lima não é diferente do restante do país, observa-se o aumento gradativo da população idosa e a necessidade de implementação de políticas públicas, serviços, programas e projetos para proporcionar melhor saúde e qualidade de vida a essa população.

Entendemos que totalidade, extrapola espaços físicos, fronteiras e inconscientes. Percebe-se o sujeito, principalmente a pessoa idosa fragilizada na sua essência, na sua autonomia, independência e muitas vezes na sua saúde. Onde paira o sentimento de isolamento e incapacidade abre brecha para instalar a tristeza, a depressão a falta de vontade de viver. Um lugar social onde há a identidade desta pessoa faz-se fundamental.

Leonardo Boff (1999) defende a opção pelo cuidado. Cuidar, como ele diz, é mais que um ato, é uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. É enxergar o outro para além do sujeito físico, o homem é um ser Biopsicossocial/ espiritual, ou seja, em sua totalidade.

Assim sendo, os gestores têm papel fundamental na articulação, propostas e fomentações das políticas públicas específicas para este público. Visando e garantindo a Política Nacional do Idoso que assegura os direitos da Pessoa idosa Lei 8842/1994, este projeto vem de encontro não apenas fazer jus a esta determinação, mas para além da mesma: acolher, no sentido da palavra: amparar, receber, acreditar, abraçar, cuidar.

Uma das preocupações de Boff (1999) é a crise que afeta a humanidade pela falta de cuidado. Para sair desta crise, segundo o autor, precisamos de uma nova ética, ela deve nascer de algo essencial ao ser humano, reside mais no cuidado do que na razão e na vontade.

■ REFERÊNCIAS

1. Assis, M.; Pacheco, L.C. & Menezes, I.S. (2002). Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos sobre Envelhecimento*, 4(7). Rio de Janeiro. Recuperado em 17 outubro, 2009, de: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282002000100005&lng=pt&nrm=iso.
2. Boff, L. *Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.
3. Brasil; Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: acolhimento com classificação de risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2004. Cartilha da PNH 8 Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.
4. Dourado, M. C. N.; Souza, M. F. B. de; Santos, R. L. Ensinando psicoterapia com idosos: desafios e impasses. *Revista brasileira de psicoterapia*, v. 14 n. 1 p. 92-102, 2012.
5. Ferreira, A. B. H. *Novo Dicionário Aurélio*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.
6. Joia, L.C.; Ruiz, T. & Donalisio, M.R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*, 41(1): 131-8. São Paulo (SP). Recuperado em 21 janeiro, 2011 de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n1/19.pdf>.
7. Motta, A.B. (2006). Visão antropológica do envelhecimento. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Cançado, F.A.X.; Doll, J. & Gorzoni, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 8: 78-82. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
8. Neri, A.L. (Org.). (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. (3ª ed.). Campinas: Alínea.
9. Neri, A.L. (Org.). (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. (3ª ed.).
10. NERI, Anita Liberalesso. *Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo*
11. O. Carl Simonton, Stephanie Matthews-Simonton; JameL. Creighton. *Com a Vida de Novo*.
12. RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. *A Psicologia frente os desafios do envelhecimento* (Pg:114).
13. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas psicol.* (online). 2006, Vol. 14
14. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano - RBCEH*.
15. *Revista Interinstitucional de Psicologia*. Edição Especial. ISSN: 1983- 8220 V.8.
16. Sommerhalder, C. & Goldstein, L.L. (2006). O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice. In: Freitas, E.V.; Py, L.; Cançado, F.A.X.; Doll, J. & Gorzoni, M.L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 139: 1307-15. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
17. Victor, J.F.; Vasconcelos, F.F.; Araújo, A.R.; Ximenes, L.B. & Araújo, T.L. (2007). Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 41(4): 724-30. Recuperado em 20 janeiro, 2011 de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/25.pdf>.

“

Afeto familiar: sentimento de idosos institucionalizados frente ao abandono da família

- | Brenda Raquel Cavalcanti Mamede **Alves**
- | Danielle Marinho **Brasil**
- | Maria do Socorro Nóbrega **Lopes**
- | Elaine Cristine Alves **Pegado**
- | Silvia Ximenes **Oliveira**
- | José Cleston Alves **Camboim**
- | Francisca Elidivânia de Farias **Camboim**

RESUMO

Objetivo: conhecimento do sentimento do idoso diante do abandono familiar e o papel da enfermagem na redução de riscos. **Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de agosto de 2016. Utilizaram-se os Palavras-chave padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Direitos dos idosos. Instituições de Longa Permanência para idosos. Abandono de idosos. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática. A partir da análise da literatura, emergiram três categorias temáticas: a) Instituições de longa permanência: como funcionam? b) Sentimento de idosos frente à institucionalização; c) Papel do enfermeiro dentro das Instituições de longa permanência para idosos na redução de danos. **Resultados:** Os sentimentos dos idosos frente a institucionalização evidenciados foram, de culpa, medo, tristeza e angústia. **Considerações finais:** sendo assim os idosos requerem maior atenção, necessitando de um atendimento especializado que promova o bem estar e a reinserção do mesmo na sociedade.

Palavras-chave: Direitos dos Idosos, Instituições de Longa Permanência Para Idosos, Abandono de Idosos.

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira vem crescendo significativamente nos últimos tempos, dependendo da região, que geralmente são as mais desenvolvidas e das situações de vida, economia, de trabalho e de saúde. Esse crescimento ocorre também, devido às mudanças impostas pela sociedade, onde atualmente há uma queda na fecundidade, diminuindo assim a proporção de crianças, como também a queda do número de mortalidade, é com isso que percebemos que existe um aumento da expectativa de vida, a qual vem acontecendo de forma heterogênea.

Existem muitas situações que levam as pessoas a viverem melhor ou pior as diferentes fases da própria vida. Entretanto, a senilidade parece ser aquela em que os enfrentamentos das adversidades impostas pelo dia a dia se tornam mais complexos. Os idosos são propensos a perdas e a submissão no decorrer da vida, pois mesmo que tenham boa saúde, se debilitam gradativamente (MARIN et al., 2012).

Nos dias atuais as pessoas estão presas a realizarem tudo aquilo que a sociedade impõe, fazendo com que seja tomado todo o seu tempo, principalmente de suas responsabilidades com seus familiares. Idosos, necessitados de cuidados que exigem tempo e a presença de seus principais cuidadores, muitas vezes não dispõem deste cuidado, pois não têm familiares dispostos a ofertarem tais cuidados.

O envelhecimento é considerado uma situação delicada e dolorosa para muitos idosos. Com frequência, eles se veem frente a solidão, à falta de apoio da sociedade, à dificuldade em lidar com o próprio processo de envelhecimento, com a morte do consorte, o abandono familiar, as dificuldades para se manter financeiramente, o que também pode desencadear patologias físicas e psíquicas. A própria transformação social dos últimos anos, incluindo os novos princípios familiares, o grande número de separações, o avanço tecnológico e científico de domínio dos mais jovens e a incorporação da mulher no trabalho fora do seu lar, são causas que contribuem para a falta de apoio aos idosos (MARIN et al., 2012).

O cuidado com o idoso não é uma tarefa fácil, principalmente em casa, que há algumas exigências a serem cumpridas, e levando em consideração a situação socioeconômica da maioria da população brasileira, a forma mais acessível para se ter cuidados adequados é a internação em instituições de longa permanência (ILP).

O fator institucionalização deve ter reconhecida importância diante da transição populacional e epidemiológica. As questões inerentes ao envelhecimento, como queda do *status* socioeconômico e perda gradual da energia física e de produtividade, aliadas à maior suscetibilidade às doenças crônicas, deixam o idoso mais vulnerável física e emocionalmente, podendo ser a única possibilidade ao idoso a institucionalização (OLIVEIRA et al., 2011).

A institucionalização do idoso deixa-o fortemente fragilizado, pois ele é colocado em um lugar onde não conhece nada, nem ninguém, no qual sente-se desamparado, sem autonomia, e até mesmo sem identidade. Dessa forma surgem inúmeras dificuldades, das quais se podem citar o sofrimento com a adaptação do lugar, das pessoas, da rotina do ambiente, e que muitas vezes não lhes oferecem condições dignas de se viver. Diante desse contexto, o estudo busca o conhecimento do sentimento do idoso diante do abandono familiar e o papel da enfermagem na redução de riscos.

METODOLOGIA

O processo de formulação do trabalho se deu mediante a busca de literaturas científicas encontradas no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americanas e do Caribe (LILACS), no Banco de Dados SciELO - Scientific Electronic Library Online, no mês de agosto de 2016. Utilizaram-se os descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Direitos dos idosos. Instituições de Longa Permanência para idosos. Abandono de idosos. Como critérios de inclusão adotou-se artigos publicados nos últimos seis anos, em língua portuguesa e que apresentaram como objeto de estudo a temática central: Sentimento de idosos Institucionalizados. Como critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em língua estrangeira, bem como os estudos que não apresentaram aspectos que contribuissem com o objetivo desta pesquisa. Para análise dos dados, adotou-se a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, 2011). A partir da análise da literatura, emergiram três categorias temáticas: a) Instituições de longa permanência: como funcionam? b) Sentimento de idosos frente a institucionalização; c) Papel do enfermeiro dentro das Instituições de longa permanência para idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Instituições de longa permanência para idosos: como funcionam?

Sabe-se que a população brasileira passa por um aumento considerável, isto se associa ao fato de uma melhoria da qualidade de vida, a diminuição da mortalidade e natalidade além dos avanços que as ciências da saúde vêm passando. Dados revelam que em 2025 o Brasil chegue ao ranking de 6º país com a maior população idosa com idade de 60 anos acima chegando a 13% da população. Entretanto, associado a esse fato, o perfil epidemiológico também tem mudado, ocorrendo um aumento da incidência de doenças crônico degenerativas que comprometem tanto a autonomia do idoso quanto o cuidador (CALOMÉ et al., 2011).

O artigo 37 do Estatuto do Idoso que é definido através da lei 10.741 de outubro de 2003, fica normatizado que o idoso tenha direito a boas condições de moradia, que seja junto com a família natural ou substituta, ou sem seus familiares se for de sua vontade, outra opção ainda definida na lei é a habitação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sejam elas públicas ou privadas. As ILPI tem por obrigação oferecer um bom padrão de habitação, sendo ele de acordo para suprir as necessidades do idoso institucionalizado, deve-se condizer com as normas sanitárias correndo risco de penalidade de acordo com a lei supracitado (BRASIL, 2010).

Segundo Gonçalves et al. (2015) as ILPI são moradias especializadas que tem como objetivo, ofertar uma assistência adequada a pessoa idosa institucionalizada de acordo com suas necessidades, é necessário que se tenha uma equipe multiprofissional de saúde para garantir este atendimento. A equipe deve ser composta de médico, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de cuidadores capacitados e colaboradores de serviços gerais, é necessário também a presença de um nutricionista e fisioterapeuta, para desta forma assistir integralmente o idoso residente.

Configura-se a institucionalização como uma forma alternativa de assistência ao idoso entre as não familiares e que necessitam de cuidados a longo prazo. Entretanto, mesmo com a grande procura por vagas nas ILPI, ainda não existe uma imagem totalmente positiva sobre elas, a população demonstra-se sólida diante essas instituições, com diversos preconceitos e paradigmas que giram em torno de ideias consolidadas ao longo do processo histórico da criação das ILPI, tendo vista que sua criação surgiu para acolher idosos em situações de pobreza que não possuem suporte familiar e enfrentam problemas de saúde (CAMARGOS; RODRIGUES; MACHADO, 2011).

A assistência oferecida pelas ILPI, estão enquadradas como serviço de Proteção Social Específica de Alta Complexidade, devendo ser executadas através de parceria com estado, município e sociedade civil. Os cuidados de longa permanência são destinados a idosos que não possuem sua autonomia física ou mental, onde a família não tem condições financeiras, emocionais e físicas para ofertar assistência adequada.

Avaliando a nível de Brasil, enfrentamos diversas barreiras culturais e socioeconômicas, dessa forma as ILPI consistem de forma heterogênea em relação aos padrões de estrutura física, padrões de atendimento, organização financeira e idosos que são atendidos. Mesmo que boa parte dos idosos institucionalizados devam-se ao fato da dependência do autocuidado, em forma ampla, atribui-se também a pobreza e abandono familiar como principais motivos de institucionalização.

Sentimento de idosos frente a institucionalização

No tocante aos sentimentos vividos pelos idosos residentes de ILPI, os estudos afirmam que o afastamento do sujeito do mundo exterior podem trazer resultados negativos para o mesmo. Quando deixado sua própria residência, deixa-se para trás toda uma história vivida a longos anos em sua residência, esse abandono pode causar um efeito emocional ao ter que se adaptar a uma nova condição de vida.

A vida que passou deixa suas lembranças na memória, além de objetos, pessoas especiais e uma época que não se pode voltar. Nesta perspectiva, existem fatos que marcam a memória de uma pessoa como espaço que ocupa que já diz muito sobre a história de uma pessoa (CARDOSO, 2016).

No estudo de Galhardo, Mariosa e Takata (2010) fica evidente que o distanciamento com a família pode resultar em um agravo a saúde do idoso, muitos sentem-se culpados acreditando que o afastamento seja por sua culpa, e isso colabora para o aparecimento de outras patologias, a exemplo da depressão que constitui uma doença comum entre os idosos, devido o processo de envelhecimento aparecem déficits cognitivos e funcionais, por vezes o abandono familiar, a perda dos papéis sociais, e isso predispõe o idoso a entrar num quadro depressivo.

Para Cardoso (2016) além da perda familiar, existe toda uma readaptação de vida aos idosos institucionalizados que agora passam a conviver com regras, moradia coletiva, horários específicos para tarefas cotidianas e relacionamento interpessoal com novas pessoas.

Num estudo realizado por Rissardo et al. (2012) ficou evidenciado ao longo da pesquisa a insatisfação dos residentes das ILPI por não poderem optar por outro lugar para conviver, no entanto é reconhecido as ILPI mesmo com as tristezas citadas, sabem-se que as instituições são necessárias e oferecem suporte adequado principalmente aos idosos que não tem condições necessárias de manter o autocuidado fora de uma ILPI. Porém, os idosos participantes da pesquisa de Rissardo et al. (2012) referem-se a insatisfação com problemas referentes a uma falta de estrutura adequada, as dificuldades de recursos necessários e falta de organização necessária.

Para Freitas, Pereira e Guedes (2010) existem idosos que decidem residir nas ILPI como uma fuga da solidão vivenciada pela ausência família, geralmente isso decorre de um divórcio, morte de filhos, ou viuvez. Essa parte de idosos, veem as ILPI como algo atraente e sólido, que possibilitam um tipo de interação social e construção de novos valores fora do ambiente familiar.

Alguns idosos que buscam acolhimento nas ILPI, procuram um aparato que colabore com sua recuperação, entretanto, por vezes essa expectativa é frustrada por depararem com

a baixa infraestrutura ofertado pelo lugar e os poucos recursos que são oferecidos, então a decepção aparece por agora estar institucionalizado neste lugar (RISSARDO et al., 2012).

No estudo feito por Michel et al. (2012) ficou evidente que a tristeza, o medo e a solidão são os sintomas mais referidos pelos idosos institucionalizados. Apesar de nas instituições serem desenvolvidas tarefas diárias e terem convívio com outras pessoas, os idosos referem que nada se compara a presença de sua família. Os residentes fazem parte de um mundo que não é seu cotidiano, desta forma, eles não conseguem pertencer inteiramente aquele espaço onde contrariam-se o sentido da comunidade. Este “novo mundo” é referido pelos idosos como uma perda de sua individualidade, e aí desencadeia um processo de isolamento resultando num mundo sem significado.

Papel do enfermeiro dentro das Institucionalizações de Longa Permanência para Idosos – ILPI na redução de danos

Para possibilitar uma melhor qualidade de vida aos idosos institucionalizados, é de extrema importância a presença de uma equipe multidisciplinar para atendê-los e suas necessidades. Neste âmbito, destaca-se a presença do enfermeiro dentro das ILPI como peça chave no desenvolvimento do cuidar para o residente.

O enfermeiro desenvolve ações para o idoso voltadas a olhar por um processo maior, visualizando todos os aspectos biopsicossociais e espirituais, promovendo ações que lhe possibilitem uma vida saudável, através de sua capacidade e condição de saúde. O enfermeiro também desenvolve ações administrativas, assistenciais e gerenciais, para isso é necessário estar ciente do seu papel, de sua competência e atividades da equipe que está sob sua liderança (SILVA; SANTOS, 2010).

Gonçalves et al. (2015) salienta a importância da equipe multiprofissional do atendimento e convivência do idoso institucionalizado, entretanto, destaca a atenção do enfermeiro no desenvolvimento de atividades diárias, que está determinada na execução e cumprimento de leis direcionadas ao idoso. É o enfermeiro quem pode possibilitar um cuidado integral, humanizado e acolhedor, valorizando o processo de troca de relações com idoso.

O desenvolvimento de atividades por parte da equipe de enfermagem, pode melhorar o dia dentro da ILPI. Através de atividades lúdicas, o idoso pode sentir-se melhor e abandonar o sentimento de solidão. O enfermeiro deve desenvolver ações práticas que garantam o envolvimento do idoso no momento em questão. Pesquisas evidenciam que a dança, musicoterapia, arte terapia, atividades de passa tempo como palavras cruzadas, jogos de xadrez, brincadeiras, assistir televisão, leitura, caminhadas entre outras tarefas, possibilitam momentos de descontração e melhoram a qualidade de vida dentro da instituição (MICHEL et al., 2012).

Dentro das ILPI é necessário a presença do enfermeiro como o gestor principal, sendo um norteador de soluções diárias nas necessidades, para assim melhorar o quadro da falta de assistência ao idosos que já vem fragilizado. A assistência de enfermagem pode garantir uma redução de mortalidade nas altas taxas já evidenciadas dentro das ILPI. A assistência principal de enfermagem, deve estar centrada no auxílio nas limitações de capacidade funcional, visualizando uma reabilitação rápida e prevenindo agravos da perda funcional. Desta forma, o objetivo principal do enfermeiro, deve ser melhorar a qualidade de vida do idoso (LORENZINI; MONTEIRO; BAZZO, 2013).

Salienta-se a importância de visualizar o idoso institucionalizado como um todo, possibilitando estratégias que melhorem sua qualidade de vida, faça com que eles sintam-se úteis e ao mesmo tempo vivos ainda. As diversas atividades diárias podem trazer efeitos positivos em sua recuperação, pois exigem execução, movimento e ação. Esta pode ser uma nova forma de olhar e pensar sobre as instituições de longa permanência para idosos no nosso país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A velhice é uma das fases da vida que leva o ser humano a lidar com situações de difícil enfrentamento, das quais, considera-se a mais importante: a ausência familiar, mesmo estando com eles. A perda da autonomia gera a necessidade de cuidados alheios, levando os idosos a serem esquecidos e a institucionalização em casas de longa permanência se torna a única saída.

Esses institutos servem de amparo, seja ele colocado pela família ou por vontade própria, pela falta de cuidados ou por não quererem viver o resto de sua vida sozinho. Tais abrigos existem com a finalidade de promover a inserção do idoso na sociedade, de proporcionar cuidados necessários e uma vida digna na velhice.

Contudo, frente a tal situação de afastamento ou mesmo o abandono familiar, é evidente o sentimento dos idosos, e dentre os mais relatados encontra-se a culpa, a tristeza, o medo, a solidão... Esse “mix” de sentimentos se deve, por eles serem conduzidos a um local desconhecido, com pessoas que não eram da sua convivência, forçados a esquecerem toda uma vida, outrora construída com tanto afinho e dedicação. A perda de autonomia provoca o isolamento e a angústia gerando agravos na sua saúde e na qualidade de vida.

O cuidado a ser dispensado ao idoso deve ser diferenciado, tendo em vista que muitos exibem diversas patologias, e que muitas vezes, são indisponibilizados de materiais e assistência adequados, levando muitas vezes os familiares a interná-los nas casas de longa permanência. Os profissionais encontram dificuldades nos cuidados, no entanto, tentam proporcionar um ambiente acolhedor e que reabilite o indivíduo institucionalizado, não se

resumindo apenas ao tratamento medicamentoso. O profissional de enfermagem, por sua vez, trabalha o idoso como um todo, tanto o seu fisiológico, quanto o seu psíquico, o espiritual e o social, com ações que promovem o bem estar do indivíduo.

Reintegrar o idoso institucionalizado é uma missão que exige paciência e dedicação, assim, se faz necessário que os profissionais participem desse processo juntamente com ele, para que o mesmo perceba a necessidade dessa reinserção, e como consequência, melhor qualidade de vida.

■ REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2011.
2. BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados. 2010.
3. CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 217-230, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v28n1/a12v28n1.pdf>>. Acesso em: Agosto 2016
4. CAMARGOS, M.C.S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 1, p. 211-217, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982014000100012>. Acesso em: Agosto 2016
5. CARDOSO, A.C et al. O Processo de Institucionalização de Idosos no Município de Florianópolis: a importância da proteção social às famílias. [**Trabalho de Conclusão de Curso**]. Universidade Federal de Santa Catarina. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/166070>>. Acesso em: Agosto 2016
6. COLOMÉ, I.C.D.S; MARQUI, A.B.T; JAHN, A.D.C; RESTA, D.G.D.E; CARLI, R; WINCK, M.T; NORA T. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. **Rev Eletr Enferm**.v.13, n.2, p.306-312. 2011. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n2/v13n2a17.htm>. Acesso em: Agosto 2016
7. FREITAS, M.C; PEREIRA, R.F; GUEDES, M.V.C. Diagnósticos de enfermagem em idosos dependentes residentes em uma instituição de longa permanência em Fortaleza-CE. **Cienc cuid saude**. v.9, n.1, p.518-26. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9544/6657>>. Acesso em: Agosto 2016
8. GALHARDO, V.A.C; MARIOSAS, M.A.S; TAKATA, J.PI. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Rev Med Minas Gerais**. v.20, n.1, p.16-21. 2010. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/Home>>. Acesso em: Agosto 2016
9. GONÇALVES, M.J.C et al. A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, n. 14, p. 12-18, 2015. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/online/index.php/Recien/article/view/106>>. Acesso em: Agosto 2016

10. LORENZINI, E; MONTEIRO, N.D; BAZZO, K. Instituição de longa permanência para idosos: atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 2, p. 345-352, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/7169>>. Acesso em: Agosto 2016
11. MARIN M. J. S. MIRANDA F. A. FABBRI D. TINELLI L. P. STORNILO L. VCompreendendo a História de Vida de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.15, n.1, p.147-154; 2012; Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Fabiana_Miranda2/publication/262558342_Understanding_the_history_of_life_of_institutionalized_elderly/links/55e30dc308aecb1a7cc8f712.pdf>.Acesso em: Agosto de 2016.
12. MICHEL, Tet al. Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 495-504, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a02.pdf>>. Acesso em: Agosto 2016
13. OLIVEIRA E. R.A. GOMES MJ, PAIVA KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região metropolitana de vitória – ES. **Esc Anna Nery**, 2011 jul-set; 15 (3):518-523. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n3/a11v15n3>>. Acesso em: Agosto de 2016.
14. RISSARDO, L.Ket al. Sentimentos de residir em uma instituição de longa permanência: percepção de idosos asilados. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. 3, p. 380-385, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/2128>>. Acesso em: Agosto 2016
15. SILVA, B.T; SANTOS,S.S.C. Cuidados aos idosos institucionalizados-opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paul Enfermagem**. v.23, n.6, p.775-78. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/10.pdf>>. Acesso em: Agosto 2016

“

Análise epidemiológica de Leishmaniose Visceral em idosos no nordeste do Brasil

- | Débora de Souza **Lucena**
UFCG
- | Cláudia Gonçalves **Moreno**
UFRN
- | Sílvia Tavares **Donato**
UFCG

RESUMO

Introdução: A Leishmaniose Visceral (LV) é causada por protozoários tripanosomátídeos do gênero *Leishmania*, transmitida pela picada da fêmea dos insetos flebotômicos. É uma doença crônica, sistêmica, que pode evoluir para um quadro séptico e fatal na ausência do tratamento. Os idosos são suscetíveis a adquirir a doença devido à fragilidade do sistema imunológico. **Objetivo:** Analisar e estudar a distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral no Nordeste do Brasil, em população idosa, no período de 2011 a 2017. **Métodos:** Trata-se de um estudo ecológico, cujas variáveis analisadas foram idade, sexo, escolaridade e residência em condições de pobreza. A coleta de dados foi feita no DATASUS entre os meses de maio e junho de 2019. Os dados coletados foram organizados no Microsoft Excel e GraphPad Prism 8.0. **Resultados:** No período analisado, foram notificados 13.861 casos de LV, no Nordeste do Brasil. Destes, 12.950 (93,4%) ocorreram na população menor de 60 anos de idade e 911 (6,6 %) acima de 60 anos. Entre idosos, foram notificados 679 (74,5%) casos no sexo masculino e 232 (25,5%) no feminino. Do total dos casos, 614 (67,4%) não residem em condições de extrema pobreza e 297 (32,6%) entre os que residem. Quanto ao nível de escolaridade, a maior quantidade de notificação foi nos que cursaram entre a 1ª a 4ª série incompleta do ensino fundamental 155 (17,1%), seguida da de analfabetos 149 (16,35%). **Conclusão ou Considerações finais:** Evidencia-se a necessidade do fortalecimento do Sistema Único de Saúde, para promoção de ações de prevenção e controle da doença.

Palavras-chave: Leishmaniose Visceral, Saúde do Idoso, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

A Leishmaniose é uma das seis doenças infecto-parasitárias de maior importância em todo o mundo (dos Santos Sales 2018). É uma doença relacionada à pobreza e apresenta duas formas clínicas principais, a Leishmaniose Visceral e a Leishmaniose Cutânea. Ambas as formas clínicas são causadas por pelo menos 20 espécies do protozoário do gênero *Leishmania*. A principal forma da transmissão é a vetorial, pela picada da fêmea dos insetos flebotomíneos do gênero *Lutzomyia*. (BURZA; CROFT; BOELAERT, 2019).

A Leishmaniose Visceral (LV), forma mais grave de leishmaniose, também conhecida como Calazar ou febre Dum-Dum é causada por parasitos do complexo *Leishmania donovani*, que reúne as espécies *Leishmania donovani* e *Leishmania infantum* (FOLGUEIRA; MARTINEZ-BONET; REQUENA, 2010). A espécie *L. donovani* é considerada antroponótica no subcontinente indiano e na África Oriental e a espécie *L. infantum*, zoonótica no Oriente Médio, na Europa, norte da África e América Latina (DHOM-LEMOS et al., 2019). É uma doença sistêmica, crônica caracterizada por febre irregular persistente, esplenomegalia, perda de peso, anemia, dentre outros sintomas, podendo progredir para quadro séptico com evolução fatal, na ausência do tratamento (BURZA; CROFT; BOELAERT, 2018). Ademais, não ocorre transmissão direta da LV de pessoa a pessoa (BRASIL, 2010)

Além disso, a LV está presente nos dias atuais, em cerca de 65 países de todo o mundo, sendo 90% dos casos concentrados em Bangladesh, Índia, Nepal, Sudão e Brasil. Nas Américas, o Brasil é o país que apresenta o maior número de casos da doença, sendo considerado o terceiro local endêmico de LV mais relevante do mundo. A elevação no número de casos novos parece estar relacionada ao aumento constante da população canina infectada com *L. infantum* (DHOM-LEMOS et al., 2019), pois na área urbana o cão é o principal reservatório do parasito, e no ambiente silvestre, as raposas e os marsupiais (BURZA; CROFT; BOELAERT, 2018).

Antes caracterizada como uma doença de caráter eminentemente rural, a partir da década de 1980, expandiu-se para áreas urbanas, com um considerável aumento dos índices, demonstrando a formação de novo perfil epidemiológico (CASTRO-JÚNIOR et al., 2014). Trata-se de um agravo reemergente que acomete milhares de pessoas e as crianças e os idosos têm sido grupos da população bastante vulneráveis (SILVA et al., 2017).

Dessa forma, a erradicação da doença é um desafio de saúde pública, pois está diretamente associada às condições sanitárias de cada região, ao investimento em saúde e na educação. Alterações ambientais e climáticas causadas pelo homem, como o desmatamento, mudanças no padrão demográfico das cidades e costumes, interferem nas mudanças do ciclo biológico da doença, aproximando hospedeiros e reservatórios, elevando as taxas de incidência (MITRA; MAWSON, 2017). Além disso, a LV é reconhecida pela Organização

Mundial de Saúde como uma das principais doenças tropicais negligenciadas, pois não tem a atenção das autoridades voltadas para o controle e erradicação da mesma, gerando assim, desconhecimento da população a respeito da doença, ocasionando uma maior suscetibilidade (RUIZ-POSTIGO; GROUT; JAIN, 2020).

Sabe-se que a doença pode atingir qualquer pessoa, em qualquer idade, no entanto, grupos considerados de risco, como portadores do vírus HIV/AIDS, crianças e idosos são mais suscetíveis a adquirir a doença devido à fragilidade do sistema imunológico. Ademais, populações com baixa visibilidade e pouca voz política que estão na linha da pobreza e são estigmatizadas e discriminadas também são mais propensas a adquirirem a doença (BURZA; CROFT; BOELAERT, 2018).

No Brasil, de acordo com a Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o estatuto do idoso, toda pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, é considerada idosa. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), demonstram que em 2012, eram 25,4 milhões de idosos, passando a 30,2 milhões em 2017, representando um aumento de 18 % de pessoas desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no Brasil. (PARADELLA, 2018).

Com as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico do país, surgiram novas demandas envolvendo o Estado e a sociedade, que exigem novas formas de cuidado. Devido a esse novo paradigma, é de suma importância identificar situações condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, porque o idoso demonstra características próprias com relação ao estabelecimento, apresentação e desfecho dos agravos em saúde que são expressas pela maior vulnerabilidade à episódios adversos e isso necessita que haja intervenções multidimensionais e multissetoriais (BRASIL 2014).

Com efeito, a população idosa tem muita fragilidade quando atingida por doenças crônicas e infecciosas e com o avanço do crescimento populacional. Portanto, este estudo buscou realizar uma análise epidemiológica de casos de Leishmaniose Visceral em pessoas com 60 anos ou mais.

OBJETIVO

Analisar e estudar a distribuição dos casos de Leishmaniose Visceral na região Nordeste do Brasil, na população de idosos, durante os anos de 2011 a 2017.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico, que de acordo com Rouquayrol e Filho (2003), aborda áreas geográficas bem delimitadas, comparando potenciais fatores etiológicos e um grupo populacional como um todo, geralmente através da correlação entre indicadores de situação de saúde. O estudo foi composto pelos casos novos notificados de LV na população com idade igual ou superior a 60 anos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), no período de 2011 a 2017 na região Nordeste do Brasil.

O Sinan, através do DATASUS objetiva a coleta, transmissão e disseminação de dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das três esferas do Governo, para a investigação e análise epidemiológica das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2006b). A notificação compulsória, por meio do Sinan, tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica, para o processo informação-decisão-ação (BRASIL, 2009).

As variáveis focadas nesse estudo foram: idade, sexo, escolaridade e residência em município de baixa renda. O período de coleta de dados no DATASUS, foi entre o mês de maio e o início do mês de junho de 2019.

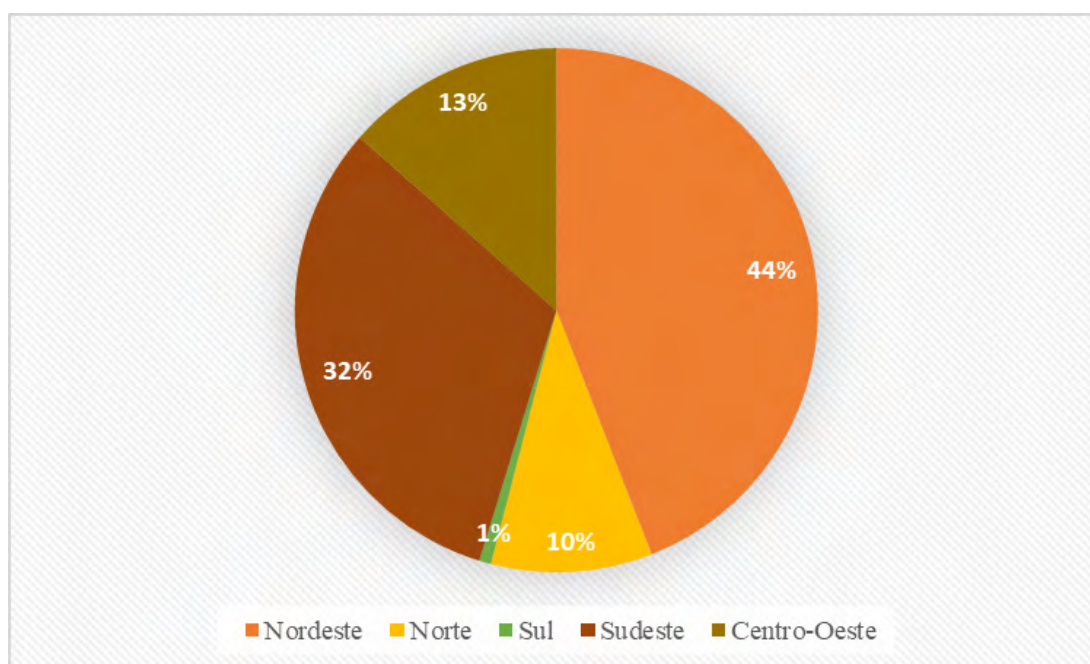
Após a coleta dos dados, estes foram reunidos em tabelas através do Microsoft Excel e calculados através de testes estatísticos utilizando frequências absolutas e percentuais. Posteriormente, no programa GraphPad Prism 8.0, foram gerados gráficos para melhor compreensão dos dados contidos nas tabelas. Em seguida, os gráficos foram disponibilizados e discutidos à luz da literatura pertinente à temática do presente estudo.

Não foi necessário a aprovação do presente estudo pelo Comitê de Ética, pois os dados utilizados são disponibilizados pela plataforma DATASUS, disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

RESULTADOS

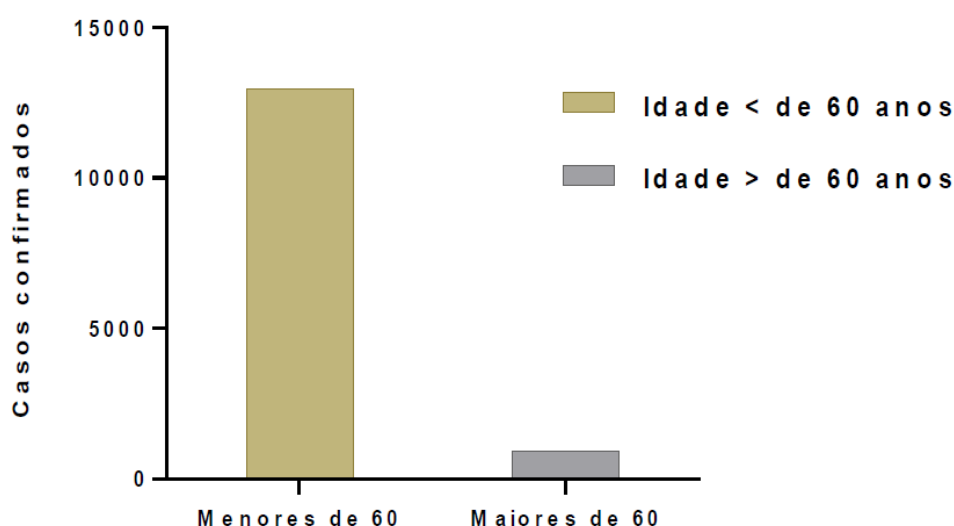
Durante o período de 2011 a 2017 foram notificados no Brasil 26.033 casos de LV. Entre a população de idosos (acima de 60 anos), foram notificados a maior quantidade de casos na Região Nordeste representando 44.07% (911/2067) casos. A região Sudeste 31.69% (655/2067), seguida da região Centro-Oeste (15/2067) e Norte (206/2067), respectivamente com 15.55% e 9.97%. A Região Sul obteve 0.72% (15/2067) sendo, a menor notificação, como observado na fig.1.

Figura 1. Leishmaniose visceral em idosos no Brasil entre 2011 e 2017. População acima de 60 anos (n=2067), notificada com Leishmaniose Visceral nas regiões do Brasil: Norte: 206 (9.97%), Nordeste: 911 (44.07%), Centro-Oeste: 280 (13.55%), Sudeste: 655 (31.69%), Sul: 15 (0.72%).



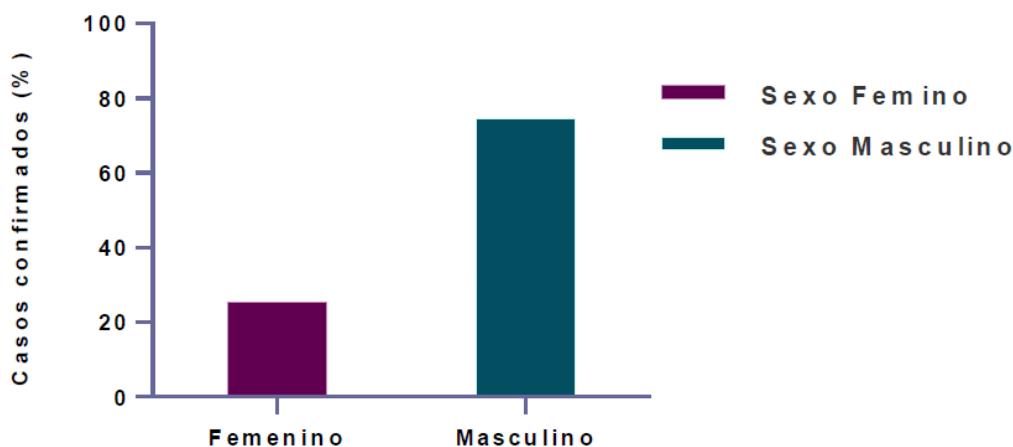
De acordo com os dados do SINAN NET (2019), na Região Nordeste, foram notificados no período, 13.611 casos de LV e dentre estes, 12.950 foi na população abaixo de 60 anos e 911, na população acima de 60 anos (fig. 2).

Figura 2. Distribuição por idade, de números de casos confirmados, de Leishmaniose Visceral no nordeste do Brasil entre 2011 a 2017. O total dos casos notificados foi de 13.611, sendo que 12.950 representam a população abaixo de 60 anos (93.43%) e 911 casos acima de 60 anos (6.57%).



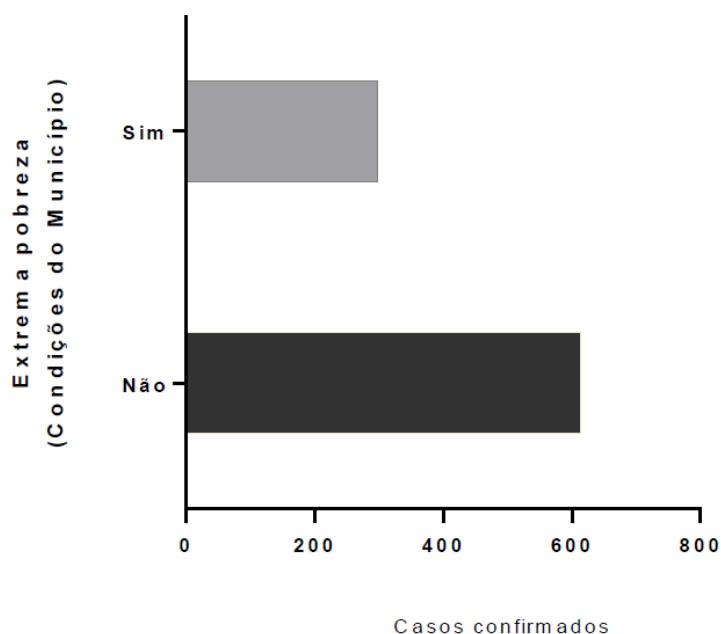
Na fig. 3. abaixo, apresenta com relação ao gênero, o total dos casos da LV, na população com mais de 60 anos. Como observado, o sexo masculino apresentou maior quantidade de notificações (679/911), correspondendo a 74.5%. Em relação ao sexo feminino, menos da metade dos casos foram notificados quando comparados ao sexto masculino (232/911), ou seja, 25.5%.

Figura 3. Número de casos confirmados (em porcentagem), por gênero, de idosos (> 60 anos) com Leishmaniose Visceral (LV) no nordeste do Brasil. Total dos casos notificados n=911, com LV no nordeste do Brasil, entre 2011 a 2017, de acordo com o gênero: feminino (232/25.5%) e masculino (679/74.5%).



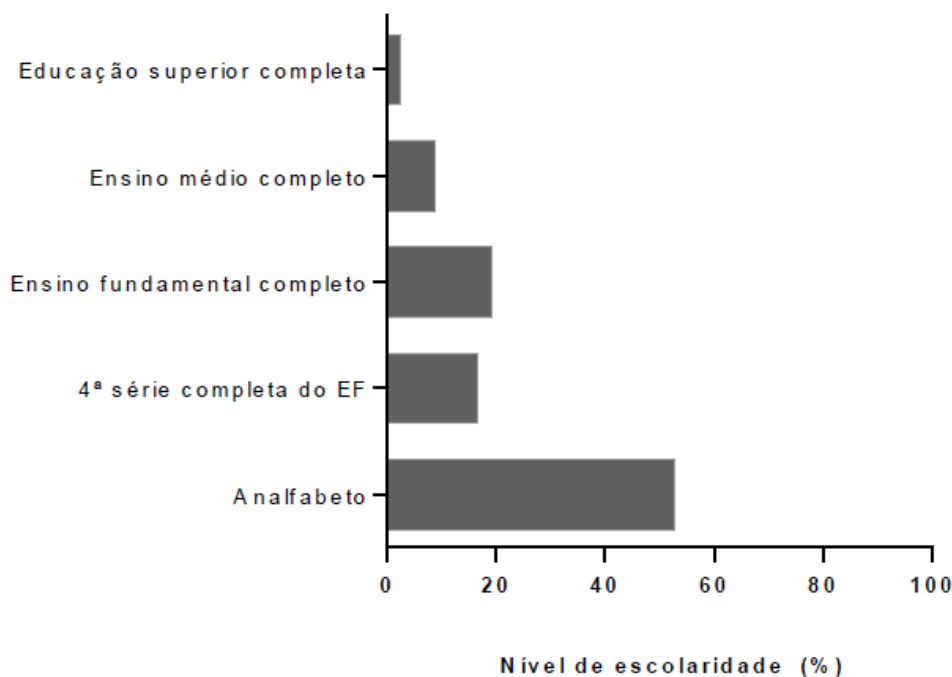
A análise das condições de moradia, em que vivem os idosos notificados, na Região Nordeste, mostra que a maior parte não reside em condições de extrema pobreza (614/911), sendo baixa a quantidade que reside (297/911).

Figura 4. Condições de moradia de idosos com Leishmaniose Visceral no nordeste do Brasil. O número de casos da população acima de 60 anos notificada (n= 911) com Leishmaniose Visceral entre 2011 a 2017 que reside em condições de extrema pobreza corresponde a 32.6% (n=297) e as que não residem em condições de extrema pobreza, n= 614 (67.4%).



Em relação a nível de escolaridade (fig. 5) pode ser observado que a maior porcentagem dos casos notificados (155/911), pertenceram a idosos que cursaram entre a 1ª a 4ª série incompleta do Ensino Fundamental. Estes representam 17.1% da população, seguido pelos Analfabetos (16.35%), Educação Superior Completa (0.77%) e Educação Superior Incompleta (0.11%).

Figura 5. Nível de escolaridade de idosos com Leishmaniose Visceral (LV) no Nordeste do Brasil. Escolaridade de população acima de 60 anos notificada (n =911) com LV entre 2011 a 2017. **Analfabeto:** 149 (16.35%); **1ª a 4ª SIEF** (1ª a 4ª Série Incompleta do Ensino Fundamental):155 (17.1%); **4ª SCEF** (4ª Série Completa do Ensino Fundamental):47 (5.16%); **5ª a 8ª SIEF** (5ª a 8ª Série Incompleta do Ensino Fundamental): 76 (8.34%); **EFC** (Ensino Fundamental Completo): 54 (5.93%); **EMI** (Ensino Médio Incompleto): 27 (3.00%); **EMC** (Ensino Médio Completo): 25 (2.74%); **ESI** (Educação Superior Incompleta): 01 (0.11%); **ESC** (Educação Superior Completa): 07 (0.77%); **NA** (Não se aplica): 03 (0.33%); **IGN/BR** (Ignorados/Branco): 367 40.28%).



FONTE: SINAN NET 2019

DISCUSSÃO

A leishmaniose continua a ser um grande problema de saúde em 4 regiões ecoepidemiológicas do mundo. Dos 200.000 a 400.000 novos casos de LV em todo o mundo, mais de 90% ocorrem em seis países: Índia, Bangladesh, Sudão, Sudão do Sul, Etiópia e Brasil (MITRA; MAWSON, 2017).

A LV é mais frequente em crianças menores de 10 anos em razão da maior susceptibilidade, justificada pelo estado de relativa imaturidade imunológica, que é agravado nas áreas endêmicas, principalmente pela desnutrição e pela exposição ao vetor no ambiente peridomiciliar (BURZA; CROFT; BOELAERT, 2018). A epidemiologia de LV na população adulta se dá por conta das formas assintomáticas e clínicas. Ademais, os idosos também são mais suscetíveis à LV devido à fragilidade do sistema imunológico, pois a *Leishmania* é um parasito intracelular obrigatório de células do sistema fagocitário mononuclear. Conseqüentemente, sua presença determina uma supressão da imunidade celular, favorecendo a disseminação e multiplicação do parasito (BRASIL, 2006a).

Não existe diferença de susceptibilidade entre os sexos (BRASIL, 2006a). No entanto, indivíduos do sexo masculino são mais afetados pela doença, confirmando resultados descritos (RODRIGUES et al., 2017). O predomínio da doença no sexo masculino se deve a presença destes em áreas que oferecem maior risco, por moradia, por questão laboral ou lazer, porém, sabe-se que a infecção pode ocorrer de forma igual, sem preferência por sexo (OLIVEIRA et al., 2006).

Sabe-se que a pobreza aumenta o risco da doença, como más condições sanitárias, ausência de gestão de resíduos e esgotos (DAWIT; GIRMA; SIMENEW, 2013). Além disso, pode ser atribuída a alta densidade populacional, aumento da imigração, alterações ambientais, condições de vida inadequadas e a presença de vetores e reservatórios no ambiente doméstico (COURA-VITAL et al., 2013). No entanto, apesar de minoria dos casos ocorrerem nos indivíduos que residem em municípios de extrema pobreza, de acordo com o estudo realizado por Rey e colaboradores (2005), a LV sofreu uma mudança em seu perfil, o qual antes predominava em áreas rurais, mas após o êxodo rural de famílias empobrecidas de camponeses que levavam consigo cães infectados, passa a ocorrer também em áreas urbanas e periurbanas. Assim, a doença pode estar ocorrendo nas áreas mais carentes dos municípios desenvolvidos.

Dentre os casos em idosos, desconsiderando os ignorados/branco, observa-se um baixo nível de escolaridade, com 16,35% analfabetos e 17,1% com apenas o Ensino Fundamental Incompleto. Evidenciando assim, que o nível de conhecimento, também associado à qualidade de vida e moradia, influenciam diretamente na ocorrência da doença nos idosos. Sabendo disso, a educação é importante ferramenta para a promoção da saúde, principalmente por meio da Atenção Básica, pois de acordo com Cavalcante e Vale (2014), capacita os indivíduos a respeito da prevenção das doenças, instruindo-os sobre meios adequados de higiene e nutrição saudável.

O nordeste brasileiro é a região com as mais altas prevalências de leishmaniose visceral humana e canina, e a maior frequência também (BAVIA et al., 2005). De acordo com o IBGE, a região Nordeste apresenta uma elevada taxa de desigualdade social, favorecendo condições propícias para a disseminação de LV. No entanto, com o decorrer dos anos a doença se expande para as outras regiões, atingindo áreas urbanas e periurbanas (BRASIL, 2014).

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante os dados coletados, os casos de LV vêm reduzindo a cada ano, porém os determinantes sociais persistem e a doença continua com altas taxas de incidência. É perceptível que a população que tem menor acesso a educação e baixas condições socioeconômicas são as mais afetadas. Além disso, a população acima de 60 anos detém uma

baixa porcentagem da incidência da doença em relação ao restante da população, porém é necessário que a atenção também seja voltada aos mesmos, por serem uma população de risco e vulnerável.

Portanto, é necessário que a saúde pública trate equitativamente a população em situação de pobreza, com o objetivo de diminuir a incidência da doença e a letalidade humana, através de políticas de controle eficazes que sejam colocadas em prática fielmente em cada localidade. Além do mais, é de suma importância que se forneça saneamento básico e educação em saúde tanto para a população, quanto para os profissionais, realizando ações preventivas para diminuição precoce das doenças e áreas de risco, por meio do diálogo, desenvolvendo assim o senso de responsabilidade, e não de culpa dos indivíduos, levando em conta as singularidades de cada comunidade.

Para que isso ocorra, é necessário que haja um fortalecimento do Sistema único de Saúde (SUS) para acolher adequadamente os casos suspeitos nos territórios afetados, promover acesso equitativo a medicamentos, vacinas e novas tecnologias de qualidade e eficaz, construindo um sistema de saúde cada vez mais participativo, plural e efetivo. Ademais, uso de dados secundários e de notificação compulsória, são limitações do presente estudo, pois acredita-se que muitos casos não sejam ainda informados ao Ministério da Saúde, gerando subnotificação, preenchimento inadequado e informação incorreta.

Desse modo, é necessário que pesquisas como essas continuem a ser incentivadas e realizadas para trazer mais visibilidade a essa doença e novas alternativas para prevenção, controle e tratamento, que sejam eficazes e acessíveis para toda a população.

■ REFERÊNCIAS

1. BAVIA, M. E. et al. Remote sensing and geographic information systems and risk of American visceral leishmaniasis in Bahia, Brazil. **Parassitologia**, v. 47, n. 1, p. 165-169, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Helen_Gurgel/publication/7700369_Remote_Sensing_and_Geographic_Information_Systems_and_risk_of_American_Visceral_Leishmaniasis_in_Bahia_Brazil/links/00b7d520a9930234f2000000/Remote-Sensing-and-Geographic-Information-Systems-and-risk-of-American-Visceral-Leishmaniasis-in-Bahia-Brazil.pdf. Acesso em: 06 jun 2019.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS. Proposta de modelo de atenção integral. In: **XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais e Saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/05/diretrizes-cuidado-pessoa-idosa-sus.pdf>. Acesso em: 24 set 2020
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. eEd. rev. Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 444 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf. Acesso em: 21 set 2020.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidemiologica_7ed.pdf. Acesso em: 05 jun 2019.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. 1. ed., 5. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 120 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral.pdf. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vigilancia_controle_leishmaniose_visceral_1edicao.pdf. Acesso em: 05 jun 2019.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação–Sinan: normas e rotinas**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_informacao_agravos_notificacao_sinan.pdf. Acesso em 06 jun 2019.
7. BURZA, S.; CROFT, S. L.; BOELAERT, M. Leishmaniasis – Authors’ reply. **The Lancet**. v. 3932, n.1017451, p. 872951-873970, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)33057-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)33057-5/fulltext). Acesso em: 23 set 2020.
8. CASTRO-JUNIOR, J. G. et al. Evidence of *Leishmania (Leishmania) infantum* infection in dogs from Juiz de Fora, Minas Gerais State, Brazil, based on immunochromatographic dual-path platform (DPP®) and PCR assays, **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 5656, n. 3, p. 225-229, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v56n3/0036-4665-rimtsp-56-03-225.pdf>. Acesso em: 23 set 2020.
9. CAVALCANTE, I. J. M.; VALE, M. R. Aspectos epidemiológicos da leishmaniose visceral (calazar) no Ceará no período de 2007 a 2011. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.17, n. 4, p. 911-924, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2014.v17n4/911-924/pt/>. Acesso em 05 jun 2019.
10. COURA-VITAL, W. et al. Canine visceral leishmaniasis: incidence and risk factors for infection in a cohort study in Brazil. **Veterinary parasitology**. v. 197, n. 3-4, p. 411-417, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304401713004366>. Acesso em 06 jun 2019.
11. DAWIT, G.; GIRMA, Z.; SIMENEW, K. A review on biology, epidemiology and public health significance of leishmaniasis. **J Bacteriol Parasitol**, v. 4, n. 166166, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Simenew_Keskes/publication/280698145_Leishmaniasis/links/55c1b8ae08aed621de155ad4.pdf. Acesso em: 21 set 2020.
12. DHOM-LEMOS, L. et al. *Leishmania infantum* recombinant kinesin degenerated derived repeat (rKDDR): A novel potential antigen for serodiagnosis of visceral leishmaniasis. **PLOS ONE**, v.14, n. 1, p. 1–17, 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211719>. Acesso em: 23 set 2020.
13. DOS SANTOS SALES, V. et al. Antiparasitic activity and essential oil chemical analysis of the piper *Tuberculatum* Jacq fruit. **Iranian Journal of Pharmaceutical Research**, 17(1), pp. 268–275, 2018.

14. FOLGUEIRA, C.; MARTÍNÉZ-BONET, M.; REQUENA, J. M. The *Leishmania infantum* PUF proteins are targets of the humoral response during visceral leishmaniasis, **BMC Research Notes**, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2010. Disponível em: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/1756-0500-3-13>. Acesso em: 24 set 2020.
15. MITRA, A. K.; MAWSON A. R. Neglected Tropical Diseases: Epidemiology and Global Burden. **Tropical Medicine and Infectious Disease**. v. 2, n. 3, p. 36., 5 Aug. 2017. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2414-6366/2/3/36/htm>. Acesso em: 24 set 2020.
16. PARADELLA, R. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. **IBGE [Internet]**, 2018. 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 2020
17. OLIVEIRA, A. G. et al. Seasonal variation of *Lutzomyia longipalpis* (lutz & neiva, 1912) (diptera: psychodidae: phlebotominae) in endemic area of visceral leishmaniasis, Campo Grande, state of Mato Grosso do Sul, Brazil. **Acta Tropica**, v. 105, n. 1, p. 55-61, 2006. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001706X07002306https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v39n1/a10v39n1.pdf>. Acesso em: 05 jul 2019.
18. REY, L. C. et al. Leishmaniose visceral americana (calazar) em crianças hospitalizadas de área endêmica. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1, p. 73-78, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1/v81n1a14.pdfhttps://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572005000100014&script=sci_arttext. Acesso em 06 jun 2019.
19. RODRIGUES, A. C. M. et al. Epidemiologia da leishmaniose visceral no município de Fortaleza, Ceará. **Pesquisa Veterinária Brasileira**, v. 37, n. 10, p. 1119-1124, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pvb/v37n10/1678-5150-pvb-37-10-01119.pdf>. Acesso em: 21 set 2020.
20. ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. Epidemiologia e Saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
21. RUIZ-POSTIGO, J. A.; GROUT, L.; JAIN, S. Global leishmaniasis surveillance, 2017–2018, and first report on 5 additional indicators. **Weekly Epidemiological Record**, v. 95, n. 25, p. 265-279, 2020. WHO. Global leishmaniasis surveillance, 2017–2018, and first report on 5 additional indicators. World Health Organization. n.25, p. 95, 265–280, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9525>. Acesso em: 25 set 2020.
22. SILVA, S. T. P. et al. Leishmaniose visceral humana: reflexões éticas e jurídicas acerca do controle do reservatório canino no Brasil. **Revista de bioética y derecho**, n. 39, p. 135-151, 2017. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n39/1886-5887-bioetica-39-00135.pdf>. Acesso em: 21 set 2020.

“

Aposentadoria, qualidade de vida e lazer: uma análise de servidores públicos federais da educação

- ▮ Priscilla de Oliveira Reis **Alencastro**
UFSM
- ▮ Daniele **Behnen**
UFSM
- ▮ Bruna Stefani Correa **Cavalheiro**
UFSM
- ▮ Kayla Araújo Ximenes Aguiar **Palma**
UFSM

RESUMO

A complexidade do processo da aposentadoria é vivido de modo singular pelas pessoas, podendo causar reações diversas sendo elas positivas ou negativas. Com isso, o presente artigo teve o objetivo de avaliar os hábitos de lazer e a percepção de qualidade de vida dos servidores públicos federais aposentados de uma Universidade pública federal do interior do Rio Grande do Sul. Utilizou-se a abordagem quantitativa e descritiva, através de um questionário sociodemográfico, o *Whoqol-Bref* e a Escala das Atividades de Hábitos de Lazer (EAHL). Foi possível identificar a predominância do sexo feminino, a amostra foi composta integralmente por técnicos administrativos em educação. Os entrevistados declaram-se satisfeitos com a aposentadoria, com predomínio das atividades de lazer individuais em relação aos hábitos de lazer. Já em relação a percepção de qualidade de vida, os participantes apresentaram comprometimento no domínio ambiente e maior satisfação com o domínio social e psicológico, além disso identificou-se que quanto menor a renda, menor é a percepção de qualidade de vida. O presente estudo teve seus objetivos alcançados, porém sugere-se estudos com amostras maiores para maior precisão dos resultados obtidos.

Palavras-chave: Aposentadoria, Hábitos, Lazer, Qualidade de Vida, Satisfação.

INTRODUÇÃO

O trabalho tem papel importante na vida das pessoas, desde os primórdios da humanidade, sendo este uma fonte de sobrevivência e também da satisfação das necessidades humanas, como as relações interpessoais e profissionais. Para Cruz, Tagliamento e Wanderbroocke (2016), o trabalho mantém papel preponderante no provimento da subsistência, ainda que a história tenha trazido diferentes arranjos, modos de produção, ferramentas e tecnologia de toda natureza.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística–IBGE (2016), a evolução da composição populacional por grupos de idade aponta para a tendência de envelhecimento demográfico, que corresponde ao aumento da participação percentual dos idosos na população e a conseqüente diminuição dos demais grupos etários. Além do aumento significativo da proporção de idosos, deve-se destacar também a velocidade com que esta mudança se dará no perfil etário da população. Nas projeções populacionais realizadas pelas Nações Unidas a proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade na população total para o Brasil foi de 11,7% e este indicador dobraria, para 23,5%, em 24,3 anos, ou seja, próximo ao ano de 2039. Nesse sentido, é possível identificar que a longevidade poderá aumentar o número de aposentados.

Com isso, é preciso considerar que após anos de preparação para uma longa jornada de trabalho, o indivíduo se depara com a aposentadoria que lhe impõe mudanças na dinâmica de vida, as quais nem sempre está preparado (PACHECO e CARLOS, 2013). A aposentadoria é caracterizada por um processo contínuo de adaptação à mudança, e pode expor os indivíduos a diferentes níveis de vulnerabilidade biofisiológica, psicoemocional e socioeconômica. Tal transição é vivida de forma ambivalente, podendo despertar significados simultâneos de ganho e perda, sendo esta uma das principais transições da vida adulta (LOUREIRO et al., 2016).

Com a chegada da aposentadoria há o enfrentamento de diferentes desafios ao longo do processo de adaptação a nova rotina, podendo com isso causar prejuízos na qualidade de vida e no desempenho das atividades de lazer dos indivíduos. Para Alves (2011), o conceito de qualidade de vida, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Alcançar a qualidade de vida vem se tornando o grande anseio do ser humano, buscando diferentes recursos que possam proporcionar maior bem estar e equilíbrio físico, psíquico e social.

O lazer, para Gomes, Pinheiro e Lacerda (2010), é caracterizado como um momento em que o sujeito tem o livre arbítrio para realizar uma atividade de seu desejo, o qual se caracteriza como um período de distração, recreação, socialização, entre outros, sendo de extrema importância para a saúde física e mental das pessoas, pois é um momento que

possibilita livrar-se de obrigações e estresses. Teixeira (2007), afirma que o verdadeiro lazer é aquele que é produzido segundo interesses do indivíduo, resultado de repouso, diversão, crescimento do relacionamento social, realizado no seu tempo livre e descomprometido de outros compromissos.

Devido à crescente longevidade da população brasileira, a mudança da pirâmide etária, o aumento significativo de aposentados e a proposta da reforma da previdência social abordada em 2017, percebeu-se a grande importância de avaliar os impactos que a aposentadoria pode causar nos hábitos de lazer e na qualidade de vida desses indivíduos. Considerando-se relevante a temática apresentada, uma vez que a partir da perspectiva de alterações do cotidiano ocasionadas pela aposentadoria, ruptura da rotina que se modifica, pode influenciar de forma positiva ou negativa sobre o lazer e a qualidade de vida dos trabalhadores, no caso desse estudo servidores públicos federais.

Diante desse contexto o estudo objetivou identificar os hábitos de lazer dos servidores públicos federais aposentados de uma Universidade pública federal do interior do Rio Grande do Sul, além de identificar a percepção de qualidade de vida dos mesmos, bem como, correlacionar os hábitos de lazer com a percepção de qualidade de vida dos servidores aposentados.

MÉTODOS

Este estudo utilizou a abordagem quantitativa, estudo descritivo. Utilizou-se como público-alvo servidores públicos federais aposentados de uma Universidade pública federal do interior do Rio Grande do Sul, os quais participam de encontros mensais de aposentados realizados pela Associação dos Servidores da Universidade, a qual é representada pelo Grupo de Trabalho (GT) - Aposentados.

Foram incluídos neste estudo os servidores aposentados da Universidade tendo como forma de aposentadoria tempo de contribuição ou idade, que participam dos encontros mensais de aposentados realizados pela associação. Já como critério de exclusão foram os servidores aposentados que não participam dos encontros mensais de aposentados realizados pela Associação dos Servidores.

Foi utilizado o questionário sociodemográfico para identificar os dados gerais dos servidores participantes deste estudo, como sexo, cargo, escolaridade, estado civil, filhos, renda e investigar como se dá os hábitos de lazer e a percepção de qualidade de vida a partir da aposentadoria.

A Universidade possui 1590 servidores Técnicos Administrativos em Educação (TAE) aposentados, sendo que 30 desses participaram da pesquisa, o equivalente ao percentual de 1,88%, constatando-se assim que 98,12% dos servidores Técnicos Administrativos em

Educação aposentados não participaram da presente pesquisa. O critério de escolha do grupo de estudo foi uma amostra não probabilística, intencionalmente selecionada de acordo com os interesses e conveniência da pesquisa.

A Escala das Atividades de Hábitos de Lazer (EAHL), tem o intuito de identificar os hábitos de lazer dos participantes. Elaborado originalmente em português por Formiga, Ayroza e Dias (2005), o instrumento é composto por 24 itens, dos quais foram utilizadas 22 questões fechadas que avaliam as atividades de lazer escolhidas por cada indivíduo em seu tempo ocioso, não sendo utilizada para este estudo as 2 questões abertas as quais referiam-se aos tipos de atividades esportivas que praticavam, pois estas não impactariam de forma significativa nos resultados da pesquisa. O instrumento possui uma variação de seis pontos cujos quesitos são: 0 (nunca), 1 (definitivamente não fazem parte do dia a dia), 2 (raramente), 3 (às vezes), 4 (quase sempre) e 5 (sempre).

De acordo com Formiga et al. (2013), os tipos de lazer foram classificados como: Hábitos de Hedonismo (refere-se aos hábitos que assumem uma característica de consumo, com vistas ao prazer pessoal, como: ir a shows, cinemas, teatros, restaurantes e realizar compras); Lazer Lúdico (diz respeito à utilização de jogos, passeios e divertimentos em geral, podendo ser experimentado sozinho ou em grupo, como: práticas esportivas, jogar videogames ou demais jogos, visitar parques, jardim zoológico, entre outros passeios); Lazer Instrutivo (ênfata a experiência de aperfeiçoamento e crescimento desenvolvido pelos sujeitos e tornando-os capazes de escolhas de lazer diferenciadas e exclusivas para eles, como: leituras diversificadas e visitar familiares).

Além do questionário *Whoqol-Bref* para avaliação da percepção de qualidade de vida. Para Kluthcovsky e Kluthcovsky (2010), o *Whoqol-Bref* é caracterizado como um instrumento curto e de rápida aplicação, cuja versão ficou composta por 26 questões. A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As demais 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original, divididas em 4 domínios: físico, psicológico, relações pessoais e meio ambiente. Sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas, possuindo um caráter transcultural, o instrumento *Whoqol-Bref* valoriza a percepção individual da pessoa, podendo avaliar a qualidade de vida em diversos grupos e situações.

Segundo Fleck et al. (2000), o domínio físico é composto por: 7 facetas que visam identificar questões relacionadas a dor, desconforto, fadiga, energia, sono, repouso, mobilidade, atividades de vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho. O domínio psicológico é composto por: 6 facetas que contemplam aspectos como sentimentos positivos, pensar, aprender, memória, concentração, autoestima, imagem corporal, aparência, sentimentos negativos e espiritualidade, e crenças pessoais. O domínio

das relações pessoais conta com: 3 facetas, são elas as relações sociais, suporte (apoio) social e atividade sexual. Já o domínio meio ambiente é composto por: 8 facetas que buscam compreender aspectos como segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em recreação ou lazer, ambiente físico (poluição, ruído, clima, trânsito) e transporte.

Para a coleta dos dados foi contatada a instituição Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e entidades representativas – Associação dos Servidores da Universidade Federal de Santa Maria (ASSUFSM), Associação dos Professores Universitários de Santa Maria (APUSM), Seção Sindical dos Técnicos de Nível Superior (ATENS), Associação dos Servidores Inativos Técnicos Administrativos (ASITA), Associação dos Docentes da Escola Técnico Industrial (ADETI), Seção Sindical dos Docentes da Universidade Federal de Santa Maria (SEDUFSM), Núcleo Integrado de Estudos e Apoio a Terceira Idade (NIEATI), tendo como coordenador do programa a Coordenadoria de Qualidade de Vida do Servidor (CQVS).

Após a autorização institucional e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o número 2414534, as pesquisadoras participaram do encontro mensal dos servidores aposentados realizado pela associação, em que explanaram o objetivo do estudo e solicitaram os servidores a participar da pesquisa, podendo assim identificar os que possuíam interesse em contribuir com o presente estudo. Posteriormente, foi realizado o preenchimento dos questionários: sociodemográfico, *Whoqol-Bref* e E AHL para obter dados gerais de identificação, qualidade de vida e hábitos de lazer dos servidores aposentados da Universidade. Os dados coletados foram compilados em planilha Excel e a análise estatística foi realizada com auxílio do programa estatístico *SPSS* - versão 15.0.

Para descrição das variáveis foram empregados os procedimentos descritivos de frequência absoluta e frequência relativa (percentual) para as variáveis categóricas presentes na avaliação do perfil sociodemográfico dos entrevistados. Já para análise do questionário de lazer e na avaliação de qualidade de vida utilizou-se as medidas de tendência central média (mediana) e desvio-padrão, para as variáveis numéricas.

Para analisar a relação entre a idade, tempo de aposentadoria e os domínios do questionário de qualidade de vida foi utilizada a análise de correlação de Pearson, uma vez que as variáveis demonstraram-se normais quando aplicado o teste de normalidade de *Shapiro Wilks*. Para avaliar as relações entre as variáveis categóricas do questionário demográfico (sexo e renda) com os domínios do questionário de qualidade de vida foi aplicado o teste t independente, uma vez que aplicado o teste de normalidade de *Shapiro Wilks* houve distribuição normal em todas as variáveis. Os resultados com $p < 5\%$, foram considerados estatisticamente significantes.

RESULTADOS

O estudo contou com uma amostra de 30 aposentados que participam do GT- aposentados da Associação dos Servidores, levando em consideração que nem todos os entrevistados responderam a todas as questões que compunham os questionários aplicados. Verificou-se que a amostra é composta em sua maioria pelo sexo feminino (n=19; 65,5%). A média de idade geral dos entrevistados foi de 71,14 ($\pm 4,92$) anos, com mínimo de 61 anos e máximo de 80 anos. A média de idade das mulheres foi 70,06 ($\pm 4,75$), enquanto que os homens tiveram uma média de idade de 72,40 ($\pm 4,97$) anos.

Tabela 01. Caracterização sociodemográfica da amostra, Santa Maria, 2017.

Variáveis	Não responderam	Frequência	Percentual
Sexo	1		
Feminino		19	65,5%
Masculino		10	34,5%
Cargo	6		
Técnico Administrativo em Educação		24	100%
Escolaridade	3		
Não estudou mas consegue ler		1	3,7%
Ensino fundamental incompleto		3	11,1%
Ensino médio incompleto		8	29,6%
Ensino médio completo		2	7,4%
Ens. téc. profissionalizante incompleto		1	3,7%
Ens. Téc. profissionalizante completo		2	7,4%
Ensino superior incompleto		4	14,8%
Ensino superior completo		4	14,8%
Pós-Graduação completa		2	7,4%
Estado Civil	0		
Solteiro		7	23,3%
Casado		15	50,0%
Separado		5	16,7%
Divorciado		2	6,7%
Viúvo		1	3,3%
Filhos	3		
Sim		22	81,5%
Não		5	18,5%
Renda	3		
1 a 2 salários		1	3,7%
2 a 3 salários		6	22,3%
3 a 5 salários		9	33,3%
5 a 10 salários		9	33,3%
Mais de 10 salários		2	7,4%
Como você se sente com a aposentadoria?	1		
Satisfeito		29	100%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação aos resultados apresentados na Tabela 01, verifica-se que a amostra de entrevistados em sua maioria compreende o sexo feminino, todos técnicos administrativos em educação, a maioria com ensino médio incompleto, casados (as), com filhos, renda entre 2 e 5 salários mínimos e todos estão satisfeitos com a aposentadoria. A média de tempo de aposentadoria dos entrevistados foi de 17 ($\pm 7,59$) anos, com mínimo de 2 anos e máximo de 34 anos.

A pontuação da Escala de Hábitos de Lazer foi obtida a partir da média de uma escala de seis pontos, tipo *Likert*, com os seguintes extremos: 0 = Nunca e 5 = Sempre.

Tabela 02. Descritiva das atividades de Lazer, Santa Maria, 2017.

Variáveis	0(Nunca)	1(Definitivamente não fazem parte do dia a dia)	2(Raramente)	3 (Às vezes)	4 (Quase sempre)	5 (Sempre)
Ler (livros, revistas, jornais, etc)			3 (11,5%)	3 (11,5%)	5 (19,3%)	15 (57,7%)
Assistir televisão				2 (10,0%)	5 (25,0%)	13 (65,0%)
Praticar atividades esportivas com orientação profissional	1 (4,3%)	3 (13,0%)	1 (4,3%)	4 (17,5%)	5 (21,7%)	9 (39,2%)
Ir a bares ou restaurantes	5 (20,8%)	4 (16,7%)	3 (12,5%)	4 (16,7%)	5 (20,8%)	3 (12,5%)
Participar de jogos (baralho, dominó, dados, bingo, etc)	10 (43,5%)	5 (21,6%)	4 (17,4%)	1 (4,3%)	1 (4,3%)	2 (8,7%)
Visitar familiares ou pessoas conhecidas		1 (4,2%)	2 (8,3%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)	11 (45,8%)
Ir ao cinema, Shows ou teatros	5 (20,8%)	5 (20,8%)	2 (8,3%)	4 (16,7%)	4 (16,7%)	4 (16,7%)
Namorar ou conversar com amigos	1 (4,2%)	3 (12,4%)	2 (8,3%)	4 (16,7%)	4 (16,7%)	10 (41,7%)
Assistir a eventos esportivos	3 (13,6%)	5 (22,7%)	5 (22,7%)	2 (9,1%)	3 (13,6%)	4 (18,2%)
Apenas dormir ou descansar	1 (4,0%)	2 (8,0%)	5 (20,0%)	5 (20,0%)	3 (12,0%)	9 (36,0%)
Jogar no celular, notebook ou vídeo game	13 (59,2%)	4 (18,2%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)		3 (13,6%)
Ouvir músicas	1 (4,2%)	3 (12,5%)		2 (8,3%)	5 (20,8%)	13 (54,2%)
Fazer trabalhos manuais (pintar, escrever, crochê, etc)	8 (32,0%)	1 (4,0%)	3 (12,0%)	1 (4,0%)	6 (24,0%)	6 (24,0%)
Ir ao shopping center	4 (19,0%)	3 (14,3%)	2 (9,5%)	3 (14,3%)	6 (28,6%)	3 (14,3%)
Cantar ou tocar algum instrumento	13 (59,2%)	3 (13,6%)		1 (4,5%)	2 (9,1%)	3 (13,6%)
Navegar na internet	7 (33,3%)	2 (9,5%)	3 (14,4%)	2 (9,5%)		7 (33,3%)
Fazer atividades de expressão (teatro, fotografia, etc)	16 (66,8%)	2 (8,3%)	2 (8,3%)	2 (8,3%)		2 (8,3%)
Participar de movimentos ambientais, sociais-políticos	9 (33,3%)	2 (7,4%)		4 (14,8%)	4 (14,8%)	8 (29,6%)
Fazer compras		1 (3,8%)	4 (15,4%)	6 (23,1%)	8 (30,8%)	7 (26,9%)
Realizar trabalhos de solidariedade social	2 (7,7%)	3 (11,5%)	3 (11,5%)	5 (19,2%)	5 (19,2%)	8 (30,9%)
Praticar atividades esportivas sem orientação	8 (32,0%)	1 (4,0%)	5 (20,0%)	5 (20,0%)	2 (8,0%)	4 (16,0%)

Variáveis	0(Nunca)	1(Definitivamente não fazem parte do dia a dia)	2(Raramente)	3 (Às vezes)	4 (Quase sempre)	5 (Sempre)
Ir à igreja	3 (11,1%)	1 (3,7%)	3 (11,1%)	6 (22,2%)	2 (7,4%)	12 (44,4%)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Considerando os dados apresentados na Tabela 02, verifica-se que algumas atividades de lazer são realizadas por todos os entrevistados, como assistir televisão e ler livros. Observa-se ainda que algumas atividades tem um percentual maior de resposta como “sempre”, em ordem, assistir televisão (65,0%), ler livros (57,7%), ouvir música (54,2%), visitar familiares ou pessoas conhecidas (45,8%), ir à igreja (44,4%) e namorar ou conversar com os amigos (41,7%).

As atividades que tem o maior índice de resposta “nunca” são: Fazer atividades de expressão (teatro, fotografia, etc) (66,8%), Cantar ou tocar algum instrumento (59,2%), Jogar no celular, notebook ou vídeo game (59,2%) e Participar de jogos (baralho, dominó, dados, bingo, etc) (43,5%).

Em relação a qualidade de vida, considerou-se o instrumento *Whoqol-Bref*, o qual apresentou médias e desvios padrões relacionados aos domínios de qualidade de vida proposto pelo instrumento.

Tabela 03. Médias e desvios padrões dos escores dos domínios de qualidade de vida, Santa Maria, 2017.

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Domínio Físico	72,68	13,04	73,80	46,40	96,43
Domínio Psicológico	73,38	13,50	75,00	54,20	96,70
Domínio Social	74,41	19,47	75,00	25,00	100,00
Domínio Meio ambiente	69,28	14,83	67,25	31,30	93,80
Qualidade de vida geral	72,14	12,97	73,29	40,30	95,10

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto aos resultados apresentados na Tabela 03, verifica-se que apenas um dos domínios apresentou média de escore com valor inferior a 70 pontos, sugerindo um comprometimento na qualidade de vida em relação ao domínio meio ambiente. Os domínios com maior escore médio encontrado foram os domínios social e o psicológico.

A correlação entre idade e os domínios do questionário de qualidade de vida não apresentou correlação significativa, ou seja, a idade não influencia na percepção de qualidade de vida para nenhum dos domínios estudados. Considerando a correlação entre os domínios do questionário de qualidade de vida, verificou-se que todos eles são

correlacionados significativamente e de forma positiva, ou seja, a medida que um domínio aumenta, os demais também.

Quando analisada a correlação entre o tempo de aposentadoria e os domínios, verificou-se que nenhum destes apresentou correlação significativa com o tempo de aposentadoria, ou seja, o tempo que está aposentado não influencia na qualidade de vida dos entrevistados.

Tabela 04. Comparação dos domínios em relação ao sexo dos entrevistados.

Variáveis	Sexo		P
	Feminino Média (± dp)	Masculino Média (± dp)	
Escore geral das atividades de lazer	3,05 (1,04)	2,35 (0,74)	0,084
Dom. Físico	73,16 (14,14)	70,47 (10,42)	0,606
Dom. Psicológico	76,36 (13,55)	67,14 (12,42)	0,085
Dom. Social	75,00 (20,36)	70,38 (17,24)	0,565
Dom. Ambiente	70,49 (15,49)	65,48 (13,55)	0,396
Geral	73,58 (13,53)	67,89 (11,24)	0,265

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Tabela 04, é possível perceber que não existiu diferença significativa entre os sexos para nenhuma das variáveis estudadas ($>0,05$). Ainda pode-se inferir que para todas as variáveis analisadas os melhores índices de qualidade de vida são encontrados para o sexo feminino.

O domínio com maior diferença entre os sexos foi o psicológico, porém sem diferença significativa. Para o escore geral das atividades de lazer, pode-se observar que as mulheres tem um índice maior que os homens, apontando assim que estas tendem a ser mais ativas.

Tabela 05. Em relação a renda dos entrevistados com os domínios.

Variáveis	Renda		P
	<5 salários Média (± dp)	≥5 salários Média (± dp)	
Dom. Físico	69,09 (11,83)	80,85 (11,32)	0,016
Dom. Psicológico	70,47 (14,00)	79,81 (11,24)	0,078
Dom. Social	71,88 (22,08)	77,27 (16,30)	0,497
Dom. Ambiente	63,98 (14,47)	78,38 (10,96)	0,010
Geral	68,86 (12,84)	79,07 (10,66)	0,040

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na tabela 05, para avaliação da renda dos entrevistados, a variável foi classificada em dois grupos (<5 salários, ≥5 salários). Quando comparado os domínios de qualidade de vida dos indivíduos em relação a renda, verificou-se que existiu diferença significativa nos domínios físico ($p=0,016$), meio ambiente ($p=0,010$) e qualidade de vida geral ($p=0,040$).

Onde os entrevistados com renda inferior a 5 salários mínimos tem uma percepção de qualidade de vida menor que os que ganham 5 ou mais salários. No domínio físico, a média de percepção de qualidade de vida foi menor para os entrevistados com renda < 5 salários e maior para os entrevistados com renda \geq 5 salários. No domínio meio ambiente, a média de percepção de qualidade de vida foi menor para os entrevistados com renda < 5 salários e maior para os que apresentam renda \geq 5 salários. Para a qualidade de vida geral, a média de percepção de qualidade de vida foi menor para os entrevistados com renda < 5 salários e maior para os entrevistados com renda \geq 5 salários.

DISCUSSÃO

Os dados observados na tabela 2, que estão relacionadas as atividades de lazer, corroboram com Acosta, Rodrigues e Pastorio (2012), em que retratam sobre os idosos e as mídias. No estudo é apresentado dados que retratam os idosos como grupo etário que mais consome a mídia televisiva, e ressaltam que com o passar do tempo o interesse por livros, materiais escritos, leitura de jornais vão diminuindo.

Ao estudar as relações entre lazer e aposentadoria, é possível perceber que “o lazer não é ‘ocupar o tempo desocupado’, nem ‘fazer pelo fazer’, mas o fazer em si, com significado” (MOURA; SOUZA, 2012, p. 175). Nesse sentido, Teixeira (2007), afirma que a aposentadoria busca através do lazer, atitudes ativas capazes de proporcionar um envelhecimento ativo, participativo e autônomo. De acordo com Aguiar (2000), o lazer é como uma necessidade básica do homem, pois ajuda o sujeito a estar bem psicologicamente, capaz de restaurar suas energias, promovendo integração e sociabilidade ao indivíduo.

Quanto aos dados relacionados à percepção de qualidade de vida, Timm, Argimon e Wendt (2011), corroboram com este estudo quando afirmam que há correlação entre o domínio psicológico e o número de atividades de lazer, ou seja, quanto maior o bem-estar psicológico do indivíduo, maior a motivação dele para incrementar suas atividades no dia a dia e, por conseguinte, o número de atividades de lazer.

No estudo realizado por Vilela et al. (2011), o autor afirma que as correlações significativas entre os domínios do *Whoqol-Bref* atestam a complexa rede de relações entre os domínios e facetas, ou seja, é provável que quando um destes apresentar resultados não satisfatórios, tal fato será refletido nos resultados dos outros domínios e facetas. O resultado corrobora com os achados do presente estudo, o que evidencia a importância de articular os diferentes domínios que contemplam a avaliação da percepção de qualidade de vida.

O presente estudo evidenciou a correlação positiva entre os domínios, corroborando com o resultado encontrado por Timm, Argimon e Wendt (2011). A correlação positiva entre os domínios referem, direta ou indiretamente, a uma vida ativa, com condições de instrução

que facilitem o vínculo e entendimento dos acontecimentos na sociedade, e podem favorecer, conseqüentemente, ao domínio físico do *Whoqol-Bref*.

Loureiro et al. (2015), afirmam que para os aposentados, o tempo de aposentadoria possibilita ter mais tempo para si, viver sem as responsabilidades e obrigações que o trabalho lhes requeria, estar longe do *stress* e conflitos, estes e outros motivos levam a percepção de uma pessoa mais relaxada, com um melhor bem-estar, lazer e qualidade de vida. Sugerindo, portanto, que não é o tempo de aposentadoria que influencia sobre o lazer e a qualidade de vida dos sujeitos, e sim o fato de estarem aposentados.

Ao comparar os domínios em relação ao sexo dos participantes, pode-se observar que os melhores índices de qualidade de vida são encontrados para o sexo feminino. Garcia et al. (2013), corroboram com o presente estudo ao afirmar que o sexo é um determinante da satisfação frente a qualidade de vida, afirmam ainda, existir uma relação pré-estabelecida entre ambas as variáveis, de acordo com a qual a satisfação de qualidade de vida é uma característica inata ao sexo feminino.

A renda pode ser um fator importante na percepção de qualidade de vida dos participantes do estudo, pois se identificou que quem possui renda maior tende a ter melhor qualidade de vida em relação aos entrevistados que citaram ter renda inferior, compreendendo que os resultados encontrados corroboram com o estudo realizado por Camarano (2002), o qual compreende que o grau de dependência dos indivíduos idosos é em parte determinada pela renda provida pelo estado, como aposentadorias. Andrade et al. (2014), afirmam que os fatores socioeconômicos podem influenciar a qualidade de vida, tendo sido encontradas associações entre melhores condições socioeconômicas e melhores escores de qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu o objetivo traçado, em que foi possível identificar os hábitos de lazer e a percepção de qualidade de vida dos servidores públicos federais aposentados de uma Universidade pública federal do interior do Rio Grande do Sul. Em relação aos hábitos de lazer identificou-se a predominância de atividades individuais, destacando-se hábitos como assistir televisão e ler livros os quais fazem parte da vida de todos os entrevistados em diferente intensidade. Já a percepção de qualidade de vida dos indivíduos, o estudo apresentou domínio de maior satisfação em relação ao domínio social e psicológico, já no domínio ambiente apresentou a menor satisfação. Tal estudo está de acordo com algumas literaturas nacionais, desta forma, foi possível articular os dados encontrados com os já existentes na literatura.

Considerando os resultados do presente estudo percebe-se que o mesmo apresenta limitações quanto ao fato de não especificar como se caracteriza cada domínio, não identificando o que interfere na percepção de cada um. Assim como não se identificou a programação assistida pelos entrevistados e se a mesma tem alguma relação com a qualidade de vida.

Salienta-se a importância de estudos futuros na identificação desses itens citados para auxiliar na busca por estratégias que possibilitem a melhora da qualidade de vida. Além disso, sugere-se estudos com amostras maiores para averiguar com maior precisão os aspectos que influenciam nos hábitos de lazer e na percepção de qualidade de vida dos aposentados.

■ REFERÊNCIAS

1. ACOSTA MA, RODRIGUES FAS, PASTORIO A. **Análise do uso dos meios de comunicação por idosos de Santa Maria/RS**. Estud. interdiscipl. Envelhec; v. 17, p. 167-182, 2012.
2. AGUIAR MF. **Lazer e produtividade no trabalho**. Turismo em Análise; 2000.
3. ALVES EF. **Programas e ações em qualidade de vida no trabalho**. Interfacehs; v. 6, 2011.
4. ANDRADE JMO et al. **Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos**. Ciência & Saúde Coletiva; v. 19, p. 3497-3504, 2014.
5. CAMARANO AA. **Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2002.
6. CRUZ VFES, TAGLIAMENTO G, WANDERBROOKE, AC. **A manutenção da vida laboral por doentes renais crônicos em tratamento de hemodiálise: Uma análise dos significados do trabalho**. Saúde Soc; v. 25, p.1050-1063, 2016.
7. FLECK MPA et al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”**. Saúde Pública; v. 34, p. 178-83, 2000.
8. FORMIGA NS, AYROZA I, DIAS L. **Escala das atividades de hábitos de lazer: Construção e validação em jovens**. Psicologia do Vetor Editora; v. 6, p. 71-79, 2005.
9. FORMIGA NS et al. **Escala das actividades de hábitos de lazer: Comparação de modelos estruturais em função do sexo, idade e tipo de escola**. Psicol. Trujillo; p. 208-219, 2013.
10. GARCÍA CC et al. **Influência do gênero e da idade: Satisfação no trabalho de profissionais da saúde**. Latino-Am. Enfermagem; v. 21, p.1314-20, 2013.
11. GOMES C, PINHEIRO M, LACERDA L. **Lazer, turismo e inclusão social: Intervenção com idosos**. Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG; 2010.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos & Pesquisas-Informação demográfica e socioeconômica; 2016.
13. KLUTHCOVSKYI ACGC, KLUTHCOVSKY FA. **O Whoqol-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: Uma revisão sistemática**. 2010.
14. LOUREIRO HMAM et al. **Como as famílias portuguesas percebem a transição para a aposentação**. Enfermagem Referência; 2015.

15. LOUREIRO HMAM et al. **Percepções sobre a transição para a aposentadoria: Um estudo qualitativo.** Texto Contexto Enferm; 2016.
16. MOURA GA, SOUZA LK. **Autoimagem, socialização, tempo livre e lazer: Quatro desafios à velhice.** Textos & Contextos; v. 11, p. 172–183, 2012.
17. PACHECO JL, CARLOS SA. Educação, trabalho e aposentadoria. Em: FREITAS et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**, Ed. Guanabara Koogan, 2013.
18. TEIXEIRA SM. **Lazer e tempo livre na “terceira idade”: Potencialidades e limites no trabalho social com idosos.** Kairós; p. 169-188, 2007.
19. TIMM LA, ARGIMON IIL, WENDT GW. **Correlação entre domínios de qualidade de vida e locus de controle da saúde em idosos residentes na comunidade.** Scientia Medica; v. 21, p. 9-13, 2011.

“

Assistência de enfermagem ao paciente com Alzheimer com enfoque no cuidador

▮ Ana Lúcia **Bibiano**
UNESC

▮ Vera Lúcia Barreto **Motta**
FICV

RESUMO

Objetivo: Identificar as principais abordagens sobre a assistência de enfermagem aos portadores de Alzheimer e aos seus cuidadores presentes nos artigos publicados em periódicos de saúde no período compreendido entre 2010 e 2016. **Método:** Trata-se de um estudo bibliográfico de caráter descritivo utilizando o método da revisão integrativa da literatura para coleta e análise dos dados. Foram selecionados 10 artigos referentes ao objetivo do estudo tendo como critérios: estar indexado em bases de dados como Scielo, Lilacs e Medline, ter sido publicado entre os anos de 2010 e 2016 e estar em português. **Resultados e discussão:** Foram identificadas nos artigos as seguintes categorias: impactos sobre a vida do cuidador informal e do portador de Alzheimer, a importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao portador desta doença; como a enfermagem pode contribuir com os cuidadores dos portadores de DA e os aspectos relacionados diretamente à assistência de enfermagem a serem implementados aos portadores da mesma. **Considerações finais:** Levando-se em conta o embasamento nos estudos científicos, considera-se que a DA acomete não só ao portador como também à saúde do cuidador, gerando mudanças na vida emocional e estrutural, fazendo-se necessário que a assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer abranja este e os seus cuidadores, principalmente os informais, de maneira sistemática, por meio de ações não somente assistenciais, mas também educativas, o que exige preparo dos profissionais de enfermagem para uma assistência de qualidade e humanizada.

Palavras-chave: Alzheimer, Enfermagem, Cuidadores.

INTRODUÇÃO

A abordagem do tema envelhecimento ganha mais importância e notabilidade todos os dias, visto que a velhice e temas relacionados vêm ganhando destaque, atenção e preocupação de toda a população (ALMEIDA, 2010).

Considerado antes um fenômeno, o envelhecimento faz parte hoje da realidade da maioria das sociedades, sendo estimado para o ano 2050 uma população em torno de dois bilhões de pessoas idosas, especialmente nos países em desenvolvimento. (BRASIL, 2006).

No Brasil, como em todo o mundo, o processo de envelhecimento tem sido acelerado. As pesquisas e estudos realizados nos últimos anos sobre idosos apontam esse grupo etário como um dos focos mais promissores de preocupação e de reivindicação por parte da população. Sendo a porção da sociedade que mais está crescendo e continuará aumentando nos próximos 25 anos, é necessário começar a se pensar nesse segmento de forma especial. (NOGUEIRA, MOTTA, 2010).

Todo o processo de envelhecimento humano gera algumas transformações relativas ao estado de fragilidade que o idoso passa a apresentar, fazendo-se necessárias políticas públicas ao longo de sua vivência, no sentido de lhes direcionar atenção e assegurar o direito à saúde, moradia, transporte, inclusão social, alimentação, dentre outros, tendo como alvo adaptações necessárias para a qualidade de vida nos anos restantes (ALMEIDA, 2010).

A Doença de Alzheimer (DA) é a forma de demência mais comum no homem. Ela representa 65% dos casos diagnosticados e afeta, na maior parte dos casos, as pessoas mais idosas (BRASIL, 2012).

A DA é uma das doenças que mais acometem os idosos e apesar de não ser possível afirmar que ela se manifesta devido à idade avançada, é possível considerá-la uma doença familiar, visto que compromete todo o cotidiano dos membros desta e faz com que eles sejam os principais responsáveis por constatar os primeiros sinais da doença e por realizar o cuidado do portador (BRASIL, 2012).

Existe uma tendência de se investigar os impactos negativos que a DA exerce sobre a vida do cuidador, destacando-se fatores como stress, ansiedade, depressão, doenças físicas e psicossomáticas. Entretanto, nem todos os cuidadores são acometidos por enfermidades, nem se tornam insatisfeitos com a missão de cuidar do doente. Isso pode ser explicado devido às diversas formas que o indivíduo lida com as situações impostas a ele. (GAILOLO, 2012).

Contudo, como integrante da equipe de saúde, o enfermeiro deve apresentar aos cuidadores meios para a instrumentalização da assistência e orientações acerca do processo de adaptação destes no contexto familiar, no que se refere à evolução da doença e dependência gradual do idoso por conta da mesma. Os profissionais de saúde devem promover e executar consultas de enfermagem, visitas em domicílio, realização de grupos de autoajuda

e /ou ajuda mútua, contribuindo de forma significativa com as partes envolvidas no cuidado. (LUZZARDO, 2016).

Tendo como base as informações citadas, este estudo teve como objetivo: Identificar as principais abordagens sobre a assistência de enfermagem aos portadores de Alzheimer e aos seus cuidadores presentes nos artigos publicados em periódicos de saúde no período compreendido entre 2010 e 2016.

MÉTODOS

O presente artigo é um estudo bibliográfico de caráter descritivo, utilizando o método da revisão integrativa da literatura para coleta e análise dos dados. De acordo com Gil, (2010) “a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. (p. 50).

Ainda para Gil, (2010) a vantagem principal da pesquisa bibliográfica incide no evento de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fatos muito mais vasto do que aquela que poderia averiguar diretamente. Segundo este autor, as pesquisas descritivas têm como intuito principal a descrição das particularidades de determinado fenômeno.

A pesquisa eletrônica foi com leituras críticas e analíticas dos textos sobre o assunto, num período de março a maio, momento em que iniciou a busca de informações através dos seguintes descritores: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, ENFERMAGEM, DOENÇA DE ALZHEIMER e CUIDADOR. A pesquisa foi realizada nas bases de dados do Scielo, Medline, Lilacs, tendo-se selecionado material escrito em português, sendo esses artigos completos publicado entre os anos de 2010 a 2016, utilizando-se os descritores Alzheimer; Enfermagem; Cuidador.

Após a busca inicial pelas palavras-chave, o refinamento ocorreu pela leitura dos títulos e dos resumos. Por conseguinte, foram analisadas e selecionadas as publicações de interesse para esse estudo obedecendo aos seguintes critérios de inclusão.: textos na forma de artigos, teses ou dissertações disponíveis na íntegra gratuitamente em meio eletrônico, no idioma português

Seguiram-se as seguintes etapas: a) leitura exploratória e reconhecimento dos artigos que interessavam à pesquisa; b) leitura seletiva, escolha do material que, de fato, servia aos propósitos da pesquisa, item de natureza crítica; c) leitura analítica e análise dos textos selecionados, embora pudesse ocorrer a adição de novos artigos e a supressão de outros; d) leitura interpretativa, que conferia significado mais amplo aos resultados obtidos com a leitura analítica, respondendo sempre as questões específicas.

Para a concretização desta revisão, foram percorridas seis etapas: a elaboração da pergunta norteadora definida para a pesquisa; a busca ou amostragem na literatura (coleta

de dados); uma análise crítica dos estudos incluídos; a discussão dos resultados e, por fim, a apresentação da revisão integrativa.

Visando a garantia adequada das respostas, foi elaborado um instrumento que funcionou como roteiro, buscando analisar os aspectos gerais do envelhecimento e da Doença de Alzheimer, os impactos sobre a vida do cuidador informal do portador de Alzheimer, a importância da assistência de enfermagem no cuidado ao portador da doença, as contribuições da enfermagem aos cuidadores e a assistência de enfermagem aos portadores da doença.

RESULTADOS

O processo de envelhecimento é um complexo resultado inevitável do tempo vivido que interfere diretamente nas estruturas fisiológica, física, psicológica, sociocultural e emocional de cada indivíduo, fazendo com que diversos fatores compitam na ocorrência do mesmo evento, como a herança genética, condições ambientais, raça, sexo e estilo de vida. A senescência é o processo natural e normal da vida de um indivíduo acima de 60 anos de idade. Já a senilidade faz parte do envelhecimento patológico, onde a autonomia do idoso e sua independência são comprometidas, bem como as atividades diárias. (RIBEIRO, 2017)

No Brasil, o perfil demográfico tem mudado muito, especialmente durante as últimas décadas, momento em que a transição dos padrões da população foi influenciada pela queda da mortalidade na década de 1940 e o declínio na fecundidade a partir de 1960. Tais fatores tornaram-se decisivos no aumento da população mais idosa. (LUZZARDO, 2016)

O neuropatologista alemão Alois Alzheimer descreveu a DA pela primeira vez em 1907 e ainda hoje a sua causa é desconhecida, restando-se apenas a informação mais óbvia de que esta é uma doença que comumente acomete pessoas idosas. Trata-se de um tipo de demência crônica e degenerativa, denominada pelo público leigo de “caduquice”, que afeta as atividades dos neurônios, interferindo diretamente na qualidade de vida do indivíduo. De acordo com Forlenza, (2015) o principal fator de risco é a idade, tendo maior prevalência entre 60 e 64 anos de idade (0,7%) e nas faixas etárias de 90 a 95 anos (40%). Tais dados revelam a magnitude da problemática no Brasil, onde vivem aproximadamente 15 milhões de pessoas com mais de 60 anos.

A DA possui 3 estágios e afeta diretamente as funções cognitivas, como a memória e a noção tempo-espacial. Na fase inicial, o enfermo apresenta uma redução no desenvolvimento de atividades de âmbito instrumental referentes à vida habitual, conseguindo executar de maneira satisfatória e de forma autônoma as tarefas do dia-a-dia. Ele se apresenta confuso e esquecido, ocorre a perda da memória, desorientação no tempo e no espaço, ausência de atenção e de concentração, capacidade de julgamento empobrecido, dificuldades para lidar com dinheiro e pagamentos, além de perda da espontaneidade e da iniciativa.

Na fase moderada, o indivíduo começa a necessitar de auxílio no cumprimento de atividades instrumentais e nas atividades básicas do cotidiano. Ocorre pensamento contraditório e desorganizado, dificuldade de linguagem, escrita, leitura e com cálculos, dificuldades em aprender coisas novas e lidar com situações imprevisíveis; ocorrem movimentos repetitivos e contrações musculares ocasionais e inicia-se o não reconhecimento de pessoas e ambientes conhecidos.

No último estágio, é normal o enfermo perder completamente a sua autonomia, ficando acamado, surgindo problemas relacionados à incontinência fecal e urinária, deglutição, sinais neurológicos, irritabilidade e morte. (LUCAS, 2013) O diagnóstico preciso da DA é feito através da análise do tecido cerebral, obtido por meio da biópsia/ecropsia, porém, ela pode também ser identificada por análise sanguínea, com um teste de marcador para o gene que se encontra no cromossoma 19, produtor da apolipoproteína E (ApoE4), que indica risco do indivíduo ter a doença; ou é feito ainda teste de exclusão, como por exemplo: exames sanguíneos (hipotireoidismo, deficiência de vitamina B), história de demência (depressão, perda de memória associada à idade) e tomografia ou ressonância (múltiplos infartos, hidrocefalia), exames cognitivos, punção lombar e outros exames. (RIBEIRO, 2017).

São quatro os níveis do tratamento da DA: no nível 1, a terapêutica específica, que tem como objetivo reverter processos patofisiológicos que irão conduzir à demência e morte neuronal; no 2º nível, faz-se a abordagem profilática, visando prevenir o declínio cognitivo ou retardar o início da demência; no nível 3, realiza-se o tratamento sintomático, que irá restaurar de forma parcial ou provisória as habilidades funcionais, capacidades cognitivas e o comportamento dos pacientes portadores de demência; e, por fim, no 4º nível, tem-se a terapêutica complementar, que buscará o tratamento da demência das manifestações não cognitivas, como agitação psicomotora, psicose, agressividade, depressão e distúrbio do sono. Inibidores da acetilcolinesterase são utilizados como tratamento farmacológico no comprometimento cognitivo, mostrando benefícios quanto à cognição, função e comportamento, cuja melhora significativa é evidenciada pelos médicos e cuidadores. O mercado brasileiro dispõe atualmente de quatro medicamentos com estas características e benefícios; todos licenciados pela ANVISA, a saber tacrina, rivastigmina, donepezil e galantamina. (ENGELHARDT, 2015)

Outro agente proposto para a melhora da cognição e neuroproteção é a Ginkgo biloba. O devido composto promove o aumento do suprimento sanguíneo cerebral através da vasodilatação e diminuição da viscosidade do sangue, além de reduzir os radicais livres no tecido nervoso, o que melhora a velocidade no processamento cognitivo. (SALLES, 2017)

Uma vez diagnosticada a doença e instituído o tratamento, há necessidade de cuidados constantes, pois o complicado manejo das manifestações comportamentais e psiquiátricas, juntamente com as vivências dos laços emocionais, positivas e negativas através do

convívio antes da instalação da doença, produzem desgaste físico, mental e emocional. (LUZZARDO, 2016).

DISCUSSÃO

Procurando-se embasamento em estudos científicos que abordam as complicações associadas à DA, constatou-se que o grau de dependência que o portador apresenta é quase condicional, advertindo-se que a função do cuidador é crucial aos portadores da doença, uma vez que o ato de cuidar é servir, proporcionando ao outro conhecer o que há dentro de si, sendo sensível para perceber gestos e falas, a dor e as limitações que o doente apresenta. O cuidador tem por meta superar certos desafios para cumprir a missão a ele destinada, o “cuidar”.(BINI, 2016)

O familiar se apresenta muitas vezes como cuidador e se revela como o autor social principal no acolhimento ao pacientes dependentes. (BINI, 2016)

Nesse sentido afirma Grande (2015) que a presença do cuidador é de fundamental importância, pois é ele quem acompanhará de perto todo o processo evolutivo da doença, necessitando de apoio para lidar com as adversidades que podem surgir decorrentes dela. Na maioria das vezes, o cuidador dá prioridade ao doente esquecendo de cuidar de si mesmo, alterando o seu estilo de vida.

O familiar deve implementar medidas que facilitem a inserção do idoso no domicílio, como escrever bilhetes com atividades simples, porém seguras, trancar as porta e favorecer a sua autonomia, além de facilitar a comunicação com perguntas objetivas e conservar as capacidades do paciente. (RIBEIRO, 2017)

A DA acomete não só o portador mas também a saúde do cuidador, gerando mudanças na vida emocional e estrutural, necessitando a inserção dos profissionais de saúde tanto no que se refere ao processo educativo quanto no assistencial (ENGELHARDT, 2015)

Corroborando com este pensamento Bini (2016) afirma que grande parte destes cuidadores se encontram em situações difíceis, pois não encontram suporte como orientações e informações necessárias para a prestação dos cuidados. O trabalho seria menos árduo e mais fácil de suportar se os mesmos recebessem dicas e orientações de como cuidar de um idoso com demência.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) baseia-se em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Estas etapas integram-se estabelecendo as ações que permitem ao enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico- científicos durante a execução de suas atividades, contribuindo para o cuidado prestado e para a organização das condições essenciais, para que a assistência seja posta em prática.

Trata-se de um instrumento que deve favorecer a atuação dos enfermeiros em seus diferentes meios de trabalho, garantindo uma melhor assistência prestada. No contexto da assistência à pessoa idosa, a utilização da SAE pode ser adotada para facilitar tanto o seu atendimento nas instituições de longa permanência, como também para orientar os familiares, direcionando-os na prestação de cuidados. É importante frisar o estímulo dos idosos com a convivência familiar e o combate às formas de preconceito direcionado a estes, sendo tais ações essenciais para modificar a percepção social acerca do processo da velhice, visto que para muitos, este é um momento caracterizado por incapacidades e invalidez.

O processo de enfermagem permite analisar o estado de saúde hodierno para proporcionar a assistência de enfermagem e de saúde aos idosos, por meio do levantamento de dados que darão suporte ao enfermeiro para executar orientações de medidas de proteção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde (LÍCIO, 2008)

De acordo com Nettina, (2008) na análise de enfermagem em portadores de Alzheimer deve-se verificar o cognitivo, pensamentos abstratos, concentração, introvisão, capacidade verbal e memória, observando alterações na habilidade de realizar suas atividades motoras, ir ao banheiro, vestir-se, tomar banho, como também verificar peso, nutrição, flexibilidade, tônus muscular e força.

As prescrições de enfermagem elaboradas têm por fim ajudar o portador a estabilizar uma função cognitiva ideal, garantindo a segurança física, estimulando a independência nas atividades de autocuidado, diminuindo a agitação e a ansiedade, aprimorando a comunicação, orientando e dando suporte aos familiares, tratando os distúrbios dos hábitos de sono, a socialização e a intimidade. (BINI, 2016)

O paciente portador de Alzheimer necessita de uma assistência contínua desde o princípio e o nível de dependência aumenta gradualmente, o que lhe causa uma menor autonomia para a realização de suas atividades cotidianas e compromete uma maior disponibilidade de tempo e especificidade no atendimento do portador. (SALLES, 2017)

Sendo assim, é fundamental implementar o processo de enfermagem no cuidado aos idosos com DA com o objetivo de sistematizar a assistência, qualificando o atendimento individual proposto pelo método, que subsidia o levantamento de dados específicos do paciente para a realização de condutas que visibilizem a prevenção de possíveis complicações, promoção em saúde, precaução de complicações e tratamento de doenças e ferimentos já instalados, de forma eficiente. (NETTINA, 2008).

A enfermagem apresenta recursos técnicos e teóricos adequados para orientar os familiares na prestação da assistência e retardar a evolução da doença, gerando resultados satisfatórios. (GRANDE, 2015)

Segundo Bini (2016) a junção do exame físico e neuropsicológico com os dados levantados pelos enfermeiros é fundamental para um diagnóstico adequado que mostra de forma

clara a importância da função desempenhada pela enfermagem. Valorizar a aproximação do profissional com cada idoso no meio institucionalizado é crucial para a convivência, podendo ser uma das melhores maneiras de se identificar as necessidades e capacidades apresentadas pelo idoso demenciado. Embora haja a ideia de uma tentativa de instituir uma tipologia de cuidados, vista como um conjunto de ações terapêuticas direcionadas e padronizadas a um grupo específico, cada indivíduo reage de forma diferente, mesmo em situações parecidas.

Algo sugerido pode não ser recomendável para se aplicar em todos os idosos, no entanto, a sistematização de uma assistência elaborada e integral pode refletir na atuação dos profissionais de forma positiva, norteando-os durante as atividades diárias, para a inclusão dos idosos diante do contexto apresentado pela instituição, favorecendo laços com a família e ampliando suas atividades. Os portadores da DA enfrentam dificuldades em se expressar verbalmente e por possuírem alterações comportamentais, podem apresentar ações antisociais, tornando-se de fundamental importância o cuidado de enfermagem no que se refere às orientações ao cuidador, principalmente se este for um ente querido. (MATTOS,2011)

A elaboração de estratégias para o cuidado contribui para a assistência oferecida e adia a progressão da demência, gerando qualidade de vida para os idosos acometidos ou com risco de apresentarem a referida doença, bem como para seus cuidadores, quer sejam familiares ou não. (JESUS, 2017)

O enfermeiro, enquanto educador em saúde, deve proporcionar aos cuidadores leigos meios que facilitem o cuidar durante todo o processo, evitando ocasionar danos à saúde dos mesmos. Acredita-se que o enfermeiro possui esta virtude de ser um facilitador por ser um profissional que presta cuidados próximos à pessoa adoecida e ao cuidador leigo, além de estar integrado diretamente com as ações educativas voltadas para o cuidado com a saúde. (CHIAPPETA, 2013).

Considerando o que foi discutido até momento, entende-se que a assistência de enfermagem ao portador de Alzheimer abrange este e os seus cuidadores, principalmente os informais. A enfermagem pode proporcionar aos familiares uma nova percepção diante da magnitude de tal problema, modificando a reação expressada pelos mesmos, partindo-se do princípio de que não há enfermidades incuráveis, nem doentes intratáveis. (SALLES, 2017)

Para tanto, a enfermagem deve utilizar-se de recursos terapêuticos nos estágios da DA, que consistem em estratégias de comunicação entre enfermeiro e paciente, utilizando-se uma comunicação mais simples no estágio inicial, com frases curtas e diretas com linguagem literal, devagar; uso terapêutico com pistas multissensoriais como olfato, tato, visão, audição e gustação; empregos de uma instrução de cada vez, falar de frente para o paciente mantendo contato visual, repetir; utilizar fotografias e álbuns para terapêutica de lembranças; programar a rotina, fazer uso do calendário e de diários, além de buscar conversar. Na fase intermediária, deve-se adotar atividades que gerem prazer para estimular o

diálogo e na última etapa, utilizar métodos para o contato visual, correlacionar o nome com o objeto e usar o toque. (CHIAPPETA,2013)

A reação do doente à enfermidade é muito relativa. Este é um fator importante e indispensável à enfermagem, pois o tipo de terapêutica proposta no período de internação irá refletir no desenvolvimento clínico do paciente por toda a sua vida, sendo este cuidado também necessário aos amigos e familiares. Nos quadros apresentados pelos portadores de DA pode haver variação na personalidade, agitação grave, paranoia, delírio, raiva, culpa, recolhimento devido à doença ou acompanhamento pela mesma, como também isolamento. A terapêutica destes males está associada ao tratamento de tal doença. (CHIAPPETA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Enfermagem é uma ciência holística, representando um importante papel como integrante da equipe de saúde, devendo apresentar caminhos para o enfrentamento da doença de Alzheimer e suas repercussões.

Os dados obtidos mediante a análise durante a revisão integrativa permitiram conhecer melhor o objeto do estudo, respondendo aos objetivos propostos. Percebeu-se que os estudos envolvendo a assistência de enfermagem aos portadores de Alzheimer e seus cuidadores trouxeram como principais aspectos os impactos sobre a vida do cuidador informal do portador de DA, a importância da sistematização da assistência de enfermagem no cuidado ao portador da mesma, como a enfermagem pode contribuir com os cuidadores dos portadores da doença e aspectos relacionados diretamente à assistência de enfermagem a ser implementada aos portadores de Alzheimer.

Entende-se, portanto, que os cuidadores dos portadores de Alzheimer, que na sua maioria são os familiares, por não terem um conhecimento sistematizado, bem como pela falta de apoio e suporte para a realização dos cuidados, sofrem sérios impactos em sua vida pessoal, familiar, econômica e social. Neste contexto, é clara a necessidade da atuação de um profissional de saúde para nortear as ações de cuidar a serem implementadas. A enfermagem pode atuar no sentido de promover e proteger a saúde dos cuidadores.

Para tanto, é necessário que haja um conhecimento adequado para que a orientação aos familiares ou prestadores de cuidados seja possível, contribuindo com o retardo e agravo da doença, gerando resultados satisfatórios e menos sofrimento, visando um reflexo positivo na sistematização da assistência integral, gerando qualidade de vida para todos os envolvidos. O enfermeiro é visto como facilitador, agindo entre a prestação de cuidados tanto para a pessoa adoecida, como para os cuidadores desta, integrando ações educativas direcionadas ao cuidado com a saúde

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, K.S, LEITE, M.T, HILDEBRANDT, L.M. **Cuidados familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer**: revisão da literatura. Rev. eletrônica enferm . 2010. 11(2):403-12. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n2/pdf/v11n2a23.pdf. Acesso em 12 de maio de 2018.
2. BINI R, ROSA P.V, BERLEZI E.M, ROSA L.H.T, SOUZA V.B.A. **A intervenção fisioterapêutica aos cuidadores de pacientes portadores da doença de Alzheimer**. 2016 [acesso em 2013
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso: Série E**. Legislação de Saúde. Brasília, DF; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf. Acesso Em 15 de Maio de 2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saude: Brasília, 2006.
5. CHIAPETTA A.L de ML. **Conhecimentos essenciais para atender bem o paciente com doenças neuromusculares, Parkinson e Alzheimer**. São José dos Campos: Editora pulso; 2013.
6. ENGEHARDT E, BRUCKI S.M.T, CAVALCANTI J.L.S, FORLENZA O.V, LAKS J, VALE
7. F.A.C. et al. **Tratamento da doença de Alzheimer: recomendações e sugestões do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia**. Arq. Neuropsiquiatr. 2015 63(4):1104-1112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n4/a35v63n4.pdf>. acesso em 22 de Abril de 2018
8. FORLENZA O.V. **Tratamento farmacológico da doença de Alzheimer**. Rev. psiquiatr. clín. 2015 [acesso em 2018 abril 22]; 32 (3); 137-148. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a06v32n3.pdf>. Acesso em 22 de Abril de 2018.
9. FRIDMAN C, GREGÓRIO S.P, NETO E.D, OJOPI E.P.B. **Alterações genéticas na doença de Alzheimer**. Rev. psiquiatr. clín. 2014. 31(1):19-25. Disponível em: : <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a06v32n3.pdf> Acesso em 15 de Abril, 2018.
10. GAIOLO, C.C.L.O, FUREGATO, A.R.F, SANTOS, J.L.F. **Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência**. Texto & contexto enferm. 2012; 21(1):150-157. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100017> Acesso em 05 de maio de 2018.
11. GIL A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
12. GRANDE A.M, COUBE M.A, GLORDANI A.T. **O idoso portador de Alzheimer: cuidados de enfermagem e orientações aos familiares para o cuidado domiciliar**. Universidade Estadual do Paraná, 2015. Disponível em:http://fio.edu.br/cic/anais/2009_viii_cic/Artigos/07/07.55.pdf. acesso em 18 de abril de 2018.
13. JESUS I.S, SENA E.L, MEIRA E.C, GONÇALVES L.H.T, ALVAREZ A.M. **Cuidado sistematizado a idosos com afecção demencial residentes em instituição de longa permanência**. Rev. gaúcha enferm. 2017 31(2):285-292. Acesso em 15 de Maio de 2018.
14. LÍCIO A.M, SANTOS S.A. **Problemática do cuidador na doença de Alzheimer**. Perquirere - Revista Eletrônica da Pesquisa, 2008. Disponível em: <http://perquirere>. Acesso em 15 de Maio de 2018.

15. LUCAS C.O, FREITAS C, MONTEIRO M. I. **A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções.** Psicologia. PT O Portal dos psicólogos. 2013. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0662.pdf>. Acesso 16 de Maio de 2018.
16. LUZARDO, A.R, GORINI M.I.P.C, SILVA A.P.S.S. **Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria.** Texto & contexto enferm. Florianópolis, 2016 15(4):587-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>. Acesso em 10 de Maio de 2018.
17. MATTOS C.M.Z, GARCEZ S.B.B, COSTA F.T.L, ROSA C.B, BRUNELL A.V, HANSEN D. et al. **Processo de Enfermagem Aplicado a Idosos com Alzheimer que participam do Projeto Estratégias de Reabilitação.** Estud. interdiscip. envelhec. 2011 [acesso em 2018 maio 16]; 16 (edição especial):433-447. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/17921/16307>. Acesso em 16 de Maio de 2018.]
18. MOTTA, Vera L. B.; NOGUEIRA, Rogério. **Complicações Das Herniorrafias Inguinais Em Pacientes Idosos Cirurgiados No Hospital Alcides Carneiro,** In MOTTA, Vera L. B. (Org.). et al. Terceira Idade: comportamento, gênero e estilo de vida. Curitiba: CRV: 2010: 134.
19. NETTINA S. **Prática de enfermagem.** 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
20. RIBEIRO R. **Alzheimer – Que doença é esta?.** Revista Espaço Acadêmico, 2017 [acesso em 2018 abril 18];91 Disponível em:<http://www.espacoacademico.com.br/091/91ribeiro.pdf>. Acesso em 16 de maio de 2018.
21. SALES A.C.S, REGINATO B.C. PESSALACIA J.D.R, KUZNIER T.P. **Conhecimento da equipe de enfermagem quanto aos cuidados com idoso portador da doença de alzheimer.** Rev. enferm. Cent.-Oeste Min. 2017 [acesso em 2018 abril 21];1(4):492-502.
22. SOUZA M.T, SILVA M.D, CARVALHO R. **Revisão integrativo: o que é e como fazer.** Einstein. 2010 [acesso em 2018 abril 8];8(1):102-6. Disponível em: http://www.astresmetodologias.com/material/O_que_e_RIL.pdf. Acesso em 15 de maio de 2018.
23. SMELTZER S, BARE B.G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico- cirúrgica.** 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
24. VONO Z. **O bem no mal de Alzheimer.** São Paulo: Senac; 2014.

“

Atividades lúdicas e de socialização para idosas residentes em instituição de longa permanência: uma experiência intergeracional

▮ Marizete **Gonçalves**
UERGS

▮ Adriana Barni **Truccolo**
UERGS

RESUMO

A institucionalização da pessoa idosa pode ser uma situação estressante uma vez que leva ao distanciamento da família e amigos e, conseqüentemente, ao isolamento social. Nesse contexto, o convívio com pessoas de diferentes gerações propicia situações desafiadoras, proporciona troca de experiências e criação de vínculos, estimulando a socialização. Objetivou-se investigar o impacto provocado pelo convívio intergeracional na socialização entre idosas institucionalizadas e crianças. realizado em uma instituição de longa permanência de idosos (ILPI), com 15 idosas e duas crianças. Os dados foram coletados a partir da observação participante e sistemática registradas em um diário de campo. A pesquisa aconteceu de março a dezembro, uma vez por semana, e contemplou dois momentos, a observação da rotina das idosas e as intervenções propriamente ditas. Foram realizadas quatro observações e vinte e cinco intervenções. Identificou-se que as atividades que mais favoreceram o convívio intergeracional foram aquelas em que as crianças explicavam às idosas, como a pintura, o desenho, e os jogos de tabuleiro. Constatou-se que sentimentos de amizade, solidariedade para com as limitações, respeito às diferenças, confiança e apego foram construídos ao longo dos meses. As idosas manifestaram maior autoconfiança e segurança, e as práticas de intervenção intergeracional promoveram momentos de aprendizagem mútuos, afastando das crianças qualquer pensamento preconceituoso a respeito da velhice. Idosas e crianças fazem parte de grupos vulneráveis, possuem rotinas, horários e talvez esses pontos em comum as aproxime. O convívio intergeracional teve um impacto positivo sobre a socialização entre as idosas institucionalizadas e as crianças.

Palavras-chave: Idoso, Instituição de Longa Permanência de Idosos, Socialização, Ludicidade.

INTRODUÇÃO

O aumento da população com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos é uma estatística real no mundo todo e no Brasil não é diferente. Na realidade, o processo de envelhecimento populacional no Brasil é ainda maior e mais rápido do que no resto do mundo, correspondendo a 14% do total de brasileiros, ou seja, 29,9 milhões de pessoas idosas (UNITED NATIONS, 2019).

Dentre os estados com maior proporção de idosos estão Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambos com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais (AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS). A projeção de envelhecimento da população para o Rio Grande do Sul chegou a 207,14% em 2019 (IBGE, 2019a). Com relação ao município de Alegrete, localizado na fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul, a população estimada em 2019 era de 73.589 habitantes. Destes, 11.739 eram de pessoas com 60 anos ou mais, sendo 5350 do sexo masculino e 6388 do sexo feminino (IBGE, 2019b).

Com relação à expectativa de vida, homens possuem uma menor expectativa de vida quando comparados com as mulheres (76,3 e 79,9 anos de idade, respectivamente) (IBGEc, 2019; GLOBAL AGE WATCH, 2014). Conforme Marcio Minamiguchi (2019), pesquisador do IBGE, a menor expectativa de vida do homem pode ser explicada por causas externas, não naturais, que atingem com maior intensidade a população masculina, tais como homicídios, acidentes de trânsito e quedas acidentais, entre outros. A esse processo damos o nome de “feminização do envelhecimento” (LINS; ANDRADE, 2018).

Parte dessas pessoas necessitam de cuidados em função da saúde debilitada, possuem vínculos familiares que não dão conta dos cuidados de que necessitam, possuem vínculos rompidos, vínculos fragilizados (FERREIRA, PREUSS, 2017; FERREIRA, 2014) ou não possuem vínculos, aumentando a demanda por instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Sabe-se que grande parte das ILPI possui um perfil assistencialista, no qual prestar cuidados aos idosos resume-se a oferecer abrigo e alimentação (ALVES et al., 2017). O Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) define critérios e assegura os direitos da população idosa nas ILPIs (BRASIL, 2005).

As ILPIs são instituições governamentais e não-governamentais, de caráter residencial, na forma de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar (BRASIL, 2005), abrigando residentes com características de saúde distintas, portadores de problemas de saúde em condição crônica e incapacitante e nesta condição, o cuidado deve seguir a perspectiva geronto-geriátrica.

Camarano (2010) pontua que as ILPIs também têm sido denominadas como abrigos, casas de repouso e asilos, não havendo um consenso na nomenclatura, na legislação e nem na literatura. Atualmente a palavra creche vem sendo cada vez mais utilizada para designar

os locais onde os idosos passam o seu tempo, seja em regime de internato, quando o idoso mora na instituição ou externato, quando permanecem na instituição durante o dia e voltam para a casa dos familiares à noite e finais de semana (CUNHA, 2018), surgindo como a ressignificação do asilo, cuidando o idoso tanto na sua saúde física como mental.

É necessário mencionar que a escassez de recursos e a qualificação inadequada de profissionais ou voluntários tem inviabilizado o desenvolvimento de atividades que promovam a autonomia da pessoa idosa, contribuindo para o isolamento social, e muitas vezes para a perda de identidade, da autoestima, ao estado de solidão e de recusa da própria vida, justificando a alta prevalência de doenças mentais nas ILPI (SILVA et al., 2016). Além disso, as ILPIs nem sempre conseguem atender todas as necessidades, comprometendo a qualidade de vida e bem-estar dos idosos institucionalizados (FONTES, LUCCA, 2017).

O Estatuto do Idoso no artigo 20 do capítulo V declara que “o idoso tem direito à educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (BRASIL, 2004); sendo que, para a realização dessas atividades a pessoa idosa necessita socializar, interagir com outros, independentemente de sua idade.

Atividades em conjunto são importantes na manutenção da saúde mental melhorando aspectos cognitivos como a atenção e a memória, e o convívio com diferentes gerações pode resultar em efeitos positivos não somente para a pessoa idosa como também para crianças e adolescentes.

A participação social e a interação no fortalecimento de vínculos entre pessoas de diferentes gerações propiciam a autonomia, independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização do idoso (MASSI et al., 2016). A convivência, a troca de ideias, o afeto e a participação de duas gerações distintas em um grupo sócio integrativo são elementos importantes para construção de vínculos sociais e afetivos.

De modo similar, Franca, Silva e Barreto (2010), salientam que o convívio dos idosos com crianças pode beneficiar mutuamente as gerações, no sentido do aprimoramento dos conhecimentos em relação a história familiar, a cidade onde residem, ao mundo, facilitando o estabelecimento de uma nova amizade/afetividade que desencadeie a solidariedade, e o desenvolvimento cognitivo social.

Ainda com relação à intergeracionalidade, observa-se que tem o potencial de reverter os estereótipos e avaliações negativas que os mais novos possam ter das pessoas idosas, possibilitando aos mais velhos uma maior proximidade com pessoas de outras gerações, propiciando a troca mútua dos saberes (CARVALHO, 2012).

A convivência de diferentes gerações assegura o respeito das crianças pelas gerações mais velhas, e essa interação se dá desde bebê, quando a criança é condicionada pelo adulto a conhecer objetos, fazendo dessa interação simples uma forma de descoberta do brincar,

e assim, desenvolvendo seu primeiro contato social. Tal interesse segundo Tunes (2001) passa necessariamente pelo adulto, ou seja, a criança se interessa pelo brincar através da interação com o adulto. Contudo, isso vai se perdendo conforme a criança vai crescendo e interagindo com outras crianças, ou seja, a mesma faixa etária, e assim sucessivamente, perdendo o elo existente no início do seu desenvolvimento.

Villas-Boas et al (2016) colocam que a forma de evitar preconceitos em relação à velhice é o da educação, através do contato e da convivência entre as gerações. Os autores acreditam que a antiga concepção de educação concebida como ação das velhas gerações sobre as novas, vem sendo modificada. As rápidas mudanças dos estilos de trabalho e de vida, acompanhadas por um aumento de autonomia das novas e velhas gerações, tendem a fazer da educação uma coeducação entre as gerações, alternadamente imposta e voluntária, e uma contribuição para a auto formação permanente de cada um.

As atividades lúdicas surgem como uma estratégia de incentivo à participação social proporcionando alegria e prazer, além de preencher o tempo livre das pessoas idosas institucionalizadas de forma prazerosa, aprimorando o convívio social e beneficiando aquelas com pouca mobilidade. Existem diversas atividades recreativas que não são predominantemente físicas, mas que também têm grande potencial de promoção do bem-estar, além de estimular cognitiva, afetiva e/ou socialmente, e estimular a livre expressão como um recurso terapêutico para o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida (DEMO, SCORTEGAGNA, 2014).

A partir do acima exposto levantou-se a seguinte questão de pesquisa: Qual o impacto do convívio intergeracional na socialização entre idosas institucionalizadas e crianças?

Assim, o objetivo geral do trabalho foi investigar o impacto provocado pelo convívio intergeracional na socialização entre idosas institucionalizadas e crianças.

Foram objetivos específicos: Determinar os tipos de atividades que mais favorecem o convívio intergeracional; Identificar comportamentos, sentimentos e relacionamentos surgidos no desenvolvimento das atividades; Identificar os benefícios e/ou malefícios que as relações intergeracionais podem originar.

MATERIAIS E MÉTODOS

Demo (2010) caracteriza a pesquisa como sendo o diálogo crítico e criativo com a realidade, permitindo a quem pesquisa sentir-se capaz para intervir e ensinar. A extensão universitária, um dos elementos da trilogia universitária, juntamente com o ensino e a pesquisa é a ponte entre a universidade e o território ao qual está inserido. Nesse contexto, essa pesquisa surgiu da participação em projeto de extensão durante todo o ano de 2018, e caracterizou-se como um estudo de campo com intervenção pedagógica e abordagem qualitativa.

A pesquisa do tipo intervenção pedagógica consiste no planejamento e na implementação de interferências (mudanças, inovações), destinadas a produzir avanços, melhorias, nos processos de aprendizagem dos sujeitos que delas participam, e a posterior avaliação dos efeitos dessas interferências (DAMIANI et al, 2013).

De acordo com Moreira (2008) são características da pesquisa intervenção: a) acontecer dentro do contexto pesquisado, no caso o ILPI; b) Ser desencadeada pela demanda, contribuindo na solução de problemas: Houve um convite da instituição para que o projeto de extensão acontecesse na mesma; c) O pesquisador atua como mediador que articula, organiza encontros, sistematiza vozes e saberes produzidos pelos sujeitos da pesquisa, agindo num processo de escuta ativa. A acadêmica do curso de Pedagogia atuou como bolsista de extensão e pesquisadora; d) Ocorre Interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa: acadêmica, idosas e crianças; e) As Experiências cotidianas e práticas do coletivo sistematizadas, permitem descobertas e considerações teórico-metodológicas: no caso as atividades foram propostas pela acadêmica-bolsista-pesquisadora e as descobertas são descritas na seção de resultados.

Segundo Demo (2006, p. 10), a pesquisa qualitativa procura preservar a realidade acima do método, buscando informação acerca da realidade e permitindo tanto sua melhor compreensão, quanto, sobretudo, condições de intervenção e mudança.

A pesquisa foi realizada em uma Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) situada na zona norte de Alegrete/RS, e tem no seu quadro de funcionários um técnico de Enfermagem, 24 funcionários e mais 02 autônomos, um médico, e um fisioterapeuta. A seleção da instituição foi intencional, visto a instituição ter convidado a orientadora da pesquisa a realizar projeto na mesma.

Quando da realização do estudo, a ILPI abrigava 35 pessoas idosas, todas do sexo feminino, com idade entre 58 anos e 102 anos de idade Das 35 idosas institucionalizadas participaram quinze (15). Também fez parte do estudo 01 (Uma) menina de 09 anos de idade e 01(Um) menino de 12 anos de idade.

Os critérios de inclusão que nortearam a participação das idosas foram: idosas com preservação da capacidade cognitiva e com condições de desenvolver atividades lúdicas, jogos de memória, pintura junto às crianças.

Os responsáveis pelas crianças assinaram termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e as crianças assinaram termo de assentimento livre e esclarecido (TALE).

As idosas acamadas, idosas que não se comunicavam verbalmente, bem como idosas com comprometimento visual e auditivo grave foram excluídas do estudo.

As idosas foram questionadas a participar das atividades, bem como se poderiam ser fotografadas. Em algumas sessões participaram, em outras se recusaram por falta de vontade,

em outras questionavam se poderiam somente ficar sentadas com as crianças. Em nenhum momento insistimos para que realizassem alguma atividade em caso de recusa inicial.

Os dados foram coletados através da observação participante sistemática, de fotografias e registrados em um Diário de Campo.

De acordo com Angrosino (2009) a observação participante refere-se à observação que acontece com o pesquisador desempenhando um papel ativo no contexto observado.

Na observação sistemática, direta ou estruturada é requerido que se defina o conjunto de comportamentos a ser observado, o momento adequado e a forma de registro dos dados obtidos (VERGARA, 2012). No caso desta pesquisa, a forma de registro foi a fotografia, os comportamentos observados foram alegria/tristeza; entusiasmo/apatia e o momento da observação foi antes da atividade e após a atividade. As imagens auxiliam na composição da escrita, realizando uma análise mais contextualizada sobre as observações. Para mais, a foto registra detalhes que não foram percebidos no momento observado e podem ser analisados mais detidamente conforme a necessidade.

A pesquisa realizada de março a dezembro, uma vez por semana, no turno da tarde, entre 14h e 17h contemplou dois momentos, a observação da rotina das idosas e as intervenções propriamente ditas.

No total foram realizadas quatro observações, vinte e cinco intervenções e reuniões com a orientadora da pesquisa para a avaliação e análise das intervenções.

Por questões éticas o nome das participantes foi preservado, e a instituição não colocou restrição na divulgação do nome.

Assim, as atividades propostas em cada encontro bem como os comportamentos observados das idosas a essas atividades e à aproximação e socialização com as crianças foram fotografadas e registradas no Diário de Campo da pesquisadora.

O Diário de Campo, segundo Minayo (2012, p. 71) “nada mais é do que um caderninho, uma caderneta, ou um arquivo eletrônico no qual escrevemos todas as coisas que não fazem parte do material formal de entrevistas em suas várias modalidades”.

Para Lewgoy e Arruda (2004, p. 123-124), o Diário de Campo, consiste em um instrumento capaz de possibilitar “o exercício acadêmico na busca da identidade profissional” sendo que, através de aproximações sucessivas e críticas, pode realizar uma “reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios”. Assim, o registro e o detalhamento dos encaminhamentos no diário de campo propiciam um constante revisitar dos dados, o que contribui para ampliar as ações de modo a aproximá-las da resolutividade da demanda.

Algumas das falas das idosas que impactaram a pesquisadora também foram registradas no Diário de Campo.

Cabe mencionar, que segundo Piaget, as crianças estão no período operatório, caracterizado pelo desenvolvimento da lógica e dos sentimentos normativos e ideais, é subdividido em operatório concreto e operatório formal, devido às diferenças importantes no desenvolvimento do pensamento lógico e na afetividade. No período das operações concretas (7 aos 11 – 12 anos), o egocentrismo intelectual e social (incapacidade de se colocar no ponto de vista de outros) que caracteriza o período pré-operatório, dá lugar à capacidade da criança em estabelecer relações e coordenar pontos de vista diferentes (próprios e de outrem) e de integrá-los de modo lógico e coerente (RAPPAPORT, 1981). Também importante neste estágio é o aparecimento da capacidade da criança de interiorizar as ações, ou seja, ela começa a realizar operações mentalmente e não mais apenas através de ações físicas típicas da inteligência sensório-motora. Muito importante ao propósito dessa pesquisa com idosas é o avanço na conduta da criança em atividades em grupo. A capacidade de concentração quando a criança se engaja numa atividade individual, e a cooperação nos trabalhos em grupos conseguindo colaborar com o outro já são identificados. Ainda no que se refere às relações sociais, a criança já se engaja no jogo coletivo, e influenciada pela motivação de ganhar, começa a compreender a importância das regras para garantir a igualdade de condições (PIAGET, 1947-2005).

Quando pensamos em crianças brincando com pessoas idosas nos vêm à mente Borba (2007, p. 38), quando o mesmo diz que através do brincar a criança inventa e realiza ações e interações sendo autora de suas histórias e podendo ser pai, mãe, transitando por outros tempos e lugares. Essa capacidade da criança pode transportar as idosas para outros lugares também, mais alegres e coloridos do que o atual.

O estudo, o planejamento responsável, a intervenção, o questionamento e a análise foram ações constantes neste processo. Havia idosas e crianças “em jogo”, sentimentos, sensações, interações acontecendo. Nesse processo investigativo não existiu intenção nem possibilidade de uma análise sem distanciamento.

Na seção de resultados, a seguir, as idosas serão referidas como “as vovós”. Não se tem como fazer de outra forma, pois a palavra idosa remete a um distanciamento que a pesquisadora não teve intenção de ter desde o início. Durante todo o processo nos propusemos a um salto em queda livre, com a mente aberta para aceitar o que fosse sendo revelado e sem nunca antecipar, prever ou considerar já saber algo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material coletado deu-se em etapas: Na primeira etapa, de posse das anotações do diário de campo, reviveu-se cronologicamente os eventos, lembrando e reconstruindo mentalmente os comportamentos observados antes das intervenções. Os semblantes,

os olhares, o que parecia ser alegria, o que parecia ser tristeza, o que nos remetia a apatia, o que nos remetia a entusiasmo.

Na segunda etapa, analisou-se quais as intervenções que mais favoreceram o convívio intergeracional, e que pareceram mais significativas para as vovós e para as crianças; Quando percebemos mais sorrisos? Quando houve mais interação vovó e criança? Entre vovó e vovó? O que mais gostaram de fazer? O que menos gostaram de fazer? Procurou-se reconhecer comportamentos, sentimentos e relacionamentos surgidos no desenvolvimento das atividades. E, por fim, identificou-se potenciais benefícios e/ou malefícios que a relação intergeracional provocou.

ETAPA 1: AS OBSERVAÇÕES: Os primeiros dias foram dedicados a aproximação com as idosas. Para isso foram realizadas quatro observações com o intuito de conhecer a rotina das vovós, e de familiarizá-las com a pesquisadora e com as crianças.

A rotina no turno da tarde, após o almoço, consistia em encaminhar as idosas para uma sala com televisão, onde permaneciam sentadas olhando para a rua ou assistindo televisão sem socializarem ou realizar alguma atividade lúdica. Às 16h as vovós iam para o refeitório fazer o lanche da tarde. A textura do alimento não era a mesma para todas: pastoso, líquido e até mesmo o recurso de seringas para outras se fazia necessário para que algumas vovós pudessem engolir aos poucos.

Neste período houve interação com algumas idosas, e percebeu-se carência, tristeza e ao mesmo tempo inquietação no olhar e na postura de algumas. No percurso da sala de televisão até o refeitório passa-se pelos quartos. Cada quarto com duas camas, algumas ocupadas por vovós debilitadas. A instituição possuía até o final da pesquisa duas centenárias e uma vovó residente a mais de vinte anos na instituição.

Nas duas últimas observações a pesquisadora levou as crianças, receosa de que pudessem se sentir entediadas e que não quisessem retornar. Gostaram de ir e pediram para voltar.

Na última observação a aproximação com as vovós foi maior, sendo mencionado que o projeto tinha como foco principal a realização de atividades conjuntas entre as vovós e as crianças. As mesmas, mostraram-se muito interessadas e dispostas a interagir com as crianças, foram muito receptivas demonstrando entusiasmo na presença das crianças e da pesquisadora.

ETAPA 2: AS INTERVENÇÕES: Ao longo dos 25 encontros, pensou-se em atividades em que as crianças pudessem elas mesmas propor e explicar às vovós. Normalmente o que acontece são os mais velhos ensinarem aos mais jovens, e isso não precisa ser regra. Essa iniciativa visou estimular a postura autônoma e desenvolver o senso de responsabilidade da criança.

As intervenções foram divididas em eixos temáticos: Arte Expressiva: Desenho, Argila e Pintura; Jogos de Tabuleiro e Artesanato; Música, Dança e Leitura; Passeio, Beleza e Autocuidado.

Eixo Temático Arte Expressiva: pintura, desenho e argila

A pintura em bandejas de isopor foi uma atividade proposta por Lorrán (12 anos de idade), e a Lahine (09 anos de idade) e que foi muito apreciada pelas vovós. As idosas fizeram lindamente as pinturas na bandeja de isopor, algumas mais e outras menos detalhistas, contudo, todas estavam empolgadas em realizar a atividade com capricho (FOTOGRAFIAS 1 E 2). De acordo com Fortuna (2005, p. 17) a pintura e o desenho ajudam a reconciliar conflitos emocionais, além de auxiliar na autopercepção e no desenvolvimento do indivíduo. A pintura estimula a criatividade, a sensibilidade e aumenta a capacidade de concentração e expressão das vovós e das crianças, além de trabalhar a motricidade fina (FORTUNA, 2000; FORTUNA, 2004). É uma atividade social que transmite uma sensação de bem-estar psicológico e permite melhora da autoestima, onde o sujeito permite a quem observa o contato com suas emoções, suas sensações, sentimentos e imagens do seu mundo interior (CARVALHO, 1995).

Ainda no eixo temático arte expressiva, o desenho desenvolve a esfera cognitiva, além da capacidade de abstração (GUEDES; GUEDES; ALMEIDA, 2011). A atividade foi realizada no dia de aniversário de uma das vovós, a Joana. Sabíamos do aniversário pois pedimos no primeiro dia de observação a lista com as datas de nascimento para fazermos um mural de aniversários. Nesse dia Joana estava bem, já faziam duas sessões que não participava. Joana tem esquizofrenia, mas em nenhum momento a doença impediu que mantivesse um bom relacionamento com as crianças. Notamos que ninguém sabia do aniversário e na sessão seguinte fizemos o mural de aniversários.

Cantamos parabéns e lhe abraçamos com muito carinho. Participaram com dedicação da atividade, mesmo sendo um material simples de pintura. Conversamos bastante e foi muito tranquila à tarde com elas. Demoramos a ir embora, o ambiente estava muito agradável, elas socializaram mais entre elas e percebemos que a cada semana nossos laços de afeto se estreitavam.

A intervenção foi muito satisfatória. Nesse dia uma das enfermeiras mencionou que as vovós já nos aguardavam ansiosas, querendo saber a que horas iríamos chegar, e que depois de irmos embora, ficavam relaxadas e tranquilas. Nesse dia, percebemos estar no caminho certo, que nosso trabalho estava fazendo diferença na vida delas e foi muito gratificante. Cada intervenção era uma descoberta e troca de experiência.

A construção de vínculos e fortalecimento dos laços afetivos, tão importante para as idosas quanto para o desenvolvimento integral das crianças só é possível quando ocorre interação entre os grupos. Para potencializar essas vivências intergeracionais devemos perceber o que as crianças e os adultos revelam, através da linguagem, do olhar, dos gestos, e de todas as formas de comunicação. São com as interações com os espaços e com o outro que as intenções são reveladas. (EDWARDS, GANDINI, FORMAN, 1999, p. 46).

A argila foi utilizada com o propósito de construir uma máscara. A intenção era mostrar que elas eram capazes de criar algo partir de um material nada sugestivo. Teriam de usar a imaginação, ter criatividade, estaríamos estimulando a criação artística e contribuindo para fortalecer a autoestima das vovós.

Aceitaram o desafio estimuladas pela Lahine e pelo Lorrán. Sentíamos que as crianças levaram “vida” àquelas idosas. As crianças iam de um lado para outro ajudar. Quem diria que os dois iriam se acostumar tão rapidamente com um local sem outras crianças, pelo contrário, com pessoas de idades tão opostas, algumas com limitações físicas, pouca mobilidade. Quem diria que iriam se apegar aquelas pessoas que nunca haviam visto anteriormente. E a recíproca havia se tornado verdadeira.

A argila foi trabalhada em duas sessões. Na primeira foi feito o molde da máscara e na segunda intervenção a pintura. Foi uma das atividades mais gratificantes pois as vovós ficaram deslumbradas com o que criaram. Ao final fizemos uma exposição das máscaras e as participantes se mostravam muito orgulhosas. A modelagem possibilita a estimulação tátil, o trabalho muscular, a estrutura postural, bem como a capacidade de expressão e de planejamento (GUEDES; GUEDES; ALMEIDA, 2011).

Carvalho (2012) diz que “o uso da arte como terapia implica um processo criativo que pode ser um meio tanto de reconciliar conflitos emocionais, como de facilitar a autopercepção e o desenvolvimento pessoal”. Nessa atividade as vovós perceberam que não eram mais as mesmas vovós que ficavam na sala de televisão olhando para o nada boa parte da tarde. Estavam empolgadas com aquela máscara, com as cores escolhidas, e com elas próprias. Abaixo, alguns registros da atividade.

Eixo Jogos de Tabuleiro e Artesanato

No eixo artesanato foi proposto para as vovós que utilizassem palitos de picolé para fazerem um porta objetos. Os palitos seriam colados com cola quente e após a finalização da caixa, a mesma seria pintada. A intenção foi trabalhar a atenção, coordenação motora fina e aumento do autoconceito das vovós (ao darem-se conta de que são capazes de construir algo útil a partir de material tão simples). Os resultados fizeram emergir melhora no autoconceito das idosas demonstrada quando do orgulho com que exibiam sua produção

para as funcionárias da instituição e para outras idosas. Santos e Pavão, (2014) referem os trabalhos manuais como “uma forma de liberdade de expressão e criatividade, auxiliando na prevenção de depressão e de outras doenças emocionais”. Guedes, Mota e Almeida, (2011) ratificam ao defender que as tarefas manuais expressam as potencialidades dos idosos, “organizando seu relacionamento consigo mesmo, com o outro e o mundo”.

Todos os jogos de tabuleiro foram confeccionados pelas vovós para que depois usufríssem de suas produções. No Tabuleiro das Cores, as vovós, inicialmente pintaram uma caixa de ovos nas cores verde, vermelho, amarelo, azul e branco. Após, deveriam colocar tampinhas com a cor correspondente no tabuleiro.

Com o Tabuleiro das Formas Geométricas, (TFG) as idosas, primeiramente irão colar as formas geométricas no papel EVA (Etil Vinil Acetato), para depois jogar, combinando as formas geométricas de acordo com as que se encontram no tabuleiro.

Os jogos de tabuleiro são importantes para as pessoas idosas à medida que exercitam “movimentos motores finos, a capacidade de usar nossas mãos e dedos, e de desempenhar movimentos delicados envolvendo controle preciso” (GARDNER, 1994, p. 163). Além disso, os jogos de mesa, como atividades de lazer ativo, auxiliam para retardar os efeitos negativos do processo natural de envelhecimento, por oportunizarem “situações que incentivam a autonomia do idoso, através de estímulos sensoriais, mentais e motores, além de serem atividades que proporcionam o convívio social” (LOPES, 2009).

No jogo da correspondência as idosas confeccionaram cartões, alguns com números, e outros com desenhos em quantidades correspondentes aos números desenhados. A tarefa era combinar o cartão com número com o cartão contendo a respectiva quantidade de objetos.

No jogo da memória as vovós jogaram em duplas. Além de propiciar a socialização, o jogo desenvolve a localização espacial e estimula o raciocínio. Camargo e Cid (2000) relatam que a “memória espacial possibilita ao indivíduo mediante a lembrança identificar a posição de um determinado objeto no espaço”.

Segundo Grieve (2005), a exploração do mundo ao nosso redor decorre da memória espacial, já que esta retém informações que vêm do ambiente em poucos segundos, recuperando-as posteriormente na memória de longo prazo, com o objetivo de, no trajeto, possuir uma sequência de movimentos. Contribuem para esta “exploração do mundo a atenção, o reconhecimento visual, as percepções visuais e tácteis”. Uma atividade também apreciada pelas vovós foi o jogo de ligar os números. Foram distribuídas folhas A4 com os números dispostos ao longo da folha. Na medida que os números eram ligados em ordem crescente formava-se um desenho que posteriormente seria colorido pelas vovós. O objetivo era estimular a atenção e declínio cognitivo.

Eixo Temático Música, Dança e Leitura

Com intuito de possibilitar momentos de descontração e socialização bem como desenvolver o raciocínio e a memória realizamos a seguinte dinâmica: foi passado um balão cheio para as idosas e foi cantada uma parlenda enquanto elas passavam o balão de uma para outra. No momento em que terminavam de cantar a parlenda, a idosa que estivesse com o balão lia uma estrofe de uma poesia da Cecília Meirelles, que estava exposta na mesa. A seguir, entregamos folhas brancas A4, tintas guache, lápis de cor, lápis e pinceis para as vovós fazerem a ilustração e releitura da poesia preferida. As vovós tiveram certa dificuldade em realizar a leitura das poesias e tiveram ajuda. Essa atividade não foi mais repetida pois sentimos que algumas idosas se sentiram constrangidas pela dificuldade na leitura e escrita. Desenharam riscos e outra tentou desenhar letras aleatórias.

Colar de Carolina

Com seu colar de coral, Carolina corre por entre as colunas da colina. O colar de Carolina colore o colo de cal, torna corada a menina. E o sol, vendo aquela cor do colar de Carolina, põe coroas de coral nas colunas da colina.

Cecília Meirelles

A dança aconteceu quando foi realizada uma festa Junina. Algumas vovós pareceram mais animadas, outras não quiseram dançar. O estudo de Oliveira, Madruga, Verlengia e Tolocka, (2010) sobre a influência que os bailes exercem em idosos institucionalizados, encontrou que “a dança, minimiza as repercussões fisiológicas do envelhecimento e auxilia na independência, manutenção do equilíbrio, interação social, melhora do condicionamento físico e, conseqüentemente, da qualidade de vida, e do estado psicológico”.

Eixo Temático Passeio, Beleza e Autocuidado

O fim do ano, e conseqüentemente do projeto estava chegando e pensamos em dedicar as últimas sessões a brincadeiras diversas, a um passeio e a um dia de *spa* para as vovós. Nossa intenção era promover momentos de relaxamento corporal, interação, socialização, contribuir para o fortalecimento da autoestima e estimular a percepção dos sentidos. Foi convidada uma massagista, para voluntariamente, realizar massagens nas vovós. Emili aceitou e levou consigo dois colegas. Nesse dia, uma bola e um bambolê foram utilizados para trabalhar a mobilidade das mãos. As idosas receberam bem os voluntários que proporcionaram algumas horas de relaxamento e descontração. Foi uma experiência gratificante para todas, mas uma certa angústia começava a tomar conta de mim (peço licença ao leitor para apoderar-me dessa parte do texto e redigi-lo na primeira pessoa. Não consigo imaginar outra forma de escrita nesse momento, pois conforme me aproximo do final deste texto, sinto

que estou apegada a ele, revivi emoções, redescobri sentimentos que já estavam adormecidos e que agora transbordam).

Em nosso último encontro fomos passear de Maria fumaça, um misto de felicidade e tristeza tomou conta de mim. Felicidade por ver nos olhos, no sorriso e nos gestos daquelas idosas a excitação, a empolgação, por sentir que estavam se sentindo vivas. Tristeza porque o fim do ano estava chegando e com ele o projeto e a pesquisa. E agora?

Estávamos apegados aquelas pessoas e elas a nós. As crianças como ficariam? A interrupção de uma convivência semanal de um ano dar-se de uma hora para outra deixaria marcas nas vovós e nas crianças? Propusemos um passeio e a direção da instituição concordou. Desejava promover um passeio divertido para as vovós e organizamos em um sábado pela manhã, uma volta pela cidade de Maria Fumaça. O proprietário gentilmente atendeu ao nosso pedido e não cobrou pelo passeio. A maioria das vovós não saía da instituição há anos. Achavam tudo bonito e diferente, não sabiam para onde olhar. Nesse dia percebi a responsabilidade de levá-las para a rua e sobre todas as atividades que havia trabalhado com elas. Estávamos, eu e as crianças, e indiretamente a orientadora do trabalho, fazendo a diferença na vida dessas pessoas.

No último mês as crianças foram em semanas intercaladas para que tanto as vovós quanto elas não sentissem tanto o impacto da ausência que umas faziam às outras. As práticas de intervenção intergeracional promoveram momentos de aprendizagem mútuos, normalizando o convívio entre criança e idosa, afastando qualquer preconceito a respeito da velhice.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O convívio intergeracional entre a bolsista, crianças e as idosas propiciou a ampliação do papel social e educativo da pedagogia, oportunizando a interação e convivência na ILPI através da educação não formal.

Identificou-se que as atividades que mais favoreceram o convívio intergeracional foram aquelas em que as crianças explicavam às idosas, como a pintura, o desenho, e os jogos de tabuleiro.

Constatou-se que sentimentos de amizade, solidariedade para com as limitações, respeito às diferenças, confiança e apego foram construídos ao longo dos meses. Lahine criou afinidade com a dona Nercy e o Lorrán com a dona Cleir e dona Tereza.

As idosas se mostraram mais autoconfiantes, seguras, abertas a novidades, e as práticas de intervenção intergeracional promoveram momentos de aprendizagem mútuos, afastando das crianças qualquer pensamento preconceituoso a respeito da velhice.

O trabalho pedagógico na educação não formal tem um papel educativo e social. Preocupa-se com a melhoria das relações interpessoais e da qualidade de vida, permite a

participação ativa em sociedade, e o desenvolvimento real dos sujeitos independentemente da idade, desmistificando estereótipos de grupos vulneráveis.

Idosas e crianças fazem parte de grupos vulneráveis, possuem rotinas, horários e talvez esses pontos em comum as aproxime. O que se pode dizer é que o convívio intergeracional teve um impacto positivo sobre as idosas institucionalizadas e sobre as crianças.

A sociedade precisa ser mais inclusiva e solidária. As pessoas precisam se importar mais umas com as outras, porque as redes de relacionamento são muito importantes. São elas que vão garantir cuidado, interação, diminuir o isolamento social. Tudo isso tem um impacto muito positivo na saúde do idoso.

Qualquer resposta de saúde pública ao envelhecimento da população deve passar pela abordagem da discriminação etária. Sabe-se que estereótipos baseados em idade influenciam comportamentos, e combater a discriminação à pessoa idosa, mesmo que desafiador pode modificar atitudes e comportamentos. Para que isso ocorra compete envolver todas as gerações para uma nova compreensão acerca do envelhecimento que não se baseie em conceitos ultrapassados de que as pessoas idosas são um fardo, e sim pessoas com ampla diversidade de experiências que podem ser transmitidas, através da integração, da socialização e da valorização de suas vivências (OMS, 2015).

■ REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA IBGE NOTÍCIAS. 2018. 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 24 de julho de 2020.
2. ALVES BASTOS, Manuela; Menezes, Maria do Rosário de; DIAS MARTINS Ridalva F; SILVA ALMEIDA, Valdenir da; AMARAL BEZERRA Juliana do. Instituições de longa permanência para idosos: aspectos físico-estruturais e organizacionais. Escola. Anna Nery **Revista de Enfermagem**, vol. 21, núm. 4, 2017, pp. 1-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127752022014>. Acesso em 18 abril 2019.
3. ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
4. BALLA, Eliane; Scortegagna, Helenice de Moura. Uso do tempo livre através de recursos expressivos: contribuição para um grupo de idosos institucionalizados. **Estudos interdisciplinares do envelhecimento**. Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 471-484, 2014.
5. BRASIL. **Estatuto do idoso**: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em 30 abr. 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde – MS, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 283, DE 26 DE SETEMBRO DE 2005**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html. Acesso em 10 de agosto de 2020.

7. BORBA, M. A. A brincadeira como experiência de cultura na educação infantil. **Revista criança do professor de educação infantil**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica, 2007.
8. CAMARANO AA. **Cuidados de longa duração para a população idosa : um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2010. 350 p. : Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf . Acesso em 18 abr. 2019.
9. CAMARGO, C.H.P. E CID, C.G. Habilidade Viso-Espaciais. In O.V Forlenza e P. Caramelli (Ed.), **Neuropsiquiatria Geriátrica**. São Paulo: Atheneu. p.531-537, 2000.
10. CARVALHO MMMJ. **A arte cura? Recursos artísticos em psicoterapia**. Campinas: Editoria Psy II; 1995.
11. CARVALHO, Maria Clotilde Barbosa Nunes Maia de. Relações Intergeracionais Alternativa para minimizar a exclusão social do idoso. **Revista Portal de Divulgação**. 2012: n.28. Ano III. Dez. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>. Acesso em 30 abr 2019.
12. CUNHA, Angélica Rangel do Nascimento. Creche Para Idosos: Um Novo Campo de Atuação para Pedagogos. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 03, Ed. 04, Vol. 05, pp. 107-118, Abril de 2018.
13. DAMIANI, M. F.; ROCHEFORT, Renato S. ; CASTRO, Rafael Fonseca ; DARIZ, Marion R. ; PINHEIRO, S. N. S. Discutindo pesquisas do tipo intervenção pedagógica. **Cadernos de Educação** (UFPel). Vol 45, p. 57-67; 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/3822> Acesso em 12 de julho de 2020.
14. DEMO, P. **Pesquisa e informação qualitativa: Aportes metodológicos**. Campinas: São Paulo. Papyrus, 3ª edição, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/RgmwEp>. Acesso em: 13 mai. 2019.
15. DEMO, Pedro. **Desafios modernos da educação**. Petrópolis: Vozes, 2010.
16. FERREIRA PA. **Qualidade de vida nas Instituições de Longa Permanência para idosos no Estado de Minas Gerais**. 2014. Disponível em: www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/7191. Acesso em 25 de julho de 2020.
17. FERREIRA, Hyara; PREUSS, Lislei Teresinha. Motivos que levam as famílias e as pessoas idosas buscarem por vaga em Instituição de Longa Permanência para Idosos no Município de Ponta Grossa – Paraná. **II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos. III Seminário nacional de território e gestão de políticas sociais. II Congresso de direito à cidade e justiça ambiental**. Londrina PR, de 04 a 07 de Julho de 2017. Disponível em: <https://www.congressoservicosocialuel.com.br/anais/2017/assets/131577.pdf>. Acesso em: 02 de abr de 2020.
18. FONTES, R. M. S.; LUCCA, I. L. *A importância de um evento recreativo para idosos institucionalizados*. **Rev. Ciênc. Ext.** v.13, n.2, p.60-70, 2017. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1208/1374. Acesso em 23 mar 2019.
19. FORTUNA SMCB. **Terapias expressivas**. Campinas: Editora Alínea; 2000.
20. FORTUNA, Tânia Ramos. Vida e morte do brincar. In: ÁVILA, Ivany Souza; SEFTON, Ana Paula (orgs.). **Escola e sala de aula – mitos e ritos: um olhar pelo avesso do avesso**. Porto Alegre: 2004, p. 47-59.

21. FORTUNA SMCB. **Doença de Alzheimer, qualidade de vida e terapias expressivas : arte-terapia**. Campinas: Alínea; 2005.
22. GARDNER, Howard. **Estruturas da mente : a teoria das inteligências múltiplas**. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1994, 304 p.
23. GLOBAL AGE WATCH. 2014. Disponível em: <https://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/infographic-older-women/>. Acesso em: 20 de julho de 2020.
24. GRIEVE, June. **Neuropsicologia em Terapia Ocupacional – Exame da Percepção e Cognição**. São Paulo: Editora Santos, 2005.
25. GUEDES, M. H. M., MOTA, H. M., ALMEIDA, M. E. F. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 14(4), 731-742, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n4/a12v14n4.pdf>. Acesso em 1º de agosto de 2020.
26. IBGE. **Censo Demográfico**, 2019a. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/alegrete/panorama>. Acesso em: 07 de abril de 2020.
27. IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e estatística**, 2019 b [online]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>. Acesso em: 03 de dezembro de 2019.
28. IBGE. **Expectativa de vida dos brasileiros aumenta para 76,3 anos em 2018**. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/26103-expectativa-de-vida-dos-brasileiros-aumenta-para-76-3-anos-em-2018/> Acesso em: 23 de julho de 2020.
29. IBGE, **Censo Demográfico**, 2019d. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 03 de dezembro de 2019d.
30. LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. **Revista Textos e Contextos: coletâneas em Serviço Social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, n. 2., p. 115-130, 2004.
31. LINS, Isabella Lourenço; ANDRADE, Luciana Vieira Rubim. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações**. Londrina, V. 23 N. 3, P.436-465. 2018. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/34289> Acesso em 13 julho de 2020.
32. LOPES, Ludmila Mara Banks Ferreira. **Jogos de mesa para idosos: análise e considerações**. São Paulo, 2009. 160 p. il. Dissertação (Mestrado - Área de Concentração: Projeto, Espaço e Cultura) – FAUUSP.
33. MASSI, SANTOS Aline Romão, Aline; BERBERIAN, Ana Paula; ZIESEMER, de Biagi, Nadine. Impacto de atividades dialógicas intergeracionais na percepção de crianças, adolescentes e idosos. **Revista CEFAC** [internet], vol. 18, núm. 2, 2016, pp. 399-407 Instituto Cefac São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v18n2/1982-0216-rcefac-18-02-00399.pdf>. Acesso em: 23 de mar. de 2019.
34. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: Minayo. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2012. p. 9-29.
35. MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. / Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

36. MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo, SP: Paulinas, 1997.
37. MOREIRA, M.I.C. Pesquisa-intervenção; especificações e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa. In: CASTRO L.R.; de e BESSET, V.L. (Orgs.) **Pesquisa-interação na infância e na juventude**. NAU: Rio de Janeiro, 2008.
38. OLIVEIRA, R. G., MADRUGA, V. A., VERLENGIA, R., TOLOCKA, R. E. Características pessoais e participação em bailes numa instituição de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v 12, n.4, 295-301, 2010.
39. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Relatório Mundial de envelhecimento e saúde**. 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/> Acesso em: 30 abr. 2019.
40. PAIVA; V. Educação Permanente: ideologia educativa ou necessidade econômico-social? In: PAIVA, V; RATTNER, H. **Educação permanente e capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, p. 7 – 63, 1985
41. PALMEIRÃO, Cristina; MENEZES, Isabel. A interação geracional como estratégia educativa: um contributo para o desenvolvimento de atitudes, saberes e competências entre gerações. **A Animação Sociocultural na Terceira Idade** (pp. 22–35). 2009. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3961/1/FEP_Palmeir%C3%A3o_Cristina-dig3.pdf. Acesso em: 28 abr. 2019.
42. PIAGET, J. **A representação do mundo na criança: com o concurso de onze colaboradores**. Tradução Adail Ubirajara Sobral (Colaboração de Maria Stela Gonçalves). Aparecida: Ideias & Letras, 1947/2005.
43. RAPPAPORT, C.R. Modelo piagetiano. In RAPPAPORT; FIORI; DAVIS. **Teorias do Desenvolvimento: conceitos fundamentais** - Vol. 1.; 1981. p. 51-75
44. SANTOS, J. R., PAVÃO, Y. M. P. (2014). Empreendedorismo social: Estudo em uma instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). IX EPCT- **Encontro de Produção Científica e Tecnológica Campo Mourão**. Disponível em: http://www.fecilcam.br/nupem/anais_ix_epct/PDF/TRABALHOSCOMPLETO/Anais-CSA/21.pdf. Acesso em: 02 de agosto de 2020.
45. SILVA MR, SANTOS NPV, SANTOS RA, CUNHA GR, TORRES LM. *A percepção do idoso institucionalizado sobre os benefícios das oficinas terapêuticas*. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 29(Supl): 76-84. 2016.
46. TUNES, Elizabeth, TUNES, Gabriela. **O Adulto, a Criança e a Brincadeira**. Em Aberto, Brasília, v. 18, n. 73, p. 78-88, jul. 2001.
47. UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). World Population Prospects 2019: Methodology of the United Nations population estimates and projections. Disponível em https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Methodology.pdf Acesso em 14 de agosto de 2020.
48. VERGARA, S. C. **Métodos de coleta de dados no campo**. 2. Ed. São Paulo: Atlas. 2012.
49. VILLAS-BOAS Susana; OLIVEIRA Albertina Lima; RAMOS Natália; MONTERO Inmaculada. A educação intergeracional no quadro da educação ao longo da vida - **Desafios intergeracionais, sociais e pedagógicos**. **Investigar em Educação** - IIª Série, Número 5, 2016.

“ Atuação interprofissional direcionada à saúde bucal do idoso: revisão integrativa da literatura

▮ Patrícia Formiga Bandeira **Pinheiro**
UEPB

▮ Flávia Gomes **Silva**
UFCG

▮ Thiago Felipe Formiga Bandeira **Pinheiro**
FIP

▮ Daysiane Monnalise Diniz Soares
Barbosa
UFCG

RESUMO

A saúde bucal do idoso deve receber atenção especial durante consultas e visitas domiciliares, pois durante o processo de envelhecimento ocorrem alterações importantes, as quais podem comprometer a qualidade de vida dos idosos. Assim, o objetivo da presente pesquisa foi investigar na literatura as abordagens vinculadas a atuação interprofissional na assistência direcionada a saúde bucal do idoso atendido na Atenção Primária à Saúde (APS). Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) de método exploratório e descritivo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio e junho de 2019, nos seguintes bancos de dados: MEDLINE, LILACS, CVSP – Brasil e BBO – Odontologia. Ao final da busca, a amostra da pesquisa foi composta por 8 artigos, através dos quais foi possível identificar ações desenvolvidas pela equipe interprofissional na assistência direcionada a saúde bucal dos idosos atendidos na APS. Mediante os resultados, foi possível perceber que a atuação do dentista na equipe de saúde é capaz de influenciar na qualidade de vida dos idosos, pois as condições bucais interferem diretamente na saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Atenção Primária à Saúde, Saúde Bucal.

INTRODUÇÃO

Considerado como um fenômeno global, o aumento da população idosa decorre de transformações demográficas que tem evoluído com o passar dos anos, tal aumento influencia diretamente na formação de novas demandas de saúde nos serviços públicos e privados disponibilizados nos países, assim é essencial uma abordagem integral dos indivíduos que buscam os serviços (CHAIMOWICZ, 2013; PAIM, FILHO, 2014).

Nesse contexto, o conceito de saúde para a população idosa deve abordar não só as questões relacionadas a prevenção e controle de doenças, mas deve resultar da associação entre a saúde física, mental, capacidade funcional, independência financeira e presença de um suporte social adequado. Assim, ações que abordem esses aspectos pertinentes ao desenvolvimento de um envelhecimento ativo e saudável devem ser trabalhadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), visto que os serviços atendem as diversas demandas expostas por esse público (ARAÚJO et al., 2014).

No cenário da APS, como também dos demais níveis de atenção à saúde, a presença de uma equipe composta por profissionais de várias áreas tem importância singular, pois a partir da atuação deles é possível prestar uma assistência que supera o modelo biomédico e atende aos usuários de forma holística. Essa equipe favorece o desenvolvimento de um trabalho cooperativo a partir das diversas técnicas executadas pelos diferentes profissionais, o que favorece uma assistência de forma integrada (COSTA et al., 2014).

Para atender as demandas de saúde bucal da população e reorganizar as ações disponibilizadas no nível da APS, o Ministério da Saúde propôs a partir da Portaria 1.444 de dezembro de 2000, a inclusão das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde bucal devem estar direcionadas para à promoção de saúde, controle e tratamento de doenças bucais (MATTOS et al., 2014).

Percebe-se que a inserção do profissional de saúde bucal na APS tem agregado aos serviços importantes ferramentas para o alcance de uma assistência integral, pois juntamente com os outros profissionais ações são desenvolvidas e executadas para atender as demandas dos usuários. Dessa forma, a presente pesquisa tem relevância expressiva para o campo da saúde, pois expressa dados que podem influenciar na atuação dos diversos profissionais que prestam a assistência direcionada a saúde bucal do público idoso nos serviços de saúde.

Assim, o objetivo da presente pesquisa foi investigar na literatura as abordagens vinculadas a atuação interprofissional na assistência direcionada a saúde bucal do idoso atendido na Atenção Primária.

METODOLOGIA

A presente pesquisa trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), com método exploratório e descritivo. A RIL tem a finalidade de reunir os achados de outros estudos já realizados, a partir das diferentes metodologias utilizadas, o que contribui substancialmente para o conhecimento produzido acerca do tema investigado (SOARES et al., 2014). Os métodos selecionados possibilitam ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema selecionado, além de favorecer a exposição de características presentes em determinada população (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Para a elaboração da referida revisão foi escolhido o percurso metodológico proposto por Mendes et al. (2008), no qual é abordado os seguintes passos: identificação do tema e elaboração da questão norteadora do estudo; formulação dos critérios de inclusão e exclusão; determinação das informações a serem extraídas dos artigos; avaliação dos estudos inseridos na revisão; interpretação dos resultados; apresentação e síntese do conhecimento produzido.

Assim, a busca pelos artigos ocorreu na Biblioteca Virtual da Saúde, nos principais bancos de dados da saúde, dentre eles, encontram-se: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); CVSP – Brasil e BBO – ODONTOLOGIA. A busca aconteceu durante os meses de maio e junho de 2019 e foram utilizados os seguintes descritores: “Saúde Bucal”; “Idoso” e “Atenção Primária”, ambos cruzados pelo descritor Booleano “and”, o que possibilitou o encontro de 476 publicações.

Através da análise inicial dos artigos, foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: textos repetidos; distanciamento dos artigos com o objetivo de pesquisa, artigos de anos anteriores e idioma não selecionado. Enquanto critérios de inclusão para busca dos artigos, foram utilizados os seguintes: Textos disponíveis gratuitamente online e na íntegra; no idioma português; e publicações entre o período de 2014 a 2018, totalizando o encontro de 46 artigos.

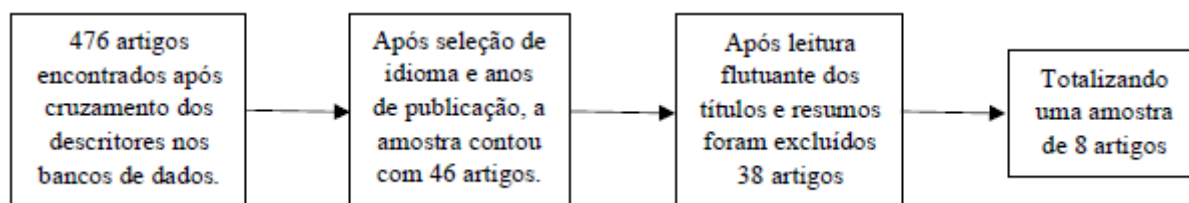
Para o processo de interpretação dos dados, os artigos foram introduzidos em uma tabela, sendo considerados aspectos relevantes, dentre os quais: os nomes dos autores; título do artigo; ano de publicação e resultados referentes a assistência interprofissional direcionada à saúde bucal do idoso.

RESULTADOS

Os artigos passaram por uma avaliação criteriosa, sendo iniciado um processo de leitura flutuante dos títulos, resumos, e em alguns casos, do texto na íntegra. Dessa forma, a amostra de artigos que atenderam ao objetivo proposto no presente estudo foi composta

por 8 artigos. Na figura 1 a seguir é exposto o percurso da busca dos artigos nos principais bancos de dados da saúde.

Figura 1. Fluxograma da busca dos artigos nos bancos de dados selecionados.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No quadro 1 a seguir estão dispostos os dados obtidos nos artigos selecionados para composição da amostra.

Quadro 1. Apresentação dos artigos, a partir do título, autores, objetivos e resultados encontrados. n=8.

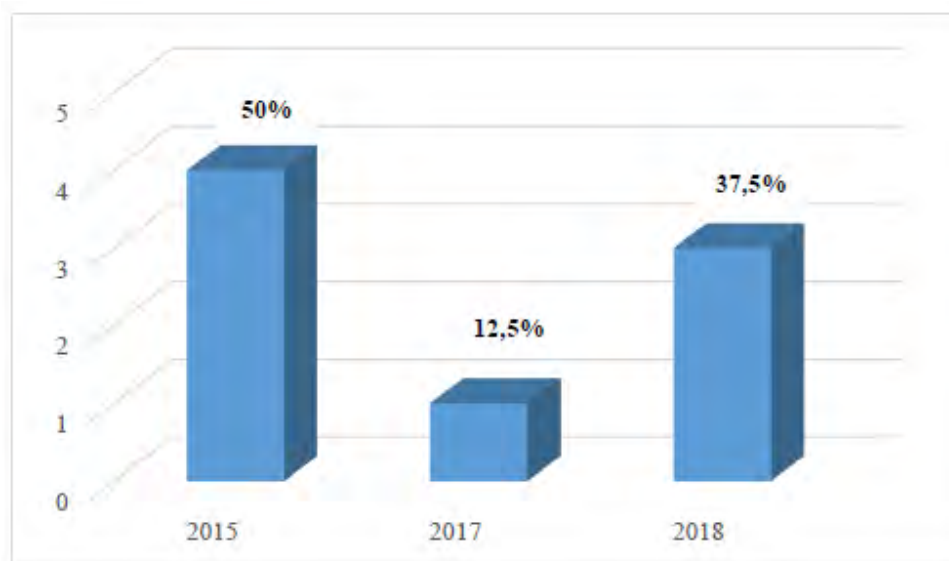
n	Autores	Título	Objetivos	Resultados
1	BIZERRIL, Davi Oliveira et al.	Papel do cirurgião-dentista nas visitas domiciliares: atenção em saúde bucal	Identificar ações e atividades desenvolvidas pelo cirurgião-dentista nas visitas domiciliares	É essencial que o cirurgião-dentista desenvolva juntamente com a equipe de saúde ações de educação em saúde durante as consultas e visitas domiciliares, promovendo juntamente com o público idoso educação em saúde, orientações sobre a higiene bucal e cuidados com a prótese dentária, identificação precoce
2	BONFÁ, Karla et al.	Percepção de cuidadores de idosos sobre saúde bucal na atenção domiciliar	Analisar a percepção de cuidadores de idosos sobre seu autocuidado e cuidado em saúde bucal do idoso	A atenção primária conta com a assistência direcionada a idosos acamados ou com dificuldades de locomoção, assim, o profissional dentista é responsável por atuar junto com os outros profissionais nas visitas domiciliares, a fim de promover acompanhamento, tratamento, avaliação da condição de saúde bucal e possíveis
3	DUTRA, Cássia Eneida de Souza Vieira; SANCHEZ, Heriberto Fiuza	Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da estratégia saúde da família.	Realizar uma revisão sobre atenção à saúde bucal do idoso, considerando a necessidade de organizar a atenção à saúde bucal para essa faixa etária no cotidiano da Estratégia Saúde da Família	Torna-se necessário um planejamento interdisciplinar capaz de responder aos desafios da atenção à saúde bucal. Deve-se direcionar ações para os problemas específicos da população da área de abrangência, trabalhando com planejamento, levantamento epidemiológico, ações de prevenção e promoção de saúde bucal.
4	LARA, João Victor Inglês de	Diretrizes de saúde bucal nas políticas de atenção primária em cinco países selecionados: uma revisão integrativa	Produzir uma análise comparativa sobre as diretrizes relativas ao componente saúde bucal das políticas de APS em cinco países com sistemas de saúde universal	Desempenhar a oferta de serviços de saúde bucal juntamente com os outros profissionais da atenção primária à saúde veicula uma assistência integral direcionada aos idosos, o que é um dos princípios do Sistema Único
5	MARTINS, Andréa Maria Eleutério de Barros Lima et al.	Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal em idosos assistidos na atenção primária à saúde	Identificar se o acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal é maior entre idosos residentes em domicílios cadastrados	A equipe deve atuar no serviços promovendo também ações educativas que influenciam na percepção que os idosos têm sobre sua saúde bucal. Tais ações subsidiam o autodiagnóstico e o autocuidado em busca da prevenção e busca de cura para doenças bucais iniciais.
6	MARTINS, Aline Blaya; DALBERTO, Charlene da Silveira; HUGO, Fernando Neves	Associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção de saúde bucal em idosos	Analisar a associação entre a presença de restos radiculares e a autopercepção de saúde bucal por idosos	As práticas de atenção à saúde bucal também devem envolver ações interdisciplinares, a fim de prestar um cuidado integral as necessidades do paciente idoso. Deve-se incluir nas orientações informações sobre os processos patológicos para identificação precoce e

n	Autores	Título	Objetivos	Resultados
7	SANTOS, Nathália Maria Lopes dos; HUGO, Fernando Neves	Formação em Saúde da Família e sua associação com processos de trabalho das Equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica	Investigar a associação entre a formação profissional dos cirurgiões-dentistas em Saúde da Família e o processo de trabalho	É importante que os profissionais que atuam na Atenção Básica organizem sua agenda para maior oferta de atividades educativas de saúde bucal, o que influencia na sensibilização dos idosos em relação aos cuidados com a cavidade oral.
8	SOUSA, Árlen Almeida Duarte, et al.	Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família	Estimar a ocorrência da qualidade de vida (QV) ruim entre idosos, além de verificar sua associação com incapacidade funcional, características pessoais, comportamentos de saúde e condições subjetivas	A equipe da ESF, composta por profissionais de diversas áreas, deve conhecer a realidade dos usuários cadastrados em seus territórios de atuação, mobilizando e envolvendo os idosos em grupos e propostas que os façam ser personagens atuantes nas suas condições de saúde. A saúde bucal está intimamente relacionada com o entendimento da qualidade de vida dos idosos, sendo necessário o desenvolvimento de ações objetivas e subjetivas direcionadas

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

No tocante ao quantitativo de artigos publicados por ano, percebe-se que o ano de maior prevalência foi o de 2015, o qual contou com 4 (50%) dos artigos selecionados. A partir do período escolhido para captação dos artigos sobre a temática, percebe-se a necessidade do desenvolvimento de novas pesquisas sobre o tema. Tais informações podem ser identificadas no gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1. Distribuição dos artigos a partir dos anos de publicação. n=8.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

DISCUSSÃO

Dessa forma, a partir da análise criteriosa dos artigos que compuseram a amostra, foi possível encontrar algumas ações de saúde bucal desenvolvidas pela equipe interprofissional e direcionadas aos usuários idosos, dentre elas, encontram-se: Educação em saúde durante visitas domiciliares; identificação precoce e tratamento de lesões; avaliação da saúde bucal;

ações de prevenção e promoção de saúde bucal; promover assistência integral; orientações sobre autocuidado.

Presa e Matos (2014) revelam que enquanto parte integrante do corpo, a cavidade bucal deve ser avaliada pelos profissionais durante as consultas, pois com o processo de envelhecimento ela também sofre alterações. A partir da avaliação e do trabalho desenvolvido juntamente com o profissional dentista, é possível identificar precocemente alterações que apresentam risco a saúde do idoso e efetivar o tratamento adequado.

No tocante as ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde bucal, a educação em saúde se configura em uma importante estratégia que deve ser trabalhada com os demais profissionais que atuam no serviço, pois através da mesma é possível orientar e construir informações que influenciem no cuidado bucal do idoso. Nesse sentido, Martins et al. (2015) revelam que a educação é um processo que ocorre entre as pessoas, onde um educador a partir de uma simples conversa pode sensibilizar o indivíduo para que ele se torne ativo no autocuidado da sua saúde.

Ferreira et al. (2014) expressa a importância da avaliação da saúde bucal, pois uma prejudicada saúde bucal dos idosos influencia na qualidade de vida dos mesmos, comprometendo a função mastigatória e de fonação, além de interferir na sua aperência e nas interações pessoais. Nesse contexto, os profissionais devem promover uma avaliação e assistência integral aos idosos atendidos nos serviços de saúde.

No estudo desenvolvido por Vaccarezza, Fuga e Ferreira (2010) que foi desenvolvido com um grupo de idosos, foi percebido que a maioria referiu ter uma condição bucal favorável, mesmo diante de condições clínicas não satisfatórias. Tal informação evidencia a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas e educativas pelos profissionais de saúde que atuam na APS.

Meira et al. (2018) expressam que o atendimento e acompanhamento odontológico é importante para promover a manutenção de uma boa saúde bucal, e vinculado aos cuidados médicos, deve estar direcionado para a prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida dos idosos, as ações preventivas incluem orientação sobre higiene bucal e das próteses, e identificação precoce de lesões.

CONCLUSÃO

Percebe-se que a equipe interprofissional desempenha papel fundamental na assistência prestada aos idosos atendidos na APS. A atuação do dentista nessa equipe é capaz de influenciar na qualidade de vida dos idosos, pois as condições bucais interferem diretamente na saúde dos mesmos.

A partir dos resultados encontrados na presente pesquisa, verifica-se que várias ações podem ser desenvolvidas na assistência direcionada a saúde bucal dos idosos, dentre estas, encontram-se: a educação em saúde durante visitas domiciliares e consultas; identificação precoce e tratamento de lesões; avaliação da saúde bucal; ações de prevenção e promoção de saúde bucal; promover assistência integral; orientações sobre autocuidado.

Enquanto fatores limitantes para a produção desse estudo, a escassez de artigos sobre a temática se apresentou de forma expressiva, fortalecendo a necessidade do despertamento de outros pesquisadores para o desenvolvimento de pesquisas sobre o tema.

Assim, nota-se a relevância da pesquisa para a área da saúde, pois a atuação conjunta dos diversos profissionais de saúde na assistência direcionada aos idosos promove uma assistência integral para esse público que tanto tem crescido nos últimos anos.

■ REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, L. U. A. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n8/3521-3532/pt>. Acesso em: 08 jun. 2019.
2. CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. 2ª ed., p. 1-167, Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2017.
3. COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38n103/733-743/pt>. Acesso em: 06 jun. 2019.
4. FERREIRA, R. C. et al. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 19, n. 8, p. 3417-3428, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n8/3417-3428/pt>. Acesso em: 07 jun. 2019.
5. MATTOS, G. C. M. et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n2/373-382/pt>. Acesso em: 06 jun. 2019.
6. MARTINS, B. P. et al. Percepção dos técnicos em saúde bucal sobre educação em saúde: uma análise qualitativa. **Arch Health Invest**, v. 4, n. 5, p. 28-35, 2015. Disponível em: <http://archhealthinvestigation.emnuvens.com.br/ArchHI/article/view/1275/1560>. Acesso em: 06 jun. 2019.
7. MEIRA, I. A. et al. Multidisciplinaridade no cuidado e atenção à saúde bucal do idoso. **Rev. Ciênc. Med.**, v. 27, n. 1, p. 39-45, 2018. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3949/2661>. Acesso em: 07 jun. 2019.
8. MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out./dez. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018. Acesso em: 03 jun. 2019.

9. PAIM, J. S.; FILHO, N. A. Reforma Sanitária Brasileiras em pesquisa e o SUS. In: _____. **Saúde Coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 13-27.
10. PRESA, S. L.; MATOS, J. C. de. Saúde bucal na terceira idade. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, n. 39, p. 137-148, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1153/775>. Acesso em: 05 jun. 2019.
11. PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. de. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2ª Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
12. SOARES, C. B. et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 2, p 335-45, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf. Acesso em: 03 jun. 2019.
13. VACCAREZZA, G. F.; FUGA, R. L.; FERREIRA, S. R. P. Saúde bucal e qualidade de vida dos idosos. **Revista de Odontologia da USP**, v. 22, n. 2, p. 134-7, mai./ago. 2019. Disponível em: <http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/407/302>. Acesso em: 07 jun. 2019.

“

Avaliação do estado nutricional e qualidade de vida de idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2

▮ Letícia Cristinne Costa da **Silva**
UNIFSA

▮ Luciane Marta Neiva de **Oliveira**
UNIFSA

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo analisar o estado nutricional e qualidade de vida de idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2. A população foi composta por 46 voluntários portadores de diabetes tipo 2, com faixa etária entre 60 e 85 anos, membros de uma Associação de Diabéticos localizada em Teresina (Piauí). Os idosos foram submetidos a um formulário sociodemográfico e, em seguida, foi realizada a avaliação do estado nutricional através de uma miniavaliação nutricional e dados antropométricos. Por fim, avaliou-se a qualidade de vida através do questionário Short Form-36. De acordo com as variáveis sociodemográficas, constatou-se que a maior parte dos participantes são do sexo feminino (69,6%), com idade entre 60 e 65 anos (54,3%), casados (63%), com ensino médio completo (54,3%) e renda de 1 (39,5%) e 2-3 salários mínimos (39,1%). Na avaliação do estado nutricional, de acordo com o índice de massa corporal, predominou o sobrepeso em 52,2%; Pela avaliação da dobra cutânea tricipital, constatou-se obesidade em 45,7% dos participantes; conforme a circunferência da cintura verificou-se risco muito elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares em 69,65% dos sujeitos pesquisados; constatou-se ainda que 88,43% dos idosos não apresentaram risco nutricional quando avaliados por meio da miniavaliação nutricional. Quanto à análise de qualidade de vida, as menores médias (escores) foram encontradas no domínio estado geral da saúde (59,67) e dor (65,63). Por conseguinte, os idosos portadores de diabetes tipo 2 avaliados possuem alterações no estado nutricional, entretanto apresentam boa qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Estado Nutricional, Qualidade de Vida, Idosos.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que ocasionam hiperglicemia em decorrência de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. O DM atualmente configura-se como uma epidemia mundial, devido aos altos índices epidemiológicos. O envelhecimento da população, obesidade, sedentarismo e a crescente urbanização são alguns fatores responsáveis no desenvolvimento da doença que é considerado um problema de saúde pública, devido a elevada prevalência e mortalidade, em decorrência das complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; PALMEIRA; PINTO, 2015).

Conforme Deus e Conceição (2012), entre os tipos de DM, destaca-se o tipo 2, que representa cerca de 90% dos casos. Segundo Souza e Araújo (2015), há aproximadamente 300 milhões de pessoas diabéticas tipo 2 no mundo e 20% destas possuem idade entre 65 e 76 anos. No Brasil, a prevalência é de 7,6% da população, entretanto, metade das pessoas acometidas pela doença desconhece o diagnóstico. Portanto, é relevante conhecer o portador desta patologia a fim de identificar intervenções eficazes de prevenção, promoção e controle da doença e dos seus agravos nos serviços de saúde.

Umbelino, Serrano e Cruz (2008) mencionam que a avaliação nutricional dos diabéticos é um importante instrumento para diagnóstico do estado nutricional e identificação dos fatores de riscos e complicações associadas ao DM, pois, colaboram para aplicação efetiva da dietoterapia, a fim de melhorar a saúde, a sobrevida, e qualidade de vida (QV) dos pacientes, além da prevenção e controle dos agravos decorrentes da doença.

De acordo com Coqueiro *et al.* (2009), a avaliação do estado nutricional pode ser realizada através de dados antropométricos (peso, estatura, perímetros e dobras cutâneas), parâmetros bioquímicos, exame físico, inquéritos alimentares e composição corporal. A antropometria é a mais utilizada por ser segura, de fácil execução e baixo custo.

Esta patologia, independentemente da etiologia, gênero, faixa etária, escolaridade, nível socioeconômico, pode causar impacto negativo que compromete a QV. Uma vez que, o diagnóstico ocasiona mudanças na rotina do indivíduo, devido à adesão ao uso de medicamentos (orais ou de invasivos) e novos hábitos alimentares, podendo elevar os níveis de estresse do portador, alterando seu estado psicológico, provocando alterações na QV, diferentes aspectos, como debilidade do estado físico, prejuízo da capacidade funcional, dor em membros inferiores, falta de vitalidade, dificuldades no relacionamento social, instabilidade emocional, entre outros (FARIA *et al.*, 2013; FENG; ASTELL-BUR, 2017; ZULIAN *et al.*, 2013).

A avaliação da QV deve ser realizada com questionários padronizados, pois estes possuem questões subjetivas em dados objetivos, que podem ser quantificados e analisados. Os resultados são importantes para verificar o impacto das intervenções em saúde

na QV dos pacientes (DIAZ *et al.*, 2016). De acordo com o exposto, a pesquisa teve como objetivo analisar o estado nutricional e qualidade de vida de idosos portadores de diabetes mellitus tipo 2.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de natureza quantitativa, elaborado a partir do Trabalho de Conclusão de Curso: Avaliação do estado nutricional e qualidade de vida de idosos portadores de diabetes tipo 2, apresentado a Coordenação de Nutrição do Centro Universitário Santo Agostinho – UNIFSA, publicado primeiramente no formato de artigo científico na Revista Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento, v.24, n.3, p.62-80, 2019. A pesquisa foi realizada em uma Associação de Diabéticos, localizada em Teresina – Piauí, no período de agosto a novembro de 2017, com os adscritos desta. Os critérios de inclusão propostos foram: idosos de ambos os gêneros com idade de 60 a 85 anos, portadores de diabetes tipo 2, com cadastrado na associação e os critérios de exclusão: portadores de diabetes mellitus tipo 1, cadastro desatualizado no sistema da associação, idosos que não frequentavam as reuniões e presença de déficit cognitivo. A Associação tinha 191 associados cadastrados, desta forma, após os critérios de inclusão e exclusão, 46 idosos foram selecionados para participar da pesquisa.

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução nº 466/2012. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovada sob o número de parecer: 2.095.171. O estudo foi iniciado somente após a aprovação. Os indivíduos foram convidados a participarem voluntariamente do estudo, orientados acerca do anonimato na pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Toda a coleta dos dados e os procedimentos foram realizados na Associação de Diabéticos no período vespertino com horários de início e término pré-definidos. Os participantes foram entrevistados pelas pesquisadoras, primeiramente responderam a um questionário sociodemográfico com questões fechadas em forma de entrevista contendo informações sobre as seguintes variáveis: idade, sexo, grau de instrução, estado civil, renda. Em seguida foi avaliado o estado nutricional utilizando-se o índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura, perímetro da panturrilha, perímetro do braço, dobra cutânea tricipital e perímetro muscular do braço e a Miniavaliação Nutricional (MAN).

Para calcular o IMC, foi realizado a aferição da altura e do peso do participante. Para a aferição da altura foi utilizado a fita métrica que esteja estável sob uma superfície lisa. O participante estava descalço e com a cabeça livre de adereços, de costas para superfície lisa. Em seguida se manteve na posição ortostática. Na aferição do peso, o participante

estava posicionado no centro da balança, descalço, ereto, com os pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo, ficando parado para a leitura do resultado. O IMC foi calculado pela divisão do peso, em quilos, pela estatura, em metros, elevada ao quadrado. O resultado é classificado com os valores de referência propostos por Lipschitz (1994) para idosos, sugerido pelo Ministério da Saúde: Baixo peso ($< 22 \text{ kg/m}^2$), Eutrofia (> 22 e $< 27 \text{ kg/m}^2$), Sobrepeso ($> 27 \text{ kg/m}^2$).

O perímetro da cintura (PC) foi avaliado utilizando uma fita métrica flexível, realizando a medida com o participante em pé, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, no momento expiração. Os pontos de corte adotados para classificação da PC foram: > 80 cm, para mulheres e > 94 cm, para homens, classificados como risco elevado para doenças cardiovasculares e considerado risco muito elevado PC > 88 cm para mulheres e > 102 cm para homens conforme a *National Institutes of Health (NIH)* (2011).

O perímetro da panturrilha (PP) foi aferido na maior proeminência da musculatura da panturrilha, o ponto de corte adotado para classificação de depleção muscular foram valores inferiores a 31 cm. O perímetro do braço (PB) foi medida com o braço do participante relaxado ao longo do corpo, com a aferição no ponto médio entre o processo acromial da escápula e olecrano da ulna. A medida foi avaliada pelo percentual da adequação: adequação do perímetro do braço (PB) = $[\text{PB obtida [cm]} / \text{percentil 50 da PB para a idade}] \times 100$. Após a adequação, classificou-se a PB através dos valores de referência de Blackburn & Thornton (1979): obesidade ($>120\%$), sobrepeso (>120 a 110%), eutrofia (110 a 90%), depleção discreta (90 a 80%), depleção moderada (80 a 60%) e depleção grave ($<60\%$).

A dobra cutânea tricípital (DCT) foi aferida na face posterior do braço direito, paralelamente ao eixo longitudinal, no ponto que compreende a distância média entre o acrômio e o processo do olecrano da ulna. Adequação da DCT = $[\text{DCT obtida [cm]} / \text{percentil 50 da DCT para a idade e gênero}] \times 100$. Após a adequação, classificou-se a DCT através dos valores de referência de Blackburn e Thornton (1979): obesidade ($>120\%$), sobrepeso (>120 a 110%), eutrofia (110 a 90%), desnutrição leve (90 a 80%), desnutrição moderada (80 a 60%) e desnutrição grave ($<60\%$).

O perímetro muscular do braço (PMB) foi obtido por meio da CB e da dobra cutânea tricípital (PCT) pela seguinte fórmula: $\text{PMB (cm)} = \text{PB (cm)} - [0,314 \times \text{DCT}]$. Adequação da PMB = $[\text{PMB obtida [cm]} / \text{percentil 50 da PMB para a idade}] \times 100$. Após a adequação, classificou-se a PMB através dos valores de referência de Blackburn e Thornton (1979): eutrofia (90%), desnutrição leve (80 a 90%), desnutrição moderada (70 a 80%) e depleção grave ($<70\%$).

A MAN (GUIGOZ, 2006) é um questionário composto por dezoito perguntas. A soma escores permite uma identificação do estado nutricional além de identificar riscos. O escore de 12 pontos ou mais considera o idoso como saudável, sendo desnecessária a aplicação de todo o questionário; para aqueles que atingem 11 pontos ou menos, deve ser considerada a

possibilidade de desnutrição e, portanto, o questionário deve ser continuado. Com escore total da MAN, foram utilizados os seguintes pontos de corte: para o estado nutricional adequado ≥ 24 ; risco de desnutrição entre 17 e 23,5; desnutrição < 17 . Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário SF-36 (*Short-Form Health Survey*, 1992) (CICONELLI, 1997). Este realiza a análise através de oito domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. É composto por onze perguntas objetivas cuja avaliação dos resultados será feita mediante a atribuição de escores para cada questão, os quais serão transformados numa escala de 0 a 100, onde zero correspondem a uma pior qualidade de vida e 100 a uma melhor qualidade de vida.

Os dados foram submetidos à análise descritiva (média, desvio padrão, erro padrão e intervalo de confiança) e tratados em forma de tabelas, utilizando-se a ferramenta Microsoft Excel (Office 2011) e analisados no programa estatístico SPSS 20.0 com nível de confiança de 95% e erro padrão de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O perfil sociodemográfico dos idosos com diabetes mellitus tipo 2 da presente pesquisa é caracterizado pela predominância do gênero feminino (69,6%), apresentando idade entre 60 a 65 anos (54,3%), com renda de um (39,1%) a dois/três (39,1%) salários mínimos. Entre os entrevistados, 63% afirmaram ser casados e 54,3% concluíram o Ensino Médio.

Na Tabela 1 estão descritos os resultados relacionados às variáveis sociodemográficas dos idosos portadores de diabetes tipo 2 pesquisados.

Tabela 1. Características da população estudada segundo as variáveis sociodemográficas (n = 46). Teresina, 2017.

Variável		Frequência	Perc. (%)	Erro padrão	Intervalo de confiança 95%
Sexo	Feminino	32	69,6	6,7	55,5-82,6
	Masculino	14	30,4	6,7	17,4-43,5
	Total	46	100,0	---	---
Idade (anos)	60-65	25	54,3	7,5	39,1-69,6
	66-70	11	23,9	6,2	13,0-37,0
	71-75	6	13,0	5,0	4,3-23,9
	76-80	2	4,3	3,1	0-10,9
	81-85	2	4,3	3,0	0-10,9
	Total	46	100,0	---	---
Estado civil	Solteiro	8	17,4	5,6	6,5-28,3
	Casado	29	63,0	6,9	50,0-76,1
	Viúvo	7	15,2	5,3	6,5-26,1
	Divorciado	2	4,3	3,0	0-10,9
	Total	46	100,0	---	---
Grau de instrução	Ensino fundamental completo	11	23,9	5,3	10,9-37,0
	Ensino médio completo	25	54,3	7,4	39,1-69,6
	Ensino superior completo	10	21,7	6,1	10,9-34,8
	Total	46	100,0	---	---
Renda individual	1 salário mínimo	18	39,1	7,0	23,9-52,2
	2-3 salários mínimos	18	39,1	7,1	26,1-54,3
	3-4 salários mínimos	3	6,5	3,6	0-15,2
	Mais de 4 salários mínimos	7	15,2	5,2	6,5-26,1
	Total	46	100,0	---	---

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Segundo Viegas-Pereira, Rodrigues e Machado (2008), a renda influencia fortemente no acesso a serviços de saúde, que, por sua vez, pode influenciar no nível de percepção, procura por atendimento e controle da doença. Conforme os resultados levantados nesta pesquisa, percebeu-se que a maioria dos idosos apresentam renda individual acima de dois salários mínimos, favorecendo um estilo de vida que permite aos idosos maior controle e tratamento do diabetes mellitus.

No estudo de Esteves *et al.* (2017), realizado em São João do Rio Preto (SP) com idosos diabéticos e hipertensos, a maior frequência foi do sexo feminino (58,06%), com faixa etária entre 60 a 65 anos (53,23%), casados (56,45%) e renda de 1 salário mínimo (66,13%), corroborando com a presente pesquisa. Entretanto, a maioria dos participantes concluíram apenas o Ensino Fundamental (87,10%), antagonizando com os resultados deste estudo.

Conforme Oliveira *et al.* (2017), a escolaridade é um aspecto importante relacionado à qualidade de vida, pois a baixa escolaridade implica no acesso à educação em saúde, conseqüentemente, a adoção de hábitos saudáveis, além de prejudicar o entendimento das orientações realizadas por profissionais de saúde. De acordo com Pereira, Spyrides e Andrade (2016), as condições socioeconômicas interferem na qualidade de vida na velhice, uma vez que idosos com maior renda e maior nível de escolaridade possuem mais acesso aos alimentos, realizando melhores escolhas dietéticas, evitando, assim, distúrbios nutricionais.

O perfil da população estudada foi semelhante ao estudo de Santos *et al.* (2017), realizado em Porteiras (CE). Dos 30 idosos diabéticos avaliados, 76,7% eram mulheres, fato associado à maior procura das mulheres por serviços de saúde. Na pesquisa realizada por Tavares e Rodrigues (2008), encontraram-se dados equivalentes: dos 153 indivíduos da terceira idade avaliados, 73,5% eram do sexo feminino. Observou-se, no presente estudo e na literatura, prevalência do gênero feminino. Este dado é associado à maior procura por serviços de saúde e diagnóstico precoce da patologia e maior preocupação destas com a prevenção das complicações e hábitos saudáveis do que o sexo masculino.

De acordo com Andrade *et al.* (2014), a predominância de mulheres em relação aos homens pode estar relacionada à maior expectativa de vida por parte da população feminina e também à resistência masculina em participação de grupos que promovam a saúde. A motivação feminina em participar das atividades de lazer é diferente da masculina, pois as mulheres, mais que os homens, buscam entrar em contato com novas pessoas e ampliar o círculo de amizades. Além disso, as mulheres têm maior atenção com a saúde e com o autocuidado.

Em relação à avaliação do estado nutricional, sob os distintos métodos: índice de massa corporal (IMC), perímetro da cintura (PC), perímetro da panturrilha (PP), perímetro do braço (PB), perímetro muscular do braço (PMB), dobra cutânea tricipital (DCT) e miniavaliação nutricional (MAN), descritos na Tabela 2, observamos, frequência de sobrepeso (52,2%) nos idosos estudados, segundo o IMC, o sexo feminino apresentou 59,4% e o sexo masculino 35,8%. Risco muito elevado (69,6%) para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (87,5% no sexo feminino e 28,6% no sexo masculino), conforme a PC. Em relação à PP, 93,5% dos idosos não apresentam depleção muscular (no sexo masculino 100% e no sexo feminino 90,6%). Quanto à CB, verificou-se que 63% dos idosos apresentaram eutrofia (59,4% no sexo feminino e 71,5% no sexo masculino), o que foi semelhante à PMB, que teve frequência de eutrofia de 69,6% (78,1% no sexo feminino e 50% no sexo masculino). A DCT apresentou frequência de obesidade de 45,7% (85,8% no sexo masculino e 28,1% no sexo feminino). Ao avaliar o estado nutricional através da MAN, nota-se que 89,1% dos idosos não apresentam risco nutricional (87,5% no sexo feminino e 92,9% no sexo masculino).

Tabela 2. Distribuição da população estudada segundo características do estado nutricional. Teresina, 2017.

Variável	População total			Sexo feminino			Sexo masculino			
	Média ± DP*	n	%	Média ± DP*	n	%	Média ± DP*	n	%	
Índice de Massa Corporal (IMC) (cm)	Baixo peso	2	4,3		1	3,1		1	7,1	
	Eutrofia		20	43,5		12	37,5		8	57,1
	Sobrepeso	27,4±4,06	24	52,2	27,9±4,6	19	59,4	26,3±2,3	5	35,8
	Total		46	100		32	100		14	100
Perímetro da cintura (PC) (cm)	Sem risco		3	6,5		1	3,1		2	14,3

Variável	População total			Sexo feminino			Sexo masculino			
	Média ± DP*	n	%	Média ± DP*	n	%	Média ± DP*	n	%	
	Risco elevado		11	23,9	3	9,4		8	57,1	
	Risco muito elevado	96,7±9,02	32	69,6	96±10	28	87,5	99±7	4	28,6
	Total		46	100		32	100		14	100
Perímetro da panturrilha (PP) (cm)	Depleção muscular		3	6,5		3	9,4		0	0
	Eutrofia	34,7±2,94	43	93,5	34±3	29	90,6	35±3	14	100
	Total		46	100		32	100		14	100
Perímetro do braço (PB) (cm)	Depleção moderada		2	4,3		1	3,1	1	7,1	
	Depleção discreta		5	10,9		3	9,4	2	14,3	
	Eutrofia	98,7±13,68	29	63	103±14	19	59,4	99±11	10	71,5
	Sobrepeso		6	13		6	18,7		0	0
	Obesidade		4	8,7		3	9,4		1	7,1
	Total		46	100		32	100		14	100
Dobra cutânea tricipital (DCT) (%)	Depleção grave		4	8,7		3	9,4		1	7,1
	Depleção moderada		2	4,3		2	6,2		0	0
	Depleção discreta		3	6,5		3	9,4		0	0
	Eutrofia	134,4±77,04	11	23,9	107±29	10	31,2	198±111	1	7,1
	Sobrepeso		5	10,9		5	15,7		0	0
	Obesidade		21	45,7		9	28,1		12	85,8
Total		46	100		32	100		14	100	
Perímetro muscular do braço (PMB) (%)	Depleção moderada		3	6,5		1	3,1		2	14,3
	Depleção leve	134,4±15,39	11	23,9	102±16	6	18,8	91±9	5	35,7
	Eutrofia		32	69,6		25	78,1		7	50
Miniavaliação nutricional (MAN)	Total		46	100		32	100		14	100
	Sem risco nutricional	26,7±2,53	41	89,1	26±3	28	87,5	28±2	13	92,9
	Total		46	100		32	100		14	100

* Desvio padrão

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

A significativa taxa de sobrepeso encontrada merece atenção especial, uma vez que aumenta as chances de complicações decorrentes do diabetes mellitus. Assim, são importantes as ações de educação nutricional, bem como o incentivo à prática de educação física como forma de prevenção e diminuição do sobrepeso e obesidade. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), uma redução de 5 a 10% do peso corporal no início do tratamento pode

melhorar substancialmente a sensibilidade à insulina, característica da patologia, além do controle glicêmico, hipertensão, triglicerídeos e colesterol dos portadores DM2.

No estudo de Pereira *et al.* (2015), os idosos apresentaram prevalência de sobrepeso (60%), segundo o IMC, resultado idêntico ao da pesquisa de Garcia, Fischer e Poll (2016), que indica que, na população estudada, 60% dos idosos diabéticos estavam com sobrepeso, corroborando com o presente estudo.

A PC avalia o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCVS) e patologias associadas à obesidade. Na pesquisa de Freitas *et al.* (2017), a maioria dos idosos apresentou risco muito elevado (69,9%), resultados semelhantes aos do presente estudo. Na pesquisa realizada por Christmann *et al.* (2013), constatou-se que 82,9% das idosas apresentaram risco muito elevado para DCVS e os idosos 17,1%. Cabe destacar ainda que, na pesquisa de Magalhães, Ibiapina e Carvalho (2014) com idosos residentes em Teresina (PI), o sexo feminino apresentou risco muito elevado (42,56%) e o sexo masculino 5,4%, dados semelhantes ao presente estudo.

Segundo Pereira, Spyrides e Andrade (2016), o envelhecimento é acompanhado por diversas alterações fisiológicas, dentre as quais estão as mudanças na composição corporal que são decorrentes do aumento de massa gorda e diminuição da massa magra. Entretanto, nesse processo, não ocorre só o aumento da deposição de gordura, mas também a redistribuição desta. Além disso, os idosos da presente pesquisa são portadores de diabetes mellitus tipo 2, de acordo com a literatura em decorrência da resistência à insulina, um dos sintomas é o ganho de peso, pois, a hiperinsulinemia não tratada impulsiona o ganho de tecido adiposo.

No estudo de Moreira *et al.* (2013), realizado em Ceilândia (DF), 90% dos idosos diabéticos estudados apresentaram valores adequados no PP, conforme a classificação, corroborando com a presente pesquisa, assim como, no trabalho realizado por Medeiros *et al.* (2017), em Recife (PE), a PP apresentou média acima de 31 cm para ambos os sexos, ou seja, não demonstraram depleção muscular.

A PB e a PMB apresentaram frequência de eutrofia. Na pesquisa de Santos e Saroh (2009), os valores de eutrofia (37,50%) da PB foram menores

e o sobrepeso (34,38%) foi prevalente. Na avaliação da PMB, os indivíduos estudados apresentaram depleção muscular de 71,43%, resultados divergentes aos do presente estudo.

A PCT apresentou frequência de obesidade nos idosos avaliados, este resultado deve-se ao elevado percentual de tecido adiposo encontrado nesta região, fato preocupante devido às complicações decorrentes desta patologia. A pesquisa de Silva *et al.* (2015), realizada com idosos atendidos em um ambulatório de Niterói (RJ), indicou que ambos os sexos estavam eutróficos, de acordo com a DCT. No estudo de Menezes, Souza e Mauricce (2008), realizado com idosos não diabéticos em Fortaleza (CE), os valores da DCT mostraram que 54,4% destes foram considerados eutróficos, diferentemente dos resultados da

presente pesquisa. A literatura estudada informa que diabéticos apresentam maiores taxas de sobrepeso e obesidade quando comparados a indivíduos saudáveis.

De acordo com Santos *et al.* (2013), a obesidade é responsável por processos fisiopatológicos no indivíduo, como resistência à insulina, alterações hormonais, inflamação crônica, entre outros, causando complicações que comprometem a QV do portador e até mesmo a morte prematura. O excesso de peso em idosos contribui para o desenvolvimento de patologias, como a obesidade sarcopênica, na qual há diminuição da massa muscular, reduzindo o número e tamanho das fibras musculares, assim como a síntese de proteína e função mitocondrial. Conforme Pelegrini *et al.* (2011), a obesidade aumenta a mortalidade por outras patologias, tais como: doenças cardiovasculares, dislipidemias, doenças ósteo-articulares, doenças hepáticas e biliares, diabetes mellitus e certos tipos de cânceres.

Ao avaliar o estado nutricional através da MAN, os idosos não apresentam risco nutricional. Na pesquisa de Santos *et al.* (2017), 90% dos idosos diabéticos não apresentaram risco nutricional. Da mesma forma, o estudo de Cavalcante, Coutinho e Burgos (2017), realizado em Recife (PE), indica que os idosos diabéticos avaliados não apresentaram risco nutricional (91,6%), resultados equivalentes aos da presente pesquisa.

Na Tabela 3 estão descritos os escores (médias) dos domínios que compõem o questionário SF-36 utilizado para avaliar a qualidade de vida.

Tabela 3. Resultados do questionário de qualidade de vida SF-36. Teresina, 2017.

Domínio	População total		Sexo feminino		Sexo masculino	
	n	Média ± DP*	n	Média ± DP*	n	Média ± DP*
Capacidade funcional	46	76,10±27,7	32	73,53±27,53	14	84,28±27,45
Limitação por aspectos físicos	46	72,28±40,5	32	68,96±42,75	14	82,14±37,25
Dor	46	65,63±24,3	32	58,31±24,07	14	82,36±15,19
Estado geral da saúde	46	59,67±20,7	32	57,97±21,94	14	66,86±20,62
Vitalidade	46	75,32±18,2	32	75,68±17,08	14	77,78±21,36
Aspectos sociais	46	88,43±19,1	32	86,06±21,39	14	94,86±12,61
Aspectos emocionais	46	84,76±31,2	32	84,34±31,72	14	85,71±31,28
Saúde mental	46	81,28±16,6	32	79,09±16,11	14	86,28±17,24
Total do SF-36	46	75,43±8,97	32	72,99±10,01	14	82,53±7,48

* Desvio padrão.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os resultados da Tabela 3 revelam que o domínio aspectos sociais (88,43) apresentou a maior média, seguido pelo domínio aspectos emocionais (84,76). As menores médias foram do domínio estado geral da saúde (59,67) e dor (65,63) na população em geral. Os resultados indicam que os idosos pesquisados possuem qualidade de vida, uma vez que apresentaram em seis domínios (capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, vitalidade, aspectos

sociais, aspectos emocionais e saúde mental) médias próximas a 100 (zero corresponde a uma pior qualidade de vida e 100 a uma melhor qualidade de vida) e média total dos domínios de 75,43 na população total, 72,99 no sexo feminino e 82,53 no sexo masculino, indicando boa qualidade de vida, conforme o questionário SF-36. No estudo de Neves *et al.* (2018), realizado em Diamantino (RS), com idosos diabéticos, as menores médias foram nos domínios estado geral da saúde (61,6) e dor (52,7), corroborando com a presente pesquisa. Entretanto, a média do SF-36 foi menor, 66,4. Na pesquisa de Sousa *et al.* (2016), com idosos diabéticos em Cajazeiras (PB), a análise de domínios do SF-36 apresentou menores médias nos domínios dor (26,76), estado geral da saúde (40,81), aspectos sociais (42,46) e maior média no domínio saúde mental (74,76), pontuações menores ao presente estudo.

Segundo Benfica e Rabelo (2011), envelhecimento é um período de alta incidência de patologias, na maioria das vezes, estas são acompanhadas de dor que podem interferir na QV do idoso. A dor altera a rotina do idoso e limita algumas de suas decisões, além de afetar o psicológico deste, influenciando no seu estado geral de saúde, pois reflete na percepção e expectativas do indivíduo em relação à sua saúde e como este se sente no seu dia a dia.

De acordo com Celich e Galon (2009), as dores dos idosos são atribuídas à idade e consideradas próprias ao processo de envelhecimento. Estas devem ser investigadas e avaliadas por profissionais de saúde para o tratamento específico, como forma de melhorar a QV, uma vez que influenciam negativamente na rotina dos idosos.

No estudo de Souza *et al.* (2016), realizado com 50 idosos diabéticos do interior da Bahia, a pior pontuação encontrada foi no domínio psicológico (51,30%) e a melhor pontuação no domínio relações sociais (79,92). Diferentemente, a pesquisa de Freitas *et al.* (2017) com idosos não diabéticos, indica maior média no domínio psicológico (83,33), seguido pelo domínio social (75,42). Os idosos que possuem uma vida socialmente ativa, que vivem integrados na comunidade, possuem melhor QV, uma vez que possuem suporte emocional e sensação de segurança que são decorrentes de um senso de pertencimento e integração.

Segundo Souza *et al.* (2016), o domínio de relações sociais envolve as relações pessoais, o suporte social. Estes contribuem na QV dos idosos, pois as pessoas que possuem bons relacionamentos nos meios sociais e não se isolam, apresentam maior satisfação pessoal, o que, sem dúvida, minimiza a ocorrência de possíveis sentimentos de tristeza. Conforme Pereira, Alvarez e Traebert (2011), o domínio psicológico aborda questões relacionadas aos sentimentos, espiritualidade, religião e autoestima do indivíduo. Além da saúde mental, como alterações comportamentais, distúrbios de ansiedade e depressão, entre outros problemas emocionais.

Na pesquisa de Santos *et al.* (2013), realizada com 104 idosos diabéticos residentes da zona urbana de Uberaba, o menor escore de QV relacionou-se ao domínio físico (54,16) e o

maior escore às relações sociais (67,56), resultado semelhante ao da presente pesquisa. Isso indica que os idosos possuem bons relacionamentos com a comunidade e satisfação social.

Conforme Girardi *et al.* (2015), o aspecto físico avalia a limitação da saúde devido a problemas físicos, redução de atividades e dificuldade de realizar tarefas, e o domínio relações sociais, analisa o relacionamento do indivíduo com a família, amigos, grupos e sua integração na sociedade.

Conforme os resultados do questionário SF-36, nota-se que a QV deste público é influenciada por dois domínios, dor e estado geral da saúde, pois o envelhecimento é caracterizado por alterações fisiológicas no organismo e surgimento de doenças, e estas podem ocasionar dor e o DM modifica os hábitos de vida dos portadores, alterando o estado geral de saúde destes. Entretanto, a média total do SF-36 indica QV nestes idosos, pois esta engloba uma série de fatores como: bem-estar, estado emocional, estilo de vida, aspectos físicos, satisfação pessoal, além da dor e percepção da saúde. Os idosos avaliados são participantes de uma associação para diabéticos, permitindo a estes uma integração social com outros diabéticos e conhecimentos sobre o controle e prevenção das complicações decorrentes do DM, favorecendo processo de envelhecimento saudável e melhoria da QV.

CONCLUSÃO

Através desta pesquisa foi possível verificar que os idosos com diabetes tipo 2 possuem elevado percentual de sobrepeso e obesidade, conforme o índice de massa corporal e adequação da dobra cutânea tricipital, entretanto, apresentam boa qualidade de vida, apesar de verificadas inadequações no estado nutricional, uma vez que apresentaram nos domínios capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e média total próximos a cem. Constata-se, assim, a importância de implementações de ações de educação nutricional dentro das políticas públicas de promoção da saúde, como forma de assegurar qualidade de vida. No entanto, destaca-se a necessidade de novos estudos com maiores populações a fim de ampliar o conjunto de evidências sobre o estado nutricional e qualidade de vida desta população.

■ REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, Ankilma do Nascimento *et al.* Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras (PB). *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403838834005>. Acesso em: 19 nov. 2017.

2. BENFICA, Marema Pereira; RABELO, Dóris Firmino. O idoso com diabetes mellitus: fatores psicológicos, comportamentais e sociais. *Perquirere: Revista do Centro Universitário de Patos de Minas, MG*, v. 1, n. 8, ago. 2011. Disponível em: <https://revistas.unipam.edu.br/index.php/perquirere/issue/view/95>. Acesso em: 19 nov. 2017.
3. BLACKBURN, George; THORNTON, Paul. Nutritional assessment of the hospitalized patients. *Medical Clinics North America*, New York, v. 63, p. 1103-1115, 1979.
4. CAVALCANTE, Lilian Souza; COUTINHO, Paloma Travassos de Queiróz; BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araújo. Aplicabilidade da MAN: Mini Avaliação Nutricional em idosos diabéticos. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalar*, Madrid, v. 37, n. 1, p. 67-74, 2017. Disponível em: <http://revista.nutricion.org/PDF/liliansouza.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2018.
5. CELICH, Kátia Lilian Sedrez; GALON, Cátia. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v12n3/1981-2256-rbagg-12-03-00345.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.
6. CHRISTMANN, Aline Cristina *et al.* Perfil de Risco de Doenças Cardiovasculares e Estado Nutricional de Idosos Ativos de Guarapuava, Paraná. *UNOPAR Científica: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 15, p. 349-356, 2013. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/570/538>. Acesso em: 15 mar. 2018.
7. CICONELLI, Rozana Mesquita. *Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/15360>. Acesso em: 20 ago. 2017.
8. COQUEIRO, Raildo da Silva *et al.* Medidas auto-referidas são válidas para avaliação do estado nutricional. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 113-119, 2009. Disponível em: <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/274/254>. Acesso em: 2 jul. 2019.
9. DEUS, Karine Junqueira; CONCEIÇÃO, Raquel Santos. Diabetes mellitus tipo 2: a relação genética-nutrientes. *Nutrire: Revista Brasileira da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição*, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 199-214, ago. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1519-8928/2012/v37n2/a3251.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2018.
10. DIAZ, Naiana *et al.* O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. *Revista Médica da UFPR*, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 5-12, 2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/46380/pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.
11. ESTEVES, Marlene *et al.* Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP*, Ribeirão Preto, SP, v. 50, n. 1, p. 18-28, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/599/856>. Acesso em: 15 mar. 2018.
12. FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes *et al.* Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 348-354, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200011. Acesso em: 19 mar. 2017.

13. FENG, Xiaoqi; ASTELL-BURT, Thomas. Impact of a type 2 diabetes diagnosis on mental health, quality of life, and social contacts: a longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Research and Care*, Londres, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28243446>. Acesso em: 17 mar. 2018.
14. FREITAS, Ana Paula *et al.* Relação da qualidade de vida com o estado nutricional de idosos. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, Ponta Grossa, v. 9, n. 1, p. 30-44, jan./ mar. 2017. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/viewFile/5236/3583>. Acesso em: 19 nov. 2017.
15. GARCIA, Carina; FISCHER, Maiara de Queiroz; POLL, Fabiana Assmann. Estado nutricional e as comorbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2 no idoso. *Revista Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 205-216, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/59049>. Acesso em: 19 nov. 2017.
16. GIRARDI, Camila Ely *et al.* Qualidade de vida de pessoas em grupos de convivência com diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Enfermagem UFPE*, Recife, v. 9, n. 4, p. 7239-7246, abr. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6615>. Acesso em: 19 nov. 2017.
17. GUIGOZ, Yves. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature: what does it tell us? *J. Nutr. Health Aging*, New York, v. 10, p. 466-487, 2006.
18. LIPSCHITZ, David. Screening for nutritional status in the elderly. *PrimareCare*, Philadelphia, Saunders, v. 21 n. 1, p. 55-57, 1994.
19. MAGALHÃES, Beatriz de Sousa; IBIAPINA, Daniela Fortes; CARVALHO, Danyella Rodrigues. Avaliação nutricional e prevalência de diabetes e hipertensão em idosos. *Revista Interdisciplinar*, Teresina, v. 7, n. 4, p. 131-138, 2014. Disponível em: <https://revistainterdis-ciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/476>. Acesso em: 9 maio 2018.
20. MEDEIROS, Gabriela Magalhães *et al.* Efeitos do acompanhamento nutricional sobre os parâmetros antropométricos em idosos diabéticos a nível ambulatorial. *Revista Nutrición clínica y Dietética Hospitalar*, Madrid, v. 37, n. 3, p. 29-34, 2017. Disponível em: <http://revista.nutricion.org/PDF/GMedeiros.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.
21. MENEZES, Tarciana Nobre; SOUZA, José Maria Pacheco; MARUCCI, Maria de Fátima Nunes. Avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em Fortaleza/CE: o uso de diferentes indicadores antropométricos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 10, n. 4, p. 315-322, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/14197>. Acesso em: 20 nov. 2017.
22. MOREIRA, Sthefânia Shabryny Cavalcante Regis. *Avaliação do estado nutricional de idosos portadores de diabetes tipo 2 acompanhados no Centro de Saúde*. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, Ceilândia, 2013. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/6985/1/2013_SthefanyaShabrynyCavalcanteRegisMoreira.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.
23. NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH (NIH). *The practical guide identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults*. Bethesda, MD: National Institutes of Health, 2000. Publication n. 00-4084.

24. NEVES, Tiago *et al.* Qualidade de vida de idosos diabéticos tipo 2 e não diabéticos. *Revista brasileira de qualidade de vida*, Ponta Grossa, v. 10, n. 3, jul./set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v21n2/pt_1809-9823-rbqg-21-02-00176.pdf. Acesso em: 2 jul. 2019.
25. OLIVEIRA, Beatriz Campos *et al.* Avaliação da qualidade de vida em idosos da comunidade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-10, jul./ set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5879>. Acesso em: 15 mar. 2018.
26. PALMEIRA, Catia Suely; PINTO, Sayonara Rocha. Perfil epidemiológico de pacientes com diabetes mellitus em Salvador, Bahia, Brasil (2002-2012). *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v. 29, n. 3, p. 240-249, jul./set. 2015. Disponível em: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13158/pdf_7. Acesso em: 21 mar. 2018.
27. PELEGRINI, Andreia *et al.* Diabetes mellitus auto-referido e sua associação com excesso de peso em idosos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, Florianópolis, v. 13, n. 6, p. 442-447, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n6/a06v13n6.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.
28. PEREIRA, Ingrid Freitas da Silva; SPYRIDES, Maria Helena Constantino; ANDRADE, Lára de Melo Barbosa. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, maio 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000500709&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 20 nov. 2017.
29. PEREIRA, Keila Cristina Rausch; ALVAREZ, Angela Maria; TRAEBERT, Jefferson Luiz. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-95, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v14n1/a10v14n1.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2018.
30. PEREIRA, Laianny Krízia Maia *et al.* Estado nutricional de idosos, portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos em uma unidade básica de saúde, Água Branca/PB. *Anais CIEH*, Campina Grande, v. 2, n. 1, p. 1-10, 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD2_SA7_ID2103_28072015120242.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.
31. SANTOS, Érica Aparecida *et al.* Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 393-400, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/17.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.
32. SANTOS, Leila Martins *et al.* Avaliação do hábito alimentar e estado nutricional de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos na atenção básica de saúde do município de Porteiras/ CE. *Revista E-ciência*, Juazeiro do Norte, v. 5, n. 1, p. 69-77, 2017. Disponível em: <http://www.revistafjn.com.br/revista/index.php/eciencia/article/view/271>. Acesso em: 19 nov. 2017.
33. SANTOS, Xênia Pimenta da Silva; SARON, Margareth Lopes Galvão. Perfil nutricional de idosos, portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos pelo programa saúde da família. ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 13.; ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO, 9., 2009, São José dos Campos. *Anais: Perfil nutricional de idosos, portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos pelo programa saúde da família*. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2009. p. 1-6. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0275_0469_01.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.

34. SILVA, Ana Luiza Sant'Anna da Costa *et al.* Avaliação antropométrica de idosos atendidos no Ambulatório de Nutrição do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso da Universidade Federal Fluminense, no município de Niterói/RJ. *Revista Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, v. 10, n. 2. p. 361-374, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/15949>. Acesso em: 9 maio 2018.
35. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.
36. SOUSA, Eliane Leite *et al.* Qualidade de vida e fatores associados à saúde de idosos diabéticos. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a02.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2019.
37. SOUZA, Danilo Pereira *et al.* Qualidade de Vida em Idosos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes. *Rev. Id on Line: Revista Multiprofissional e de Psicologia*, Jaboatão dos Guararapes, PE, v. 10, n. 31, out./nov. 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/599/856>. Acesso em: 15 mar. 2018.
38. SOUZA, Márcia Ferreira Candido; ARAÚJO, Viviane Ferreira. Adequação do consumo e evolução antropométrica após educação nutricional de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Demetra: alimentação, nutrição e saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 159-172, 2015. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/13376/12222>. Acesso em: 18 mar. 2018.
39. TAVARES, Darlene Mara dos Santos; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Indicadores sociodemográficos e de saúde de idosos portadores e não portadores de diabetes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 906-914, 2008. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a03.pdf. Acesso em: 19 nov. 2017.
40. UMBELINO, Adriana Ferreira; SERRANO, Hiara Miguel Stanciola; CRUZ, Nilcemar Rodrigues. Avaliação nutricional e clínica em pacientes diabéticos hospitalizados. *Nutrir Gerais: Revista Digital de Nutrição*, Ipatinga, v. 2, n. 2. fev./jul. 2008. Disponível em: https://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/avaliacao_nutricional.pdf. Acesso em: 15 mar. 2018.
41. VIEGAS-PEREIRA, Ana Paula Franco; RODRIGUES, Roberto Nascimento; MACHADO, Carla Jorge. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. *Revista brasileira de Estudos de Populações*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 365-376, jul./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a11.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2017.
42. ZULIAN, Luana Rosas *et al.* Qualidade de vida de pacientes com diabetes utilizando o instrumento Diabetes 39 (D-39). *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 3, n. 34, p. 138-146, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300018. Acesso em: 1 abr. 2018.

“

Avaliação do grau de dependência à nicotina em idosos

▮ Adélia Maria do Carmo **Rodrigues**
UEPB

▮ Brenda Maria Silva **Bezerra**
UEPB

▮ Maria Eduarda Lima **Oliveira**
UEPB

▮ Clésia Oliveira **Pachú**
UEPB

RESUMO

A abordagem ao tabagismo em idosos se empenha no entendimento das especificidades de cada paciente no tratamento tabagista considerando o maior grau de dependência à nicotina nessa faixa etária. Nesta fase da vida refletindo diretamente no aumento do número de problemas de saúde e maior dificuldade em abandonar o cigarro. Objetivou-se avaliar o grau de dependência à nicotina em idosos. A presente pesquisa quantitativa descritiva foi realizada com pacientes tabagistas com idade igual ou maior que 60 anos que buscaram o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba para tratamento do tabagismo, no período de setembro a novembro de 2018. Foi realizada entrevista social e, a média de idade dos entrevistados equivale a 66,09 anos, também foi aplicado o Teste de Fargeström este classifica o grau de dependência à nicotina em muito baixo, baixo, médio, elevado ou muito elevado. Dos pesquisados, 23,8% apresentaram o grau de dependência à nicotina elevado. A partir dos resultados, foi possível tratar estratégias para o tratamento de supressão do cigarro. Desse modo, a realização do Teste de Fargeström individualiza o tratamento em conformidade com as necessidades do paciente, aumentando a probabilidade do êxito conduzindo, com a cessação do fumo, a uma melhor qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Idosos, Tabagismo, Nicotina.

INTRODUÇÃO

A década de 70 marca o início de um processo de transição demográfica no Brasil cominando com o rápido envelhecimento populacional. Este característico do aumento da expectativa de vida e longevidade dos indivíduos, associado a queda nas taxas de natalidade e mortalidade. O percentual de indivíduos idosos, maiores de 65 anos, em 1960 era de 2,7%, e passou para 5,4% nos anos 2000, estimando-se que esse valor deverá atingir 19% em 2050, quando a população idosa será maior que a população jovem (MENDES, 2010).

Apesar de ser um processo biológico e universal em que as reservas e funções do organismo entram em queda, o envelhecimento, dependente de fatores genéticos e ambientais, varia para cada indivíduo, podendo ser acelerado por diversos fatores externos, como o tabagismo. Além de promover a liberação de radicais livres, o ato de fumar, pode acarretar diversos agravos à saúde do fumante, entre eles as neoplasias, especialmente no pulmão e trato respiratório superior, doenças pulmonares e cardiovasculares, contribuindo para perda da qualidade de vida. O tabagismo é a principal causa de morte que pode ser evitada no mundo e, poderá se tornar, em 2020, a maior causa de morte e invalidez no Brasil, acarretando mais de 10 milhões de mortes por ano (GOULART, 2010).

O tabagismo é o fator principal para 7 das 14 causas de mortalidade principais em idosos, estando envolvido em diversas patologias, devido a liberação de aproximadamente 4.700 substâncias tóxicas, dentre as quais 60 são cancerígenas (ZAITUNE et al., 2012). O destaque deve ser dado aos danos causados pelo tabagismo no pulmão, pois as neoplasias nesse órgão seriam raras caso o hábito de fumar não fosse tão disseminado pela população, esse ato responsável por irritar as vias aéreas. Nos idosos desencadeia, principalmente, quadros de pneumonia, enfisema pulmonar e bronquite crônica. Ademais, o tabagismo, associado às perdas funcionais características do envelhecimento, também atua como fator de risco para quadros de aterosclerose e disfunções endoteliais, principalmente em idosos com tendência a desenvolver hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, nos quais os efeitos do cigarro são mais agressivos (GOULART et al., 2010).

O maior agravo relacionado ao tabagismo em idosos, normalmente, nesses indivíduos, o tempo desde a iniciação ao fumo é maior, conduzindo a um maior grau de dependência à nicotina, maior número de problemas de saúde relacionados ao uso de cigarro, número de cigarros fumados maior e, dificuldade para largar o cigarro também se encontra mais elevada, diferente dos fumantes adultos ou jovens, na maioria dos casos (GOULART et al., 2010).

Nesse sentido, a classificação do tabagismo, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), está incluída no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. A dependência química ocorre com a perda do controle do uso da droga, devido à necessidade psicológica e física da mesma

(PIETROBON et al., 2007). A substância liberada pelo cigarro e causadora da dependência é a nicotina. A nicotina se apresenta como substância volátil, capaz de estimular, perturbar ou deprimir o sistema nervoso central e, conseqüentemente, todo o organismo, difundindo-se rapidamente pelos pulmões e chega ao cérebro em cerca de dez segundos, onde atinge o sistema mesolímbico dopaminérgico (MARQUES et al., 2001). Assim, a nicotina promove a liberação de dopamina, responsável pela sensação de relaxamento e calma relatada pelos fumantes, também responsável pela diminuição da ansiedade e reatividade a estímulos que causam irritação.

O nível de dependência à nicotina está intimamente ligado à quantidade de cigarros fumados por dia, à dificuldade do fumante em não tragar durante certo tempo ou em lugares proibidos e, influencia diretamente os sintomas da abstinência, que aparecem mais fortemente em pacientes com maior grau de dependência à nicotina e ao cigarro. Estima-se que quanto maior o consumo, maior a magnitude do processo de abstinência e, que os sintomas podem perdurar por meses e, dependendo da gravidade, não são bem tolerados, sendo difícil para o usuário prosseguir com a cessação do fumo (MARQUES et al., 2001).

Neste contexto, o teste de Fargeström busca relacionar a quantidade de cigarros consumidos por dia, com a dificuldade do indivíduo em não fumar em locais proibidos e com a sensação de prazer obtida pelas tragadas ao longo do dia. O tempo em que o paciente fuma o primeiro cigarro após acordar também se torna imprescindível para determinação do grau de dependência à nicotina. Na maioria dos casos, o primeiro cigarro fumado no dia representa aquele que traz maior sensação de prazer.

A classificação do grau de dependência à nicotina se torna fundamental para definir o tratamento mais adequado para o fumante, principalmente em idosos, que possuem esse grau de dependência maior. Nesse sentido, utiliza-se o Teste de Fargeström capaz de estimar o nível de dependência à nicotina em fumantes, demonstrando relação entre medidas bioquímicas com a quantidade de cigarros fumados por dia (PIETROBON et al., 2007). No intuito de obter sucesso no tratamento com a cessação do fumo, o Teste de Fargeström possibilita melhor entendimento das necessidades do paciente e da atuação da assistência farmacêutica durante o tratamento farmacológico. O grau de dependência à nicotina e o acompanhamento multidisciplinar se torna essencial no tratamento de tabagistas idosos.

A presente pesquisa quantitativa descritiva foi realizada com pacientes tabagistas com idade igual ou maior que 60 anos que buscaram o Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba. O presente estudo objetivou avaliar o grau de dependência à nicotina em idosos.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa de caráter quantitativo descritivo durante as atividades do Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagistas (PMTT), desenvolvido no Hospital Universitário de Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande, em parceria com a Universidade Estadual da Paraíba e Universidade Maurício de Nassau, no período de setembro a novembro de 2018.

O PMTT constitui-se por grupos trimestrais de pacientes, com encontros semanais, durante as tardes de sexta-feira. Na semana inicial, foi realizada uma palestra visando esclarecer aos pacientes acerca das metodologias e procedimentos realizados por todas as equipes durante o tratamento. A palestra contou com equipes multidisciplinares presentes no Programa que engloba os cursos da área de saúde: Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Educação Física e Psicologia. Posteriormente, aplicou-se um questionário no qual foram traçados o perfil socioeconômico, histórico tabagista e farmacoterapêutico do paciente, e, avaliação do nível de dependência à nicotina por meio do Teste de Fagerström.

A classificação do grau de dependência à nicotina apresentada pelos pacientes, fundamental para traçar o tratamento mais apropriado, principalmente para idosos que, normalmente, possuem esse grau de dependência maior (PIETROBON et al., 2007). Nesse caso, o tratamento necessita de uma terapia intensa, incluindo a farmacológica e psicológica, com acompanhamento cognitivo-comportamental. Nesse sentido, o Teste de dependência à nicotina de Fagerström (FTND), elaborado por Karl-Olov Fagerström torna-se capaz de estimar o grau de dependência de fumantes, sendo de fácil aplicação e de baixo custo.

O Teste de Fagerström avalia o nível de dependência à nicotina. É composto por cinco questões, nas quais cada alternativa tem uma pontuação específica e o somatório representa o resultado. A pontuação da primeira pergunta varia de 0 a 3; a segunda de 0 a 1; a terceira de 0 a 1; a quarta de 0 a 3; e a quinta de 0 a 1. De acordo com a pontuação final obtida, pode-se ter nível muito baixo (0 a 2 pontos), baixo (3 a 4 pontos), médio (5 pontos), elevado (6 a 7 pontos) e muito elevado (8 a 10 pontos).

O referido Teste, composto por cinco perguntas simples com alternativas com pontuações diferentes, sendo o somatório dos pontos obtidos o resultado final, capaz de permitir a determinação do grau de dependência à nicotina.

O Teste de dependência a nicotina de Fagerström surgiu em 1991, como uma modificação do Questionário Fagerström de Intolerância (FTQ) que, por algumas limitações, como a má seleção de perguntas, a má coerência interna e os baixos níveis de confiabilidade, precisou ser modificado, com o número de questões reduzido de oito para apenas seis, no modelo FTND usado atualmente (FERREIRA et al., 2009). No Brasil, o Teste de Fagerström foi validado por Carmo e Pueyo (apud FERREIRA et al., 2009) e, demonstra uma relação

entre medidas bioquímicas com a quantidade de cigarros fumados por dia, pela dosagem de cotinina– metabólito produzido pela oxidação da nicotina– plasmática e urinária. Além disso, o teste tem sido bem avaliado pela capacidade de associar o desaparecimento de sintomas e o prognóstico das consequências da interrupção do fumo em diversos estudos (PIETROBON et al., 2007).

O Teste de Fagerström foi responsável por individualizar os pacientes, onde cada tabagista analisado recebeu instruções para tratamento adequado, de acordo com suas particularidades, como possíveis comorbidades, visando aumentar as chances de sucesso e preservar seu estado de saúde.

Ao se ter conhecimento das peculiaridades de cada paciente, o tratamento foi iniciado e complementado com a utilização de Cloridrato de Bupropiona (Bup). Foram pesquisados 21 participantes do tratamento de tabagistas, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. Estes integrantes foram participaram de retornos quinzenais por um período de três meses.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi avaliado o resultado obtido de 21 pacientes inseridos no Programa Multidisciplinar de Tratamento Tabagista (PMTT) realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba. A faixa etária dos participantes representou uma média 66,09 anos de idade de ambos os sexos. Foi observado por meio do teste de Fagerström a dependência à nicotina que 52,63% dos pesquisados tragam o primeiro cigarro dentro de 5 minutos após acordar; 63,15% tem dificuldade em não fumar em ambientes livres de fumo como igrejas, cinema, farmácias, bibliotecas; 36,84% fumam até 10 cigarros por dia e na mesma porcentagem de 36,84% são os idosos que fumam de 11 até 20 cigarros, 15,7% dos pacientes em tratamento fumam mais de 31 cigarros por dia, o equivalente a mais de uma carteira e meia e por fim, 47,36% fumam mais cigarros pela manhã em relação ao restante do dia.

A partir dessas informações foi possível classificar o grau de dependência à nicotina sendo em média, de $\pm 4,94$ conferindo uma situação geral de dependência moderada. Dentre os entrevistados, assim como exposto na Tabela 1, 14,28% apresentam grau de dependência muito elevado à nicotina; 23,8% apresentaram o grau elevado; 19,04%, grau médio; 19,04%, grau baixo e 14,28% representavam o grau muito baixo. Dos 21 pacientes em tratamento, apenas 9,52% não realizaram o Teste de Fagerström.

Tabela 1. Nível de Dependência à Nicotina dos idosos pesquisados

NÍVEL DE DEPENDÊNCIA	N	%	% ACUMULADA
Dependência muito elevada	3	14,3	0
Dependência elevada	5	23,8	14,3
Dependência média	4	19,0	38,1
Dependência baixa	4	19,0	57,1
Dependência muito baixa	3	14,3	76,1
Não realizaram o teste	2	9,6	90,4
TOTAL	21	100	100

Fonte: O autor, 2019

Foi possível perceber que embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) considere o tabagismo como uma das doenças mais graves e danosas a nível mundial tendo em vista 4,7 milhões de substâncias presentes no cigarro, sendo a mais conhecida a nicotina, responsável pelo vício e sintomas invasivos da abstinência não representou incentivo suficiente para abandono ou não iniciação ao fumo. Apesar das informações acerca dos malefícios do cigarro ser bastante difundidas, o número de fumantes cresce exponencialmente, principalmente em países desenvolvidos, o que implica dizer que o acesso à informação na grande maioria dos casos não reflete na suspensão de novos hábitos tabagistas e até mesmo dos antigos hábitos, tendo em vista que abandonar a dependência é um processo bastante difícil.

Assim, Carvalho (2010) em sua pesquisa considerando um total de 116 idosos, pacientes internos de um hospital, 77,6% encontravam-se nos grupos de moderado (51,7%) e elevado (25,9%) grau de dependência. Há uma diferença quanto a presente pesquisa, pois os pacientes selecionados eram participantes do PMTT.

Há significativo predomínio da categoria moderada ou grave, sendo este um fator preocupante levando em consideração a afirmação de Hughes (2001) que os fumantes com elevada dependência podem apresentar baixa motivação para cessação do tabagismo, devido à falta de confiança em alcançar tal objetivo, achando-se incapazes e com medo do sofrimento que a síndrome de abstinência causa, pois já tentaram e fracassaram outras vezes. Em contradição a essa afirmativa, foi observada circunstâncias, como o aparecimento de danos à saúde, maior risco de morte precoce, ações de controle ao tabagismo e consciência e reconhecimento de que ele é fator de risco para várias doenças, e a crescente preocupação em aderir hábitos mais saudáveis, fizeram com que o número de fumantes diminuísse com o aumento da idade (ZAITUNE et al., 2012).

Secco et al., (2013), em pesquisa relacionada a idosos institucionalizados afirmaram que a abordagem terapêutica na cessação do vício tabágico em indivíduos idosos deve se adaptar às suas características, sendo oferecido apoio adequado de acordo com a motivação apresentada, suas necessidades e seus perfis individuais.

Atualmente, existem diversas opções farmacológicas ou não, para tratamento do tabagismo, viáveis, inclusive para idosos. A bupropiona, considerada tratamento de primeira linha nos Estados Unidos, sendo indicada para adultos que consomem 15 ou mais cigarros por dia e, para aqueles fumantes que apresentam quadro de depressão. A dose inicial de 150 mg por dia até o terceiro dia, passando por 300 mg por período de 7 a 12 semanas (MARQUES et al., 2001).

Apesar de ser considerada de primeira linha para o tratamento da dependência à nicotina atualmente, a gama de efeitos adversos resultantes da administração da bupropiona, exige seu uso por meio de prescrição médica e com acompanhamento de profissionais de saúde, para que não os efeitos do medicamento não dificultem ou atrasem o tratamento, facilitando o processo de abstinência do paciente

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atualidade, a preocupação com saúde tem condicionado idosos a procurem melhor qualidade de vida, optando por um estilo de vida mais saudável. Entretanto, um dos principais fatores que se opõem a estas atitudes, é a dependência à nicotina. Em pacientes idosos se faz mais acentuado, tendo em vista que nessa faixa etária está exposta a esta substância há muito mais tempo.

Esta pesquisa avaliou o nível de dependência à nicotina de pacientes idosos por meio do Teste de Fagerström determinando o nível moderado como predominante, mostrando-se um meio eficaz, de fácil aplicação e baixo custo. Faz-se necessário acompanhamento multidisciplinar em relação a idosos, pelo fato de apresentarem baixa motivação, estresse, depressão e falta de incentivo.

O presente estudo contribui com o perfil informativo e analítico referente aos graus de dependência nicotínica e motivações para indivíduos idosos participantes do PMTT. O tabagismo é multifatorial, cada paciente deve ser tratado de forma individualizada, atenciosamente avaliado, em especial idosos.

■ REFERÊNCIAS

1. CARVALHO, A. A; GOMES, L; LOUREIRO, A. M. L. Tabagismo em idosos internados em instituições de longa permanência. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, v. 36, n. 3, p. 339-346, 2010.
2. CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, June 2003.

3. FERREIRA, D.A. Uso de tabaco e dependência de nicotina em idosos: uma revisão integrativa. **Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)**. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília, 2014.
4. FERREIRA, Pedro L. et al. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa, v. 27, n. 2, p. 37-56, jul. 2009.
5. GOULART, Denise et al. Smoking in the elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 313-320, Aug. 2010 .
6. HUGHES, J.R.. Why does smoking so often produce dependence? A somewhat different view. **Tobacco Control**, 10(Suppl. 1), 62-64, 2001.
7. MARQUES, Ana Cecilia P R et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 200-214, Dec. 2001.
8. MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 .
9. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 4ª ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1977.
10. PIETROBON RC, Barbisan JN, Manfroi WC. Use of the Fagerström Test for Nicotine Dependence As an Instrument To Measure Nicotine Dependence. **HCPA**.27(3):31–36, 2007
11. SECCO, T.F.V., Vianna, L.G. & Nóbrega, O.de T., Loureiro, A.M.L. & Teixeira, R. da C. Dependência nicotínica e razões para fumar em idosos institucionalizados. **Revista Kairós Gerontologia**, 16(3), pp.239-250, 2013.
12. VARGAS, Lorena Silva *et al.* APLICAÇÃO DO TESTE DE FAGERSTRÖM: REVISÃO INTEGRATIVA. **UFPE Online**, Revista de Enfermagem, fev 2014.
13. ZAITUNE, Maria Paula do Amaral et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 583-596, Mar. 2012 .

“

Avosidade nos desenhos animados ocidentais: estilos de avós com netos adolescentes

- ▮ Natália **Pierdoná**
UCB
- ▮ Yasmine Oliveira **Vieira**
UCB
- ▮ Alessandra Ribeiro Ventura **Oliveira**
UCB
- ▮ Armando José China **Bezerra**
UCB
- ▮ Lucy **Gomes**
UCB

RESUMO

O presente artigo objetivou analisar os tipos de relações entre avós idosos e netos adolescentes exibidos em desenhos animados de longa metragem da filmografia ocidental. Foi realizada a busca dos desenhos nos sites de companhias cinematográficas, lançados no período de 1950 a 2015, que mostrassem essa relação de avosidade. Os filmes foram selecionados através da leitura das sinopses, visualização dos respectivos trailers e, posteriormente, dos filmes escolhidos. Os avós mostrados nos filmes foram analisados através de adaptação da escala de Responsividade e Exigência. Os estilos de avós encontrados foram classificados em quatro tipos: autoritativo, autoritário, indulgente ou negligente. Preencheram os critérios de inclusão 17 desenhos animados. Observou-se predomínio de desenhos animados mostrando estilos de avós indulgentes, seguidos de autoritativo. Não foram encontradas relações autoritárias.

Palavras-chave: Avosidade, Avós Idosos, Netos Adolescentes, Desenhos Animados, Filmografia Ocidental.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o envelhecimento da população mundial tem acelerado. Em alguns países desenvolvidos, projeções indicam que, entre 2045 e 2050, a média de expectativa de vida estará em torno de 76 anos e subirá para 89 anos entre 2095 e 2100 (WHO, 2009). O aumento da longevidade na população mundial tem propiciado maior possibilidade do estabelecimento de relações intergeracionais, através do convívio de indivíduos idosos com seus netos e até bisnetos e, em alguns casos, tataranetos (LIMA; ROCHA JÚNIOR, 2014; ARRAIS et al., 2012; MAINETTI; WANDERBROOCKE, 2013; SANTANA; BELCHIOR, 2013; RAMOS, 2015). A relação de avosidade, definida como a relação estabelecida entre avós e netos, passou a desempenhar papel importante na vivência familiar, sendo retratada em inúmeras produções literárias e fílmicas (OLIVEIRA, 2015; SILVA, 2010; OLIVEIRA; KARNIKOWSKI, 2012; OLIVEIRA; PINHO, 2013).

A mídia, ao longo de décadas, detém o poder de influenciar, informar e entreter as pessoas, possuindo papel fundamental na construção social e no fornecimento de visibilidade às questões esquecidas pela sociedade (MAZZAFERRO, 2013). Entre seus representantes, o cinema, além de ser uma expressão cultural e uma forma de entretenimento, tem sido utilizado como recurso audiovisual em atividades educacionais, integrando a discussão de temas relacionados ao envelhecimento. O cinema tem exibido um número cada vez maior de personagens idosos nos filmes, mostrando-se importante ferramenta capaz de assegurar a percepção das relações de avosidade (SANTANA; BELCHIOR, 2013; VIEIRA et al., 2016).

A partir da década de 1960, foram publicados estudos com o intuito de classificar os tipos de relação entre avós idosos e seus netos no período da infância. No primeiro, realizado em 1964, os avós foram valorados em cinco grupos: em busca de diversão (estilo livre e não autoritário de se relacionar com os netos), formais (comportamento rígido e tradicional, autoritários), distantes (raras vezes veem os netos), cuidadores (assumem importantes responsabilidades e cuidados dos netos todos os dias) e conservadores da sabedoria familiar (informam sobre as raízes familiares, guardam a história familiar) (NEUGARTEN; WEINSTEIN, 1964). A seguir, outro estudo considerou quatro estilos de avós: permissivo (preocupam-se em fazer o moralmente correto com seus netos, mimam e são indulgentes), simbólico (preocupam-se em fazer o moralmente correto), individualista (veem nos netos o caminho para não se tornarem solitários) e tirano (impõe condições na relação com os netos) (BENGTSON; ROBERTSON, 1985).

Em 1985 foram validadas duas novas escalas de classificação. A primeira atribuiu-lhes os seguintes valores: avós companheiros (estilo informal e afetivo e que veem os netos a cada dois a três meses), avós tiranos (estilo formal, reservado e que veem muito poucos os netos) e avós invólucros (proporcionam disciplina, só veem os netos a cada dois

meses) (CHERLIN; FURSTENBERG, 1985). A segunda repartiu-os em quatro grupos: estar aí (presença tranquilizadora diante de momentos difíceis ou de tensão familiar), guardião nacional da família (disponíveis em caso de emergência), árbitro (negociadores preservando a manutenção familiar) e conservador da biografia da família (transmissores das tradições familiares) (BENGTSON; ROBERTSON, 1985).

O relacionamento avós-netos marcado pelo prazer e brincadeiras ocorre predominantemente na infância, mas outros significados vão adquirindo relevância no período da adolescência (OSUNA, 2006; DIAS; SILVA, 2003). Estudo realizado em 2015 classificou os estilos de avós através de instrumento que avalia as dimensões Responsividade e Exigência dos avós, percebidas por seus netos adolescentes (OLIVEIRA, 2015). Essa classificação é composta por quatro estilos: autoritativos (elevadas Responsividade e Exigência), autoritários (elevada Exigência e baixa Responsividade), indulgentes (elevada Responsividade e baixa Exigência) e negligentes (baixas Responsividade e Exigência). Trata-se de abordagem centrada em aspectos essenciais como o controle (Exigência) e o afeto (Responsividade) disponibilizados pelos avós aos seus netos adolescentes. A Responsividade diz respeito aos comportamentos de apoio e aquiescência, facilitadores da autoafirmação e da individualidade dos adolescentes, enquanto a Exigência diz respeito aos comportamentos que requerem supervisão e disciplina (MONDIN, 2008). Desde então, não se tem registro na literatura de outra classificação.

Estudo realizado em São Paulo mostrou que os adolescentes partilham uma autoimagem positiva, buscam equilíbrio e realização pessoal, em termos de maturidade emocional e social (WAGNER; OLIVEIRA, 2007). Na adolescência estão presentes inúmeras adaptações e mudanças nas habilidades interpessoais e, por isso, torna-se importante um ambiente familiar que ofereça acolhimento e orientações necessários diante da complexidade das emoções vivenciadas. A presença de relações familiares com extrema rigidez disciplinar ou com dificuldades na imposição de limites para o comportamento do jovem pode interferir na organização satisfatória desse período, acarretando algum tipo de comportamento de risco, como o uso de drogas (PILON, 1986). Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo descrever as relações de avosidade entre avós idosos e seus netos adolescentes encontrados nos desenhos animados de longa metragem da filmografia ocidental.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizada a busca de desenhos animados de longa-metragem da filmografia ocidental produzidos nos diversos estúdios de animação localizados nos seguintes países: Bélgica, Brasil, Canadá, Espanha, Estados Unidos, França, Itália, México e Reino Unido, que apresentassem a relação entre avós idosos e seus netos adolescentes. A amostra incluiu

filmes lançados entre janeiro de 1950 e dezembro de 2015. Foi realizada leitura das sinopses, seguida por visualização dos respectivos trailers e, após, exibição integral dos filmes selecionados. Todos os pesquisadores executaram esses três itens, sendo que, quando surgiu discordância, fosse quanto à seleção dos filmes ou quanto à classificação dos estilos de avós, foi feita discussão conjunta do tema até concordância de respostas. Além dos desenhos que apresentaram personagens humanos, foram incluídos aqueles com personagens não-humanos que exibiam características humanas, tais como falar, usar roupas, caminhar com postura ereta e demonstrar sentimentos. Foram excluídas as animações realizadas para o público adulto, assim como aquelas nas quais a relação entre os avós idosos e os netos adolescentes se mostraram confusas, impossibilitando sua classificação.

Foram considerados avós idosos os personagens que apresentaram fâcies envelhecidas, cabelos brancos, marcha lenta, dificuldade para caminhar e uso de óculos. Esses avós podiam ter ou não parentesco consanguíneo com os netos adolescentes, mas tinham assumido o papel de avós por afinidade, ou seja, eram pessoas mais velhas que tinham um relacionamento íntimo com seus respectivos netos, podendo ser chamados de avós por afinidade ou respeito, constituindo figuras importantes no suporte emocional, apoio, carinho e afeto para os netos.

Foram reputados como netos adolescentes aqueles personagens em etapa de transição entre a infância e a idade adulta, tendo como base as transformações puberais de caráter biológico, que desencadeiam mudanças psicológicas e sociais até atingir a maturidade. Estes apresentavam características físicas de adolescentes, modo de falar com uso frequente de gírias e maneira característica de se vestir (fossem personagens humanos, fossem não humanos). Essa etapa do desenvolvimento humano corresponde, para a maioria, à segunda década de vida, ou seja, dos 10 aos 20 anos, sendo considerados adolescentes todos aqueles que se situavam neste grupo etário (PERES; ROSENBURG, 1998).

A classificação dos estilos de avosidade exercidos pelos avós idosos com seus netos adolescentes apresentados nos desenhos animados foram analisados utilizando-se uma adaptação da escala de Responsividade e Exigência (OLIVEIRA, 2015). De acordo com essa escala, os avós foram classificados como:

- a. Exigência alta e Responsividade alta = avós autoritativos;
- b. Exigência alta e Responsividade baixa = avós autoritários;
- c. Exigência baixa e Responsividade baixa = avós negligentes; e
- d. Exigência baixa e Responsividade alta = avós indulgentes.

Os avós não foram classificados quando as dimensões Exigência e Responsividade eram idênticas. Nos desenhos selecionados, mesmo quando os avós foram classificados como autoritários (Exigência + e Responsividade +) e negligentes (Exigência e Responsividade -), esses valores não se mostraram equivalentes, predominando um sobre o outro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Encontraram-se 17 desenhos animados exibindo a avosidade entre avós idosos e seus netos adolescentes, sendo: 1 (5,9%) na década de 1960, 2 (11,8%) na década de 1990, 8 (47,1%) na década de 2000 e 6 (35,3%) entre 2010 e 2015. Portanto, observou-se aumento na divulgação cinematográfica desse tipo de relacionamento com o passar dos anos, perfazendo 3 (18%) filmes até 2000 (século XX) e 14 (82%) a partir deste período (século XXI) (Tabela 1).

Tabela 1. Relação de 17 desenhos animados de longa metragem da filmografia ocidental, com seus respectivos anos de lançamento, tempos de duração, diretores e companhias cinematográficas.

Títulos dos filmes	Ano de lançamento	Duração	Diretor(es)	Companhia cinematográfica
<i>A espada era a lei</i>	1964	1h19min	Wolfgang Reitherman	Walt Disney Pictures
<i>Pocahontas</i>	1995	1h22min	Mike Gabriel e Eric Goldberg	Walt Disney Pictures
<i>Irmão urso</i>	2003	1h25min	Aaron Blaise e Robert Walker	Walt Disney
<i>As bicicletas de Belleville</i>	2004	1h20min	Sylvain Chomet	Sony Pictures
<i>Mulan 2</i>	2004	1h15min	Darrell Rooney, Lynne Southerland	Walt Disney
<i>Deu a louca na Chapeuzinho</i>	2005	1h20min	Todd Edwards, Tony Leech, Cory Edwards	Kanbar Entertainment LLC
<i>A casa monstro</i>	2006	1h31min	Gil Kenan	Columbia Pictures
<i>Os Simpsons: o filme</i>	2007	1h30min	David Silverman	Fox Filmes
<i>A família do futuro</i>	2007	1h42min	Stephen J. Anderson	Disney/Buena Vista
<i>Kung fu panda</i>	2008	1h30min	John Stevenson e Mark Osborne	DreamWorks Animation
<i>Operação presente</i>	2011	1h38min	Sarah Smith e Barry Cook	Sony Pictures Animation
<i>O lorax: em busca da trúfala perdida</i>	2012	1h27min	Chris Renaud, Kyle Balda	Universal Pictures
<i>A origem dos guardiões</i>	2012	1h37min	Peter Ramsey	DreamWorks Animation
<i>A era do gelo 4</i>	2012	1h34min	Steve Martino, Mike Thurmeier	Fox Filmes
<i>Os Croods</i>	2013	1h32min	Chris Sanders e Kirk De Micco	Fox Filmes
<i>O pequeno príncipe</i>	2015	1h47min	Mark Osborne	Paris Filmes

Fonte: Elaborada pelos autores.

Na maioria dos filmes analisados, foi observado que os papéis de avós foram secundários, o que está de acordo com estudos que afirmam que os idosos assumem papéis menos

importantes nos enredos das histórias infantis e dos desenhos animados na filmografia ocidental (MAGALHÃES et al., 2010; AZEVEDO, 2009). Quanto aos netos, em 14 (82,4%) filmes os mesmos assumiram papéis de protagonistas.

Nos desenhos animados analisados, 9 (52,9%) apresentaram a relação de avosidade entre um adolescente e um idoso que não tinha relação de parentesco com o primeiro, enquanto 8 (47,1%) mostraram esse vínculo entre netos e avós biológicos. Em *O pequeno príncipe*, surgiu marcante relação afetiva entre a menina que acaba de se mudar para o novo bairro e seu vizinho idoso, que assume o papel de avô não biológico da mesma. Esta mesma relação é exibida: entre Artur e o mago Merlin, em *A espada era a lei*; em *A casa monstro*, entre três adolescentes e o vizinho Epaminondas, idoso bravo e amedrontador, em *A origem dos guardiões*, entre Papai Noel e Jack Frost, quando os dois se unem para combater o malfeitor; e em *Pocahontas*, entre esta e vovó Willow, senhora que é o tronco de uma árvore personificada.

Nos 17 desenhos animados analisados, 4 (23,5%) retrataram avós com mais de um neto, seja do gênero feminino ou do masculino: *A casa monstro* (três netos), *Os Simpsons* (dois netos), *Os Croods* (dois netos) e *Irmão urso* (dois de três irmãos). No total foram exibidos 22 netos adolescentes, sendo 14 (63,6%) do gênero masculino e 8 (36,4%) do feminino. Em relação aos avós idosos, foram analisados 19, sendo 9 (47,4%) do gênero masculino e 10 (52,6%) do feminino. A animação *A família do futuro* expôs um casal de avós (avô/avó). No filme *Kung fu panda*, dois personagens idosos desenvolveram relações de avosidade com o protagonista: mestre Shifu e mestre Oogway.

Com exceção do filme *As bicicletas de Belleville*, que mostrou avosidade entre um menino adolescente e sua avó, e do filme *A casa monstro*, no qual é exibido o personagem avô e seus três netos adolescentes de ambos os gêneros, os demais filmes mostram a relação de avós idosos e adolescentes do mesmo gênero. Esse fato está de acordo com a literatura que afirma que netos tendem a desenvolver maior afinidade com avós do mesmo gênero (OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA, 2009). Também é relatado que as netas têm maior propensão de estabelecer relacionamento íntimo com as avós do que os meninos (OLIVEIRA; PINHO; SOUSA, 2014), assim como que as adolescentes do gênero feminino percebem maiores níveis de Exigência e Responsividade das avós, enquanto os netos do gênero masculino embolsam maiores níveis dessas duas dimensões dos avós (OLIVEIRA; VIANNA; CÁRDENAS, 2010).

Nos 17 desenhos animados analisados, encontrou-se 9 avôs e 10 avós. Na literatura, a relação de avosidade predomina com as avós, sendo que, no período da infância dos netos, quando os pais por algum motivo não assumem seus próprios filhos ou não têm tempo para cuidar dos mesmos, as avós incorporam a responsabilidade materna e se consideram as principais substitutas para essa atribuição. Estas se sentem satisfeitas em apoiar, proteger

e ensinar seus netos (ARATANGY; POSTERNAK, 2006; LEITE, 2004). Entretanto, à medida que estes se afastam do período da infância, a responsabilidade das avós em algumas atividades com os mesmos declina consideravelmente, pois estes adquirem progressivamente maior autonomia (OSUNA, 2006). É também relatado que da infância até a adolescência, na categoria sentimento, há diferença na relação entre a avó materna e a avó paterna na perspectiva do neto, sugerindo uma relação mais próxima com a primeira, devido à proximidade das avós com suas filhas e à confiança que estas depositam em suas mães (ARATANGY; POSTERNAK, 2006; LEITE, 2004; ROBERTO; STROES, 1992).

Nas animações com personagem idosos do gênero feminino, surgiu uma relação de avosidade com maior participação familiar, na qual a avó exerceu papel importante na formação social do neto, preenchendo muitas vezes o papel de mãe, de cuidadora. A presença das avós foi percebida como mais marcante no ambiente familiar no que diz respeito às práticas educativas dos netos adolescentes do que a presença dos avôs (ARATANGY, POSTERNAK, 2006). Este fato pode ser observado em *As bicicletas de Belleville* e *Deu a louca na Chapeuzinho*. No primeiro, a avó é a protagonista da trama, cuidando do neto como se fosse seu filho, treinando-o para ser ciclista.

A relação dos desenhos animados analisados, apresentando os estilos de avós quanto às dimensões Exigência e Responsividade, figura na Tabela 2. Quanto a essas duas dimensões, os estilos de avós foram classificados em: autoritativos, autoritários, negligentes e indulgentes (OLIVEIRA, 2015). Encontraram-se: 8 (47,1%) indulgentes; 6 (35,3%) autoritativos; 3 (17,6%) negligentes; e nenhum (0,0%) autoritário. Portanto, nenhum dos filmes analisados preencheu os critérios para ter a relação de avosidade classificada como autoritária.

Tabela 2. Estilos de avós presentes em 17 desenhos animados de longa metragem da filmografia ocidental, quanto à Exigência e à Responsividade.

Filme	Exigência	Responsividade
<i>A espada era a lei</i>	alta	alta
<i>Pocahontas</i>	baixa	alta
<i>Mulan</i>	alta	alta
<i>As bicicletas de Belleville</i>	alta	alta
<i>Irmão urso</i>	baixa	alta
<i>Mulan 2</i>	baixa	alta
<i>Deu a louca na Chapeuzinho</i>	baixa	alta
<i>A casa monstro</i>	alta	alta
<i>Os Simpsons</i>	baixa	baixa
<i>A família do futuro</i>	baixa	alta
<i>Kung fu panda</i>	alta	alta
<i>Operação presente</i>	alta	alta
<i>O lorax: em busca da trífula perdida</i>	baixa	alta

Filme	Exigência	Responsividade
<i>A origem dos guardiões</i>	baixa	alta
<i>A era do gelo 4</i>	baixa	baixa
<i>Os Croods</i>	baixa	baixa
<i>O pequeno príncipe</i>	baixa	alta

Fonte: Elaborada pelos autores.

A presente revisão filmográfica mostrou diferentes estilos de exercer a avosidade exibidos nos desenhos animados, com predomínio da relação indulgente sobre os outros estilos de avós, vindo a seguir o estilo autoritativo. Estudo realizado em Brasília, com avós e seus netos adolescentes, encontrou elevado percentual de avós autoritativos e negligentes (OLIVEIRA, 2015). Na percepção dos adolescentes analisados, seus avós mostraram-se responsivos e, ao mesmo tempo, impondo-lhes limites. Nessa mesma pesquisa, percentual igualmente significativo de adolescentes observou seus avós pouco envolvidos com eles e pouco preocupados em estabelecer alguma forma de controle sobre o seu comportamento (OLIVEIRA; PINHO; SOUSA, 2014). Estes dados estão em concordância com o observado nos desenhos animados analisados quanto ao estilo autoritativo, mas em discordância quanto ao estilo negligente, pois nesses desenhos predominou o estilo indulgente. Foi observado que o primeiro desenho animado a mostrar a avosidade do estilo negligente foi exibido somente no ano de 2007. Portanto, embora relatado como um estilo frequente de exercer a avosidade com netos adolescentes, ele somente foi mostrado recentemente na mídia filmográfica.

Quanto ao estilo negligente, 3 (17,6%) filmes analisados tiveram as relações de avosidade classificadas como negligentes: *Os Simpsons*, *A era do gelo 4* e *Os Croods*. Nesses filmes, os avós exerceram papéis secundários, tendo sido todos eles produzidos após o ano 2000.

Portanto, surgiu diferença no estilo de avosidade encontrado nos desenhos animados analisados em comparação ao relatado pela população (OLIVEIRA; PINHO; SOUSA, 2014). É possível que essa diferença se deva ao fato de que um idoso indulgente, que apresenta padrão de maior Responsividade, demonstrando características positivas com relação ao neto, tenha maior relevância perante a mídia do que um avô mostrando padrão autoritativo. Ambos os padrões poderiam ser encarados de forma negativa pelo público infantil a que se destina os desenhos animados, o que poderia não ser atrativo às produções midiáticas.

Dos 6 filmes encontrados e classificados com avós autoritativos, 2 (33,3%) foram lançados antes dos anos 2000, 3 (50%) na década de 2000 e 1 (16,7%) entre 2010 e 2015. Dentre esses, surgiu predomínio de netos do gênero masculino (em 4 filmes, 66,7%). Em relação aos avós, em 4 filmes (66,7%) os idosos eram do gênero masculino.

Em relação ao gênero dos avós, encontrou-se predomínio de avôs (gênero masculino) autoritativos, sendo 5 (55,6%) autoritativos, 3 (37,5%) indulgentes e 1 (12,5%) negligente.

Entre as avós (gênero feminino), houve predomínio do estilo indulgente, sendo 6 (60%) indulgentes, 2 (20%) autoritativas e 2 (20%) negligentes (Tabela 3).

Tabela 3. Estilos de 19 avós encontrados nos 17 desenhos animados analisados.

Estilo	N.º avós	N.º avós
Autoritário	0	0
Autoritativo	5	2
Indulgente	3	6
Negligente	1	2
Total	9	10

Fonte: Elaborada pelos autores.

Dos 6 (35,3%) desenhos analisados que preencheram os critérios para que os avós fossem considerados como autoritativos (Exigência e Responsividade elevados), 2 (33%) foram lançados no século XX (antes do ano 2000), 3 (50%) na década de 2000 e 1 (17%) entre 2010 e 2015. Esse achado sugere que os desenhos animados lançados no século passado e início deste século tinham tendência a mostrar relações autoritativas em seus enredos, em comparação com os demais estilos de avós.

Quanto aos avós indulgentes, 8 (47,1%) animações tiveram a relação de avosidade com essa classificação. Entre esses filmes, 1 (12%) foi lançado na década de 1990, 4 (50%) na década de 2000 e 3 (38%) entre 2010 e 2015. Em 5 (63%) filmes, as relações ocorreram entre adolescentes e idosos do mesmo gênero. Entre os netos, não houve predomínio de gênero (4 do gênero feminino e 4 do masculino). Entre os avós, predominou o gênero feminino.

Três (17,6%) dos filmes analisados tiveram as relações de avosidade classificadas como negligentes. Nos 3 filmes, produzidos após o ano 2000, os avós exerceram papéis secundários. No primeiro, o avô se relaciona com um casal de adolescentes; nos outros dois, é mostrada a relação entre as avós e seus netos do gênero masculino.

Se juntarmos todas as animações analisadas com avós classificados como de alta Responsividade (seja alta ou baixa Exigência), verificou-se que 14 (80,2%) deles apresentaram essa característica. Esse dado está em concordância com a literatura, que mostra avós felizes com o intenso vínculo com seus netos no período da infância (OSUNA, 2006; OLIVEIRA; VIANNA; CÁRDENAS, 2010) e, provavelmente, mantendo esse vínculo durante o período da adolescência. Na perspectiva dos netos, a literatura afirma que há benefício com o convívio com suas avós, mostrando satisfação e afeto, que demonstra a bidirecionalidade dessa relação. Assim, afirma-se o importante papel que os avós desempenham na vida dos netos (ROBERTO; STROES, 1992).

Na atualidade, o papel dos avós alterou-se em relação ao dos avós de gerações passadas. No presente, tanto na sociedade quanto na estrutura familiar, eles assumem papéis

multidimensionais (OLIVEIRA, 2015; LEITE, 2004; ROBERTO; STROES, 1992). Esse fato pode ser observado comparando-se o estilo de avós dos filmes da década de 2000 em relação aos exibidos nas décadas anteriores. Em *As bicicletas de Belleville*, lançado em 2003, a avó assume papel mais participativo e fundamental na vida do neto em termos de cuidado e zelo, se comparado aos filmes *A espada era a lei* (1964), *Mulan* (1994) e *Pocahontas* (1998), nos quais os avós foram representados como secundários, limitando-se a fornecer bons conselhos aos netos, sem exercerem participação essencial em suas vidas. Atualmente, os avós têm características diferentes das dos avós de gerações anteriores, podendo-se conceituar os estilos de avós sob alguns níveis, como: de atitude, de conduta, emocional ou afetivo, e simbólico (ROBERTO; STROES, 1992). Embora essa revisão tenha sido feita nos estúdios de animação localizados nos países do ocidente, as animações analisadas foram feitas nos Estados Unidos. Portanto, mostram a relação de avosidade presente na cultura daquele país. Mesmo quando o enredo se desenrolava em outro país (como em *Mulan* e *Kung fu panda*, que se passaram no contexto chinês), foi exibida uma representação social norte-americana do que é ser avô/avó em outros contextos sociais.

CONCLUSÃO

A presente revisão filmográfica mostrou, nos desenhos animados analisados, diferentes estilos de exercer a avosidade. Observou-se predomínio da relação de avosidade indulgente sobre os outros estilos de avós. Também surgiu predomínio da relação de avosidade com netos adolescentes do mesmo gênero. Pretende-se, com a discussão dos estilos de avosidade mostrados nos desenhos animados, contribuir para a socialização da relação entre avós e netos adolescentes. No estreitamento das relações dos avós com seus netos aproximam-se gerações, são quebradas barreiras, eliminados preconceitos e vencidas discriminações. Os desenhos animados constituem ferramenta educativa a ser usada em grupos de debate intergeracionais. Deseja-se que as películas funcionem como disparadoras da temática avosidade, possibilitando o diagnóstico dos estilos de avós com seus netos adolescentes.

É importante verificar se os estilos de avós identificados estão associados com o desenvolvimento saudável do contato dos avós com seu netos adolescentes, proporcionando-lhes autoconfiança e bem-estar psicológico. A melhor compreensão desse relacionamento possibilitará a descoberta de novas potencialidades individuais, com o compartilhamento de um vocabulário mais rico, composto inclusive de imagens diversificadas.

Na contemporaneidade, com as mudanças rápidas que ocorrem nas famílias, os avós estão ocupando novos papéis. Portanto, a discussão desse tema é extremamente importante. Espera-se que a avaliação da relação intergeracional entre avós e netos, mostrada

nos desenhos animados feitos para crianças e adolescentes, propiciem discussões sobre a temática avosidade e que as diferenças observadas nos comportamentos e nas atitudes dos personagens abram caminho para novos estudos, como primeiro passo na construção de relações intergeracionais satisfatórias.

■ REFERÊNCIAS

1. ARATANGY, Lídia; POSTERNAK, Leonardo. *Livro dos avós: na casa dos avós é sempre domingo?* São Paulo: Artemeios, 2006.
2. ARRAIS, Alessandra et al. O lugar dos avós na configuração familiar com netos adolescentes. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 159-173, abr. 2012.
3. AZEVEDO, Tâmara. *Retratos da avó na literatura infantil de Ana Maria Machado e Ruth Rocha*. 2009. 119 f. Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea)—Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2009.
4. BENGTON, Vern; ROBERTSON, Joan. *Grandparenthood*. Beverly Hills: Sage, 1985. CHERLIN, Andrew; FURSTENBERG, Frank. *Styles and strategies of grandparenting*. Grandparenthood. Beverly Hills: Sage, 1985.
5. DIAS, Cristina Maria; SILVA, Márcia Andréa. Os avós na perspectiva de jovens universitários. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 8, n. esp., p. 55-62, 2003.
6. LEITE, Iolanda Lourenço. *Gênero, família e representação social da velhice*. Londrina: Eduel, 2004.
7. LIMA, César Augusto de; ROCHA JÚNIOR, Armando. O processo de reparação na mudança da avosidade para a parentalidade baseado na custódia e educação dos netos. *Revista Educação*, Guarulhos, v. 9, n. 1, p. 61-83, jan. 2014.
8. MAGALHÃES, Carlos et al. Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, Porto, Portugal, v. 3, n. 2, p. 7-16, 2010.
9. MAINETTI, Ana Carolina; WANDERBROCKE, Ana Cláudia. Avós que assumem a criação de netos. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 87-98, jan. 2013.
10. MAZZAFERRO, Denise. *A velhice retratada nos filmes publicitários*. 2013. 102 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)—Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.
11. MONDIN, Elza Maria. Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*, Presidente Prudente, v. 26, n. 54, p. 233-244, jul./set. 2008.
12. NEUGARTEN, Bernice; WEINSTEIN, Karol. The changing american grandparent. *Journal of Marriage and the Family*, v. 26, n. 1, p. 199-204, jan. 1964.
13. OLIVEIRA, Alessandra. *Avosidade: visão das avós e de seus netos*. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)—Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2009.

14. _____. *Classificação de estilos de avós: adaptação e validação de instrumento para avaliar responsividade e exigência percebidas na adolescência*. 2015. 109 f. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde)–Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015.
15. OLIVEIRA, Alessandra; KARNIKOWSKI, Margot. Apoio financeiro oferecido por avós a netos adolescentes. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 145-158, abr. 2012.
16. OLIVEIRA, Alessandra; PINHO, Diana Lúcia. Relações entre avós e seus netos adolescentes: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 633-642, jul. 2013.
17. OLIVEIRA, Alessandra; PINHO, Diana Lúcia; SOUSA, Kleidson. Avaliação das dimensões Responsividade e Exigência de avós, percebidas por netos adolescentes: Adaptação de um instrumento para classificar estilos de avós. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 253-269, jul. 2014.
18. OLIVEIRA, Alessandra; VIANNA, Lucy; CÁRDENAS, Carmen de. Avosidade: visões de avós e de seus netos no período da infância. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 461-474, 2010.
19. OSUNA, Maria José. Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de la abuelas com sus nietos y nietas en la infancia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Barcelona, v. 16, n. 1, p. 16-25, jan. 2006.
20. PERES, Fumika; ROSENBERG, Cornélio. Desvelando a concepção de adolescência/ adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, v. 7, n. 1, p. 53-86, jan. 1998.
21. PILON, André Francisco. O jovem e seu projeto de vida. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 246-252, maio/jun. 1986.
22. RAMOS, Anne Carolina. Os avós na literatura infantil: perspectivas gerontológicas e educacionais. *Revista Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 40, n. 1, p. 191-225, jan. 2015.
23. ROBERTO, Karen; STROES, Johanna. Grandchildren and grandparents: roles, influences and relationships. *International Journal of Aging and Human Development*, Beverly Hills, v. 14, n. 3, p. 227-239, 1992.
24. SANTANA, Carla; BELCHIOR, Carolina. A velhice nas telas do cinema: um olhar sobre a mudança dos papéis ocupacionais dos idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 93-116, jan. 2013.
25. SILVA, Anna Paula. *Percepções de avós cuidadoras maternas sobre a criação e educação dos netos*. 2010. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.
26. VIEIRA, Yasmine et al. Estereótipos dos idosos retratados nos desenhos animados da filmografia ocidental. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 91-112, 2016.
27. WAGNER, Marcia; OLIVEIRA, Margareth. Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 101-116, dez. 2007.
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *International statistical classification of diseases, injuries and causes of death*. Geneva: WHO, 2009.

“ Cuidados paliativos e o modo de cuidar: até onde vai o envolvimento?

▮ Cristina **Faresin**
UPF

▮ Marilene Rodrigues **Portella**
UFSC

RESUMO

Muitas vezes, os profissionais da saúde investem em procedimentos sofisticados e na utilização de tecnologias de ponta, distanciando-se do sofrimento do ser humano que vive a condição de terminalidade. Em vista disso, este estudo visou averiguar como está ocorrendo o envolvimento da equipe de enfermagem mediante a situação da pessoa que necessita de cuidados paliativos. Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa, com cinco profissionais de enfermagem, de ambos os sexos, maiores de 19 anos, que trabalham há no mínimo um ano em uma das três Instituições de Longa Permanência para Idosos de Passo Fundo/RS, e prestam cuidados paliativos. Os participantes responderam a entrevistas semi-estruturadas, cujo conteúdo foi analisado qualitativamente, desvelando-se as seguintes categorias: entendimento de cuidados paliativos, trabalhando com a morte, seguindo rotinas e observação do comportamento dos familiares. Este estudo alcançou os objetivos traçados, sendo que seu resultado evidenciou que o cuidador profissional apresenta dificuldades em separar os papéis no contexto social e em saber trabalhar com a morte daqueles que estão sob seus cuidados. Notou-se, ainda, a falta de suporte de apoio para tais cuidadores profissionais e ocupacionais, pois os mesmos vêm sofrendo um desgaste notável tanto nas intervenções junto aos residentes, como também frente a determinadas circunstâncias que envolvem os familiares, e que eles têm de estar bem preparados para lidar com a morte de cada paciente. Sugere-se que novos estudos sejam implementados, sendo os sujeitos os cuidadores profissionais que trabalhem em instituições desta abrangência em cuidados paliativos para que se desenvolvam programas e para que se trabalhe a questão emocional e social destes, envolvendo o tema morte.

Palavras-chave: Cuidado, Instituições de Longa Permanência Para Idosos, Assistência Terminal.

INTRODUÇÃO

Quando a cura não se mostra mais possível para o indivíduo que possui doença crônica ou não, o mesmo necessitará de cuidados paliativos. Cuidados paliativos são aqueles que buscam manter a dignidade e a melhor qualidade de vida possível de um paciente que vive a condição de possuir uma doença incurável, buscando reduzir o sofrimento pelo qual ele passa, mas deve-se tomar cuidado para que não haja a banalização da dor do mesmo e a desumanização do cuidado.

Durante este cuidado, deve-se buscar manter a humanização do atendimento que envolve observar todos os aspectos ligados ao adoecer, o respeito às crenças e às fragilidades dos pacientes, o desejo de se manterem rodeados de parentes, de amigos e de cuidadores ou o de preferirem o isolamento, além da ética que deve ser mantida ao se optar por tecnologias mais sofisticadas. O grau de solidariedade por parte da equipe de enfermagem, normalmente, acaba por diminuir de maneira natural, à medida que o seu tempo de internação na instituição aumenta e a morte se aproxima.

Nos cuidados paliativos, deve estar incluída a assistência, possuindo uma visão de morte como um processo inevitável, porém não deixando de proporcionar o máximo de conforto ao doente e a sua família como ser único que, naquele momento, passam por aflições. (ANCP, 2006).

Muitas vezes, os profissionais da saúde investem em procedimentos sofisticados e na utilização de tecnologias de ponta, esquecendo da unicidade do ser, acabando por tratar a doença e não o doente.

O avanço tecnológico favorece no que diz respeito ao tratamento da dor, mas isso não significa o alívio do sofrimento. Nesse sentido, ao paciente deve ser oferecido, quando cuidado, o mínimo de qualidade de vida que prevalece neste período entre a doença e a morte, sensibilizando os membros da equipe de enfermagem. O tratamento acaba, tornando-se desumano à medida que o ser fica reduzido a necessitar de meios tecnológicos. O desafio é cuidar do paciente com competência humana e científica, sem esquecer da valorização do ser humano.

A equipe deve estar preparada para saber labutar com as situações que podem vir a ocorrer, como a morte do indivíduo o qual recebe tais cuidados. Esta preparação é extremamente importante para que os cuidados paliativos ocorram de maneira eficiente. O que comprova isto é o aumento de cursos de capacitação disponíveis nesta área, para que se preconize manter o respeito, mantendo a unicidade do ser, efetuando, assim, um controle da dor e bem como a redução dos sintomas. (ANCP, 2006).

Segundo Silva (1996), é importante que os profissionais da saúde saibam lidar com o ser humano, independente do ambiente em que ocorre a relação, e que poderão originar-se desavenças causadas pelo déficit de comunicação.

Não se deve admitir a ocorrência de omissão para com o paciente e seus familiares, quanto ao diagnóstico e a evolução da doença, além da explicação da realização de procedimentos que poderão vir a ser realizados. (BIFULCO, 2006).

A troca de olhares entre quem cuida e quem recebe o cuidado pode ser uma translação do sentimento partilhado pelos membros da equipe de enfermagem. (SIMONI; SANTOS, 2003).

No Brasil, só agora é que tem sido dada a ênfase em se conhecer mais sobre a prática de cuidados paliativos. É importante que com o aumento significativo da demanda por esse tipo de cuidado haja um interesse governamental, inclusive que seja visto como uma questão de saúde pública. (CAMARGO et al, 2003). Atualmente, em nosso país, as pessoas necessitadas de tais cuidados acabam internadas nas instituições de longa permanência para idosos, que não possuem profissionais instruídos para tal função, colocando em risco a dignidade dos pacientes, os quais vivem a condição de espera da morte. (SIMONI; SANTOS, 2003).

As instituições de longa permanência para idosos, no Brasil, foram criadas no século XX, visando a prestação de assistência apenas a idosos repudiados. A sua criação não se deu de maneira correta, por ter sido implementada devido a uma necessidade social do país. (SILVA; ORDONEZ, [s.d.]).

Na resolução emitida pela Anvisa (2005) as instituições de longa permanência para idosos são entidades de abrigagem governamental ou não governamental, destinadas à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, o que nos sugere a não inclusão de pessoas em condições de cuidados paliativos.

No decorrer da doença incurável deve-se proporcionar assistência paliativa da forma mais precoce possível para que não haja dificuldades à medida que se aproxima de sua fase final. Como a consternação do ser humano pode ser multidimensional, o cuidado que a ele será prestado também o deverá ser. (SILVA; HORTALE, 2006).

Com base no exposto, este estudo buscou averiguar como está ocorrendo o envolvimento da equipe de cuidadores mediante a situação da pessoa que necessita de cuidados paliativos.

METODOLOGIA

A presente pesquisa configura-se como um estudo de caráter qualitativo desenvolvido em três instituições de longa permanência para idosos (ILPIs) do município de Passo Fundo que, de algum modo, possuem pacientes com necessidade de cuidados paliativos.

Instituição A, da iniciativa privada sem fins lucrativos, mantida por uma organização do movimento católico internacional de leigos, que trabalha com a caridade e com propósito de aliviar os sofrimentos do próximo, mediante o trabalho coordenado de seus membros.

Instituição B, da iniciativa privada com fins lucrativos, atua desde 1996 e hoje, abriga 16 idosos de ambos os sexos, conta com seis funcionários sendo que três são da enfermagem.

Instituição C, de caráter privado, com fins lucrativos, foi fundada em 13 de setembro de 2001. Abriga 19 idosos de ambos os sexos, tem vinte e seis funcionários.

Os sujeitos deste estudo foram cuidadores profissionais e ocupacionais que atuam nas ILPIs já citadas. Foram incluídas cinco pessoas de ambos os sexos, maiores de 19 anos, formadas em auxiliar ou técnico de enfermagem, que estejam na responsabilidade de auxiliar pacientes com cuidados paliativos, com atuação de, no mínimo, um ano na instituição.

A coleta de dados ocorreu por meio de uma entrevista semi-estruturada. As mesmas foram realizadas em dias e em horários agendados e adequados conforme as disponibilidades dos entrevistados. A entrevista constituiu-se com apoio num instrumento contendo uma parte com questões que caracterizam os participantes e outra com um roteiro norteador. A coleta de dados foi realizada no período de abril a maio de 2008.

Os dados foram analisados qualitativamente, através das leituras e releituras, das falas dos respondentes, onde foram abstraídas as categorias no sentido definido por Gomes (1996).

Este estudo observou as diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, registro nº 325/2007 e seu desenvolvimento foi autorizado pelos responsáveis pelas ILPIs.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após realizada a transcrição das entrevistas, foram criadas as categorias das respostas, sintetizando os principais resultados: Entendimento de cuidados paliativos; Trabalhando com a morte; Seguindo rotinas; Observação do comportamento dos familiares; Recompensa e gratificação. A apresentação de tais categorias é precedida pela caracterização dos sujeitos.

Caracterização dos sujeitos

A caracterização define-se no quadro abaixo, com a designação de cada sujeito, bem como o tipo de instituição em que foram coletados os dados.

Quadro 1. Caracterização dos entrevistados

Participante	Tempo Atuação	Idade	Formação	Local de atuação
Henrique	3 anos	41 anos	Técnico de Enf.	Inst. C - Privada com fins lucrativos
Paula	16 anos	49 anos	Técnico de Enf.	Inst. A - Privada sem fins lucrativos
Estrela	17 anos	52 anos	Técnica de Enf.	Inst. A – Privada sem fins lucrativos
Joana	3 anos	47 anos	Cuidador ocupacional	Inst. B – Privada com fins lucrativos
Rosa	12 anos	37 anos	Enfermeira	Inst. B – Privada com fins lucrativos

ENTENDIMENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS

a) Cuidados antes da morte, “amenizar o sofrimento”

Para que o morrer aconteça com dignidade, é necessário que o contexto propicie isto. Assim cabe aos cuidadores o entendimento do que seria suprir as necessidades e aliviar o sofrimento de cada pessoa. Neste estudo, verifica-se que o entendimento de cuidado paliativo (CP) são os cuidados dispensados ao ser humano, quando a morte é eminente, como se expressam nas falas a seguir.

A gente tá alongando um tempo mais, que a gente não pode cura a doença. Até mesmo porque não tem o porque da gente trata mal eles né.[...] Tá os cuidados, que é antes da morte né, assim uma pessoa que tá acamada, que nem o paciente tá com câncer e ele sabe né que ele não vai, que não tem cura né, mas daí a gente tem os cuidados né, a gente faz, tenta amenizar com medicação, a gente tenta amenizar, conversar com ele mesmo que ele não te responde né, daí a gente vai tenta faze o que ele gostaria que fizessem, não é porque vai morre deixá ele isolado num canto. A gente liga a tv, rádio, vai lá conversa, assim tenta dá mais atenção possível.[...] Henrique
É complicado, porque que nem, quais são as necessidades que nem pra aquele paciente que você conheceu, assim, seria a parte mais do organiza, do alimenta, do conversa, por mais que ele fique na cama né, tu tem que dá atenção pra ele né. Tu tem diálogo com ele, tu vai faze fisioterapia. Não sei assim o que mais e fala, eu entendo que seja isso mesmo né. Rosa
Pra mim é ajudar o que eu posso né, ajuda eles, eu já ouvi fala mas eu agora não me lembro bem. Tem uns paciente mais difícil, tem uns que tem que carrega, tem uns que caminham sozinho.[...] Tem que tê cuidado né, sempre ali. Pra mim, tem que te muito cuidado. Cuidava sempre com carinho, mas a gente sempre pensava que eles tava ali que a morte ia chega né. É essas pessoa que vão pra morte né. Que tu sabe que vai toma o remédio e que não melhora, tu não fala [...] a gente só procura cuida deles. Joana

Observando a fala de Joana, constata-se que embora ela não tenha uma definição em termos formais, do que seja CP, ela o exercita no seu dia-a-dia, pois entende que ele vai morrer e assim faz os cuidados com a presença, o carinho e a relação de ajuda.

Corrobamos com Pessini (2006) que paliativo é uma maneira de abrandar o sofrimento e a amargura de quem vive uma doença em fase final. Pode-se, também, considerar a recomendação de Silva e Hortale (2006) de proporcionar a devida assistência paliativa da forma mais precoce possível, evitando dificuldades durante a sua fase final.

b) Procedimentos rotineiros

Se por um lado há o entendimento de que CP seja a relação de ajuda na eminência da morte, por outro existem os que entendem por CP como sendo uma mera execução de procedimentos rotineiros como se confere nos depoimentos que seguem.

Higiene, alimentação, isso é o que nós mais fizemos né. Paula
É higiene, alimentação, aí é uma rotina, não é como dentro de um hospital que de semana em semana se ta trocando de paciente, mas aqui não, só sem vem a falecer um que daí entra outro [...] trata de uma rotina de higiene mesmo, de alimentação e quando aparece alguma situação que dizem que não tão bem, a gente administra um medicamento, se o caso foi mais grave manda pra emergência. Estrela

Nesta perspectiva, vale salientar o que Bettinelli (2002) diz, quando se refere, que pode ocorrer imposição por parte da equipe de enfermagem quanto à realização de procedimentos, de uma forma hierárquica, pois os CP também exigem a execução de procedimentos. Todavia, essa é uma situação delicada, a qual deve ser bem trabalhada pela equipe para que o cuidado não se torne apenas realização de técnicas.

TRABALHANDO COM A MORTE

a) A morte não é normal

A morte faz parte da natureza humana, todos nascemos, crescemos e morremos, porém, em muitas situações, quando se está próximo da pessoa a qual está perto do fim e que faz parte do nosso círculo de convivência, pode ser mais difícil perceber o que há de natural na morte. Vejamos o que Rosa diz:

Eu acho que todos aqui não entendem por uma coisa normal, aquele ah morreu, morreu, eu acho que não, acho que tem aquele ai será que eu podia fazer mais alguma coisa. Eu acho que a questão da morte tu tem que saber trabalhar também [...] É difícil os pacientes fazerem óbito aqui na casa, porque geralmente eles estão no hospital. Ninguém que que morra um paciente né. Rosa

Observando a fala de Rosa, percebe-se a importância de a equipe estar preparada para saber labutar com as situações que podem vir a ocorrer, como a morte do indivíduo que recebe tais cuidados e esta preparação é extremamente importante para que os Cuidados Paliativos ocorram de maneira eficiente, conforme Simoni e Santos (2003).

b) As experiências vividas amenizam o sofrimento

Conforme a experiência de vida de cada cuidador, ela é transferida para o ambiente de trabalho e ajudando-os a lidar com as situações que venham a ocorrer, de acordo com o que relata Henrique na fala a seguir.

Eu consigo assim segura né, mas a gente depois que sai a gente vê que não é fácil, que eu já tive experiência que eu perdi meu pai né, outros lá que não conseguem segurar [...] Mas todo mundo sente né desde nós técnicos, como a cozinheira, a faxineira, que todo mundo se envolve né, nós da enfermagem, a que vai no quarto limpa né, todo mundo e sente a falta. Henrique

Conforme Simoni e Santos (2003), no momento que a morte se aproxima, os profissionais agem de maneira como se a morte transferisse sensação de fracasso para os cuidadores, e este sentimento de culpa ocorre corriqueiramente, por isso se faz necessário que os cuidadores saibam trabalhar com suas dores internas também.

c) Sentindo a perda, tocando em frente

A necessidade de saber trabalhar com a proximidade da morte, encarando-a como algo inevitável, que logo mais pessoas estarão precisando de cuidados, faz-se evidente nas falas de Estrela, de Paula e de Joana.

Quando um deles morre, tu tem que tenta não senti na hora porque tem que ajudar eles também, mas logo vem outro. Mas eu tive a dona X1, que eu gostava muito dela, era uma senhora que tava aqui, eu conversava com ela[...] eu achei falta, porque cada vez que entrava no quarto parece que a gente enxergava ela, no mesmo canto dela.[...] A gente trabalha com isso né, e a gente sabe que é assim mesmo que funciona. Tu sempre vai perder um, aí depois vem outro, aí vai passando. Estrela
Só que a gente não pode ficar matutando, matutando, porque logo já vem outro, tu já começa a cuidar do outro, o modo de lidar com ele, daí vai que passa, talvez não apague totalmente da tua memória, mas um dia acaba né. Paula
Olha a gente fica que nem os da família né, quando morre a gente sente, mas tem que aceita né, que Deus qué leva, vamo faze o que né. Joana

A sensação de “perder vidas” será distinta se a perda for de algum parente ou pessoa próxima. Perde-se, assim, com o investimento afetivo, uma parte de si. Com o tempo, se for bem elaborado o luto, torna-se, apenas, a lembrança de alguém querido, pois os sentimentos que se alimenta em relação às pessoas próximas podem ser ambivalentes, e quando se anuncia uma morte próxima, isto fica muito evidente. Raiva e culpa não são sentimentos incomuns. Para Simoni e Santos (2003), a enfermagem, atende pacientes graves e em situação de morte iminente, o que é um grande desafio, já que a morte está interligada com fatores emocionais, sendo este o principal elo para que a assistência exista.

d) Sofrendo a perda

Cada cuidador possui uma forma de encarar a morte e, principalmente, a perda de cada paciente. Observa-se, segundo a fala de Rosa, que há um envolvimento por parte da equipe com os pacientes institucionalizados, devido ao tempo de permanência e ao vínculo que se forma ao passar do tempo.

[...] Então assim na verdade se tu trabalhar com uma pessoa um mês, dois meses é uma coisa, mas a gente fica com eles um ano, dois anos, eu acho que elas também sofrem muito né, pela perda. [...] O que a gente nota é que os próprios pacientes sentem a falta. Os que entendem mais e que tu conversa sabem que aquele colega faleceu, então tem aquela coisa deles ficarem chateados também, da perda né. Rosa

Segundo Simoni e Santos (2003), é possível evidenciar como está ocorrendo o envolvimento da equipe com o paciente e como a equipe se mostra frente a morte no momento em que a mesma se aproxima. A pessoas pode carregar para sua vida social dúvidas e medos que lhe afligem, alterando o cuidado realizado dentro da instituição. Conforme o sentimento mostrado por cada equipe, ocorrerá a relação com os familiares dos pacientes, pois ainda há divergências quanto a manter a família próxima do paciente e em que momentos privá-la desta relação. O sentimento de culpa ocorre corriqueiramente, principalmente, no caso de terem sido institucionalizados por necessidades da família.

SEGUINDO ROTINAS

A estrutura e a organização das ILPIs determinam a realidade cotidiana da vida na instituição. As ações ditas de cuidados acontecem centradas na tarefa. A fala a seguir ilustra tal situação.

Quando o idoso já tá em casa, se eles já não agüentam mais cuidar, é porque não dá, aquele jeito deles não tá dando, então quando o idoso vem pra cá eles querem faze do jeito deles, mas não é, aqui tudo tem horário, não dá pra dá as coisas pra eles toda hora, cada coisa tem seu horário e eles tem que se acostumar com isso, se não vai virá uma coisa que ninguém vai se entende. Não é assim, se não vira uma bagunça. Então pense, assim, 43 pessoas você larga faze o que quisé claro que não vai dá certo. E cada um é cada um. Paula

Os idosos devem seguir o ritmo que lhe é imposto. Muitos cuidadores sentem dificuldades ou até colocam empecilho em lidar com as solicitações individuais em função da sobrecarga de atividades. O ritmo lento de muitos idosos não encontram ancoragem na pressa incessante pelo acabamento das tarefas. Agich (2008) ressalta que o funcionário fica em um estado de ansiedade pela urgência que sente para dar conta das tarefas, desse modo, sente pouca inclinação no sentido de envolver-se em qualquer tipo de interação significativa com os pacientes estão sob seus cuidados.

Concordamos com Silva e Hortale (2006) o qual ressalta se necessário haver respeito quanto à unicidade do ser, inclusive quanto ao seu direito de decidir e de negar a realização de procedimentos. Nesta linha de pensamento, vale enfatizar que o paciente possui livre-arbítrio frente a procedimentos que são prestados a ele, e quando isto é impedido, o mesmo passa a sentir-se subordinado. (BETTINELLI, 2002)

OBSERVAÇÃO DO COMPORTAMENTO DOS FAMILIARES

O envolvimento dos cuidadores, em muitas situações, transparece nas observações rotineiras, como exemplo, na apreciação do tempo e da freqüência da visita dos familiares, como se confere nos relatos feitos por Henrique e Joana:

Às vezes a gente fica brabo com os familiares deles né, que chegam lá, ficam cinco minutinho e tchau, vão embora, às vezes ficam dois três meses sem ir, e tudo bem tão pagando, mas não é como se fosse, que nem a gente tenta dá atenção má não é como se fosse da família né, às vezes tem que vê a alegria deles quando chega os familiar, eles mudam a fisionomia deles quando vê os familiar, e depois que vão embora já volta a ficar pra baixo. [...] A gente não cura, a gente tenta prolongar a vida dele né, assim, com os cuidados, mas a gente sente né quando o paciente ta naquele estado. [...] Os familiar reconhece que a gente ta tentando né faz o que a gente pode. Henrique
Todos os familiares são muito presentes, tem uns que vem todos os dias outros não. Então tu fica assim, amigo, tu presta um trabalho, mas de certa forma tu te envolve. [...] Porque tem também o vínculo que tu tem com a família deles, a gente acaba se envolvendo, acaba ficando amigos, porque eles vem semanalmente, todos os familiares são muito presentes, tem uns que vem todos os dias outros não. Rosa

Simoni e Santos (2003), referenciando as atitudes das famílias frente aos CP, explicam que muitas delas associam o cuidado a procedimentos técnicos vinculado ao cuidado da dor, com especializações médicas e de outras áreas da saúde. Ademais, incluem ainda a administração de analgésicos e talvez por isso não valorizem sua própria presença como uma demonstração de cuidado. Cada família possui uma dinâmica que lhe é própria, todavia, o cuidador, ao manifestar sua indignação com determinados comportamentos de familiares, mostra até onde vai seu envolvimento, situações em que, muitas vezes os sentimentos revelados são de revolta, contrapondo ao desenvolvimento de vínculos, quando a família é parceira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo alcançou os objetivos traçados, pois o resultado evidenciou que o cuidador profissional apresenta dificuldades em separar os papéis no contexto social e em saber trabalhar com a morte dos pacientes que estão sob seus cuidados.

Notou-se, ainda, a falta de suporte de apoio para cuidadores, profissionais ou ocupacionais, já que os mesmos vêm sofrendo um desgaste notável tanto nas intervenções junto aos residentes, como também frente a determinadas circunstâncias que envolvem os familiares. Essas situações exigem preparo para lidar seja com o descaso da família, seja com a morte do residente.

Sugere-se que novos estudos sejam implementados, focando os cuidadores profissionais que trabalham em instituições desta abrangência, os cuidados paliativos, para que sejam desenvolvidos programas que abarquem as suas questões emocionais e sociais, envolvendo o tema da finitude.

REFERÊNCIAS

1. AGICH, George J. *Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo*. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo, 2008.
2. ANCP. Associação Nacional de Cuidados Paliativos. *Formação de enfermeiros em cuidados paliativos*. 2007. Disponível em: <http://www.ancp.pt/uploads/Recomendações-formaçãomcuidadospaliativos.pdf>. Acesso em: 20 abr.2006.
3. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução ANVISA/DC N° 283, de 26 de setembro de 2005*. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2005. Seção 1, p.58-9. Disponível em: http://www.mp.sp.gov.br/pls/portal/docs/PAGE/CAO_CIVEL/%C3%81REAS%20DE%20ATUA%C3%87%C3%83O/IDOSO/LEGISLA%C3%87%C3%83O/LEGISLA%C3%87%C3%83O%20FEDERAL/RESOLU%C3%87%C3%83O%20ANVISA-DC%20N.%20283%20-%2026.09.2005.DOC Acesso em: 20 abr. 2006.
4. BETTINELLI, Luiz Antônio. *A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida*. Florianópolis: UFSC, 2002.
5. BIFULCO, Vera Anita. *A morte na formação dos profissionais de saúde*. 2006. Disponível em: http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2045/pdfs/mat%2025_45.pdf. Acesso em: 23 abr.2007.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n°. 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. D.O.U. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, 16 out. 1996.
7. CAMARGO, Raquel Mori Pires de et al. *Cuidados paliativos num hospital universitário de assistência terciária: uma necessidade?* 2003. Disponível em: http://www.uel.br/proppg/seminar/pdf/semina_24_1_20_50.pdf Acesso em: 10 maio 2007.
8. GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 5. ed. Petrópolis: Rio de Janeiro, 1996.
9. PESSINI, Leo (Org.). *Bioética e Longevidade Humana*. São Paulo: Loyola, 2006.
10. SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira; HORTALE, Virgínia Alonso. *Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área*. 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScripts=iah/iah.xis&src=google>. Acesso em: 26 abr. 2007.
11. SILVA, M.J.P. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 5.ed. São Paulo: Gente, 1996.
12. SILVA, Taís B.L. da; ORDONEZ, Tiago N. *A cultura e a etnicidade influenciam no tratamento dos idosos asilados?* Disponível em: http://uspleste.wiki.br/tiki/tiki-download_file.php?fileId=13. Acesso em: 13 nov. 2007.
13. SIMONI, Miguel de; SANTOS, Mônica Loureiro dos. *Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a09v14n2.pdf> Acesso em: 03 maio 2007.

“

Capacidade funcional e atividades da vida diária no envelhecimento

▮ Débora Pastoriza **Sant' Helena**
UFRGS/PPGCMH

▮ Priscilla Cardoso da **Silva**
UFRGS/PPGCMH

▮ Andréa Kruger **Gonçalves**
UFRGS/PPGCMH

RESUMO

Com o envelhecimento ocorrem alterações em diversos fatores, principalmente a redução da capacidade funcional e a independência dos idosos. O objetivo deste estudo foi investigar a relação da capacidade funcional e as atividades de vida diária no envelhecimento e seus fatores associados. Estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, do tipo de revisão bibliográfica, utilizando duas bases de dados, a Biblioteca Virtual em Saúde e o Google Acadêmico. Foram selecionados 15 artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais no período de 2009 a 2019. De acordo com esta revisão, encontramos dois artigos com enfoque em patologias associadas, cinco artigos deram ênfase a estudos populacionais e epidemiológicos e a relação com a incapacidade e atividades de vida diárias. Desta forma, a relação da capacidade funcional e as atividades de vida diária estão diretamente relacionadas com o avanço da idade, o nível de socialização, as atividades de lazer, nível de escolaridade, cognição, renda salarial e comorbidades em idosos.

Palavras-chave: Capacidade Funcional, Atividades de Vida Diária, Idosos, Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno complexo, progressivo e dinâmico, que ocorre em todas as espécies, envolvendo mecanismos deletérios que influenciam na habilidade dos indivíduos em desempenhar suas funções básicas do cotidiano (HEIKKINEN, 1998; LEITE *et al.*, 2020). Nos últimos anos tem ocorrido o envelhecimento da população de forma progressiva e acelerada (ZENEVICZ, MORIGUCHI, MADUREIRA, 2013) fazendo com que haja uma maior preocupação da sociedade com a qualidade de vida e o envelhecimento ativo para os idosos.

Atualmente o nosso país atinge os mais elevados níveis de população idosa de toda a sua existência (IBGE, 2018). O aumento progressivo de idosos principalmente com mais de 80 anos é um dos dados com mais destaque na área da gerontologia e geriatria no Brasil, necessitando de reflexões de políticas públicas e implementação direcionada à prevenção e ao cuidado (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016). Nos últimos dez anos, a população com 60 a 69 anos cresceu cerca de 22%, já os com acima dos 80 anos teve um aumento de 48%, ou seja, destaca-se esse envelhecimento da população brasileira, sendo que há duas décadas, a maior concentração de idosos estava entre a faixa etária dos 60 a 69 anos de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Com o avanço da idade ocorre o aumento de diversos fatores, entre eles, a depressão, isolamento social, aumento da dependência física, improdutividade e principalmente o declínio funcional (VETRANO *et al.*, 2018). Podendo também ocorrer o desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas, resultado de alterações fisiológicas e comorbidades que ocasionam a diminuição da expectativa de vida na população idosa (MASCARENHAS *et al.*, 2012).

Conseqüentemente, uma das maiores limitações e desafios com o aumento da idade é a incapacidade funcional e a dependência, acontece de forma progressiva e irreversível durante a idade cronológica, evoluindo de acordo com as condições de saúde, sociais, ambientais e físicas (FERREIRA *et al.*, 2012; FARÍAS-ANTÚNEZ *et al.*, 2018). Segundo Marandini, Silva e Abreu (2017) as limitações progressivas vindas do envelhecimento acarreta alterações na capacidade funcional dos idosos diretamente relacionada a fatores de saúde mental e comportamental. A capacidade do idoso na realização de diversas atividades do cotidiano também é prejudicada com a chegada da velhice e a interferência na capacidade funcional, pois dificulta executar as atividades da vida diária (AVD'S), como subir degraus, se vestir, caminhar, cozinhar, realizar atividades manuais, entre tantas outras (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A capacidade funcional (CF) se refere à maneira que o indivíduo vive, com condições independentes e autônomas, além do modo de como se relaciona com seu meio (NOGUEIRA *et al.*, 2010; LEITE *et al.*, 2020). A perda da CF está relacionada a um maior risco de quedas e dependência, sendo considerada um dos principais fatores para a mortalidade, gerando

complicações nos próximos anos de vida (CARNEIRO *et al.*, 2016). Há um aumento do risco de declínio funcional, em cerca de, duas vezes a cada 10 anos a mais vividos, ou seja, idosos de 80 anos ou mais têm maiores chances de declínio da capacidade funcional, comparados com idosos mais jovens (FERREIRA *et al.*, 2012).

Pode ser definida, a capacidade funcional, como a habilidade de realizar atividades da vida diária. As atividades de vida diária podem ser classificadas como as atividades básicas (ABVD'S), atividades instrumentais (AIVD'S) e as atividades avançadas (AAVD'S), sendo necessárias para uma vida independente e autônoma (OLIVEIRA, 2010). Da mesma maneira que a capacidade funcional também é influenciada por fatores sociais, demográficos, econômicos, fisiológicos e culturais, as quais caracterizam o estilo de vida do idoso (CAPORICCI e NETO, 2011).

Segundo a 'American Geriatrics Society' (COTTON, 1998), as atividades básicas da vida diária (ABVD's) são as relacionadas às atividades pessoais que contém o autocuidado básico, como por exemplo, se vestir, se banhar, se arrumar, comer, caminhar e utilizar o banheiro. As atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) indicam a capacidade do indivíduo de levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive, incluindo a capacidade para realização de atividades mais complexas que possibilitam uma vida sem dependência, tais como, realizar compras, preparar refeições, utilizar o telefone, fazer a limpeza da casa, cozinhar, lavar roupas, tomar medicamentos e usar meios de transporte. As atividades avançadas de vida diária (AAVD's) referem-se a um conceito proposto inicialmente por Rubenstein *et al.*, (1989) no qual refere a um conjunto de atividades sociais, produtivas e de lazer relacionadas com a participação e desenvolvimento social, juntamente as de autocuidado, sobrevivência e solução de problemas práticos que colocam os idosos em contato com papéis sociais mais amplos e complexos.

Portanto, esta revisão bibliográfica teve como objetivo investigar a relação da capacidade funcional e as atividades de vida diária no envelhecimento e seus fatores associados.

METODOLOGIA

Estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa, do tipo de revisão bibliográfica. Este tipo de revisão baseia-se na procura de referências teóricas para análise de um problema de pesquisa ou análise em questão (LIBERALI, 2011). A estruturação da revisão foi baseada nas seguintes etapas: i) identificação do tema e definição; ii) definição dos critérios de inclusão e exclusão de artigos; iii) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; iv) leitura na íntegra dos estudos selecionados e análise; v) interpretação e discussão dos artigos; e vi) apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste estudo foram realizadas buscas em duas bases de dados, a "BVS Brasil" Biblioteca Virtual em Saúde e o Google Acadêmico. Como estratégia de busca nas bases de dados foi a

utilização de palavras-chaves e de booleanos, na língua portuguesa e inglesa: “envelhecimento/aging” AND “capacidade funcional/functional capacity” OR “atividades de vida diária/activities of daily living” para o BVS Brasil, desta forma, foram encontrados cerca de 200 artigos. Destes estudos alguns foram selecionados por estarem diretamente relacionados aos objetivos do estudo. No outro banco de dados, “Google Acadêmico”, por ser um banco muito amplo e inespecífico, tivemos a escolha de somente incluir artigos em língua portuguesa, pelas palavras e booleanos: “idoso” AND “capacidade funcional” AND “atividades de vida diária”. Dos 1.770 artigos encontrados, após revisão e leituras alguns artigos foram incluídos neste estudo.

Os critérios de inclusão utilizados para compor a pesquisa de revisão dos artigos foram: a) estudos com população acima de 60 anos; b) estudos que identificaram de alguma forma aos temas relacionados às palavras pesquisadas; c) estudos publicados no período de 2009 a 2019. Como critério de exclusão: a) artigos repetidos; b) artigos duplicados; c) falta de artigo na sua íntegra online; d) completa ausência dos descritores citados anteriormente.

Dos artigos escolhidos no estudo apresentaremos um quadro sinóptico, constando: autores, ano, periódico, objetivo, métodos, relevância.

RESULTADOS

A presente revisão identificou no total quinze artigos, oito artigos da base de dados “BVS Brasil” Biblioteca Virtual em Saúde e sete do Google Acadêmico. Os artigos escolhidos tiveram seus resumos lidos e, após a aplicação dos critérios de inclusão, os resumos foram selecionados para leitura do texto completo. A leitura dos artigos na íntegra permitiu um maior entendimento das informações, de forma que foram filtradas informações sobre a capacidade funcional e atividades de vida diária na população idosa. As informações relacionadas a este processo de seleção de artigos estão sumarizadas na tabela abaixo.

Quadro 1. Artigos selecionados sobre capacidade funcional em idosos.

ARTIGO/ ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO	MÉTODOS	RELEVÂNCIA
D'ORSI, Eleonora; XAVIER, André Junqueira; RAMOS, Luiz Roberto, 2011	Revista de Saúde Pública	Identificar fatores de risco para perda da capacidade funcional de idosos	São Paulo/SP; n= 1.667 Idosos; longitudinal (1991-2001) Instrumento: 4 blocos de Entrevistas	-Prevenção da perda funcional se relaciona com o controle de patologias e estímulo à atividade cognitiva; -Associação entre aumento da idade e perda funcional; -Adequar controle das doenças crônicas e estímulo à atividade cognitiva
TUNTLAND et al., 2015	BMC Geriatrics	Investigar a eficácia da reabsorção em idosos residentes em casa em relação aos cuidados habituais às atividades cotidianas, funcionamento físico e qualidade de vida relacionada à saúde	Noruega; n= 61 idosos com declínio funcional; Ensaio clínico controlado randomizado; Avaliados 3-9 meses de acompanhamento Instrumento: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM)	-Programa de reabilitação de 10 semanas resultou em melhor desempenho de atividade e satisfação com o desempenho em longo prazo

ARTIGO/ ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO	MÉTODOS	RELEVÂNCIA
GUIMARÃES, Márcio Niemeyer Martins de Queiroz; ALMADA FILHO, 2011	São Paulo Medical Journal	Identificar variações da capacidade funcional em idosos submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica	São Paulo; 33 pacientes com problemas cardíacos; Estudo de coorte; Avaliados na pré e pós internação; Instrumentos: Escala Katz, Escala de Lawton e Brody	- Medida de independência funcional foi promissora para o acompanhamento da funcionalidade de idosos após a cirurgia de revascularização miocárdica
FERRETTI <i>et al.</i> , 2015	Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento	Analisar a qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico	Chapecó/SC; 120 idosos; Transversal; Instrumentos: WHOQOL-bref; WHOQOL- Old; MEEM (mini mental)	-Grupo praticante com melhores resultados que grupo sedentário; -Prática regular de exercício físico é um determinante da melhor QV para idosos
BRITO, Kyonayra Quezia Duarte; MENEZES, Tarciana Nobre de; OLINDA, 2016	Revista Brasileira de Enfermagem	Verificar a prevalência de incapacidade funcional entre idosos e sua associação com condições de saúde e prática de atividade física regular	Campina Grande/ PB; 420 idosos (Ambos os sexos); Transversal Instrumento: Índice de Barthel	-Recomendam-se ações de prevenção, principalmente em nível primário, para retardar surgimento de incapacidades; -Envelhecimento bem-sucedido, com capacidade funcional preservada, depende, de um estilo de vida saudável com alimentação equilibrada, prática de atividade física regular e controle das doenças crônicas
BORGES; MOREIRA, 2009	Motriz	Verificar a influência da prática regular de atividades físicas nos níveis de autonomia para o desempenho nas AVD's e AIVD's em idosos	Tramandaí/R S; 48 idosos; Transversal; Instrumentos: Escala de Katz, Escala de Lawton e Brody	-Idosos ativos: autonomia - Idosos sedentários: dificuldade e dependência; -Sedentarismo acelera o decréscimo da capacidade funcional; -População idosa está crescendo e mais consciente e interessada em envelhecer com qualidade de vida
FERREIRA <i>et al.</i> , 2012	Texto Contexto Enfermagem	Analisar os fatores determinantes de um envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional	João Pessoa/PB; 100 idosos; Transversal; Instrumentos: Medida de Independência Funcional; Questionário sociodemográfico	-Independência funcional promove uma maior inserção dos idosos na comunidade; -A dependência pode ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados
FERREIRA <i>et al.</i> , 2010	Revista Escola de Enfermagem USP	Apreender as representações sociais de idosos sobre o envelhecimento ativo	João Pessoa /PB; 100 idosos independentes (idades 60-93 anos); transversal Instrumentos: Entrevistas	-Devem-se manter os idosos funcionalmente independentes, para um envelhecimento ativo e com melhor qualidade de vida; -Envelhecimento de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, uma vez que ele é sinônimo de vida plena e com qualidade
YOSHIDA <i>et al.</i> , 2012	Journal of Epidemiology	Identificar a prevalência e as causas de incapacidade na população geral idosa no Japão	Japão; 1550 idosos; transversal, epidemiológico; Instrumentos: Índice de Barthel	-A incapacidade funcional é comum entre os idosos japoneses e as principais causas são AVC nos homens e demência nas mulheres
LARA <i>et al.</i> , 2012	Index de Enfermería	Determinar características do idoso que possam influenciar na sua capacidade funcional de acordo com as atividades instrumentais da vida diária	Chile; 136 idosos; transversal; Instrumentos: Escala Lawton e Brody; Escala de depressão	-Os fatores físicos, mentais e sociais estão relacionados a funcionalidade dos idosos; -Fundamental a criação de políticas públicas para o cuidado com essa população
FARIAS- ANTÚNEZ <i>et al.</i> , 2018	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Estimar a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária e sua associação com características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde em idosos	Pelotas/ RS; 1451 idosos; epidemiológico Instrumentos: Escala de Lawton e Brody; Escala de Katz	- As incapacidades funcionais se associaram com a maior idade, menor escolaridade e multimorbidades

ARTIGO/ ANO	PERIÓDICO	OBJETIVO	MÉTODOS	RELEVÂNCIA
FUHRMAN N <i>et al.</i> , 2015	Revista Gaúcha de Enfermagem	Caracterizar os idosos dependentes e seus cuidadores familiares e verificar a associação entre a capacidade funcional do idoso e a sobrecarga do cuidador	Porto Alegre; 112 idosos; transversal; Instrumentos: Escala de Katz, Escala de Lawton e Brody, Burden Interview	- Concluiu que quanto maior a dependência do idoso, maior a sobrecarga do cuidador e a prevalência de idosos mais velhos possuíam dependência grave
BERLEZI <i>et al.</i> , 2016	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Verificar as condições de saúde e a capacidade funcional de idosos residentes em município de pequeno porte e que apresenta elevada taxa de envelhecimento populacional	Independência/ RS; 528 idosos; epidemiológico Instrumentos: Escala de Katz, Escala de Lawton e Brody adaptada	- Os idosos deste município são em grande maioria, independentes para a realização de suas tarefas de vida diária apresentando uma velhice ativa e bem sucedida
DIAS <i>et al.</i> , 2015	Cadernos de Saúde Pública	Avaliar o impacto das atividades avançadas de vida diária na incidência de declínio cognitivo	São Paulo; 2.143 idosos; epidemiológico Instrumentos: Mini Exame do Estado Mental, Questionário sobre atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer para as AAVD'S	- Concluiu que quanto maior o número de AAVD'S realizadas pelos idosos, menor a chance de declínio cognitivo
BARBOSA <i>et al.</i> , 2014	Ciência e Saúde Coletiva	Avaliar a capacidade funcional e analisar as características associadas à incapacidade dos idosos atendidos em uma Estratégia da Saúde da Família em Montes Claros-MG	Montes Claros/ MG; 286 idosos; Transversal; Instrumentos: Escala de Lawton e Brody; Escala de Katz	- A dependência tanto nas AAVD'S como nas ABVD'S foi positiva; - A maioria dos idosos foram considerados independentes para a realização das AVD'S, contudo alguns apresentaram comprometimento do estado funcional

Dentro do período selecionado da pesquisa, ano de 2009 a 2019, predominaram 4 artigos no ano de 2015, subsequente por 3 artigos em 2012, 2 artigos nos anos de 2011 e 2016, e um em cada ano de 2009, 2010, 2014 e 2018. A maioria dos artigos era de abordagem quantitativa e somente dois, optaram pela abordagem qualitativa, destes um descreveu os fatores de risco para diminuição da capacidade funcional e o outro, para entender as limitações decorrentes da perda funcional (FERREIRA *et al.*, 2010; D'ORSI, XAVIER, RAMOS, 2011).

DISCUSSÃO

Dos estudos referentes à incapacidade funcional decorrentes de patologias, dois apresentaram estas características, o estudo de Guimarães e Almada Filho (2011) sobre idosos que sofreram cirurgia de revascularização miocárdica e o estudo de Dias *et al.* (2015) com declínio cognitivo. No primeiro estudo, (GUIMARÃES, ALMADA FILHO, 2011) os autores identificaram as alterações do estado funcional de idosos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Os pacientes foram avaliados pelas escalas de Katz e Lawton e Brody, e pela Medida de Independência Funcional (MIF). Foram feitas comparações entre os grupos, com (n=18) e sem (n=13) mostrando uma tendência de recuperação em mês após a alta. Delirium e transfusão de sangue foram os eventos intercorrentes, dos resultados encontrados. O estudo tenta identificar as características comuns das escalas de desempenho em atividades motoras, as habilidades de comunicação, fatores cognitivos e sociais

relacionados à hospitalização. Apontaram que quanto maior a gravidade da doença, maior era a probabilidade dos pacientes retornarem ao seu estado funcional, devido a uma recuperação bem sucedida; e o instrumento MIF pode auxiliar o monitoramento destes casos, por ser um instrumento único e amplo sobre o estado geral de saúde.

No estudo longitudinal de Dias *et al.*, (2015), dos anos de 2006 a 2010, teve como objetivo avaliar o impacto das atividades avançadas de vida diária na incidência de declínio cognitivo. Foram utilizados o Mini Exame do Estado Mental para avaliar o declínio cognitivo e o questionário de 12 perguntas de atividades sociais, produtivas, físicas e de lazer para as AAVD'S; como variáveis dos estudos foram os fatores sociodemográficos, saúde geral, estilo de vida e funcionalidade. Os resultados foram a incidência de declínio cognitivo de 8% dos idosos, sendo que no primeiro ano os valores de média no desempenho das AAVD'S foram significativamente maiores entre os idosos que não desenvolveram o declínio cognitivo. O estudo concluiu que quanto maior o número de AAVD'S realizadas pelos idosos, menor a chance de declínio cognitivo. Ambos os estudos mostraram a importância da avaliação da capacidade funcional associada a patologias como forma de controle da independência física e autonomia dos idosos.

Identificamos também estudos de vertente epidemiológica, um estudo Latino- Americano (em sete centros-urbanos) realizado em São Paulo (DIAS *et al.*, 2015), três com a população brasileira de outras localidades e um estudo com idosos japoneses (D'ORSI, XAVIER, RAMOS, 2011; YOSHIDA *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2014; FARÍAS-ANTÚNEZ *et al.*, 2018). No estudo de Dias *et al.*, (2015) foram avaliados 1.152 idosos residentes do município de São Paulo e pertencentes ao estudo longitudinal 'Saúde, bem- estar e envelhecimento' (SABE), este estudo teve início no ano de 2000 e foi desenvolvido em sete países, Argentina, Barbados, Cuba, Uruguai, Chile, México e Brasil, com o objetivo de traçar o perfil das condições de vida e saúde das pessoas idosas residentes em cada região. O estudo percebeu que quanto maior a capacidade de realização das Atividades Avançadas de Vida Diária maior o fator de proteção para a incidência de declínio cognitivo em idosos. Confirmando com os achados da literatura, idosos que apresentam maiores níveis de participação na sociedade, são capazes de realizar atividades físicas, mentais e sociais eficientes, e permanecem por mais tempo com as suas funções cognitivas preservadas e independentes funcionalmente (BARNES *et al.*, 2007; YAFFE *et al.*, 2009).

Em outro estudo na capital paulista, este de coorte, nos anos de 1991/1994/1998 (D'ORSI, XAVIER, RAMOS, 2011), foram selecionados 326 participantes, divididos em dois grupos, grupo independente e grupo com dependência leve, identificaram os fatores de risco para perda da capacidade funcional, nas variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, estado cognitivo, morbidade, internação hospitalar, autopercepção de saúde, edentulismo, suporte social e atividades de lazer. Concluíram que manter uma atividade de trabalho remunerada,

relacionamentos pessoais ativos e regulares, atividade sexual, realizar atividades de lazer, como por exemplo, trabalhos manuais, jogos de salão e assistir televisão, são fatores protetores contra a incapacidade funcional. Além de reforçarem estudos sobre patologias e cognição citados anteriormente, os idosos com pior auto percepção de saúde, patologias crônicas e os com comprometimento cognitivo também apresentaram associação com a perda da capacidade funcional, principalmente em idosos com idades superiores a 75 anos.

Um estudo transversal realizado no interior do Rio Grande do Sul com 1451 idosos (FARIAS-ANTÚNEZ *et al.*, 2018) apresentou como objetivo estimar a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária e sua associação com características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de saúde em idosos. Os resultados mostraram que a prevalência de incapacidades para as ABVD'S foi de 36,1% e 34% para AIVD'S. As maiores prevalências de incapacidades foram apresentadas em mulheres, idosos com mais de 80 anos, em indivíduos que não estavam trabalhando e com morbidades, duas ou mais. Enquanto idosos com 12 ou mais anos de escolaridade e com atividades de lazer regulares apresentaram menores prevalências, concluindo que as incapacidades funcionais se associaram com a maior idade, menor escolaridade e multimorbidades.

Para avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade, um estudo epidemiológico transversal, descritivo e analítico (BARBOSA *et al.*, 2014) teve como objetivo avaliar a capacidade funcional e analisar as características associadas à incapacidade dos idosos atendidos em uma Estratégia da Saúde da Família em Montes Claros-MG. Na metodologia foram avaliados 286 idosos de 60 a 103 anos, as escalas utilizadas foram de Lawton e Brody e Katz. Como resultados os idosos entrevistados possuíam média de idade 71 anos e escolaridade de 3 anos; 62% caracterizados como independentes quanto à capacidade funcional, sendo dependentes apenas nas AIVD'S associada a faixa etária superior a 75 anos, ao sexo feminino e doença cardíaca. Os idosos atendidos na Estratégia da Saúde da Família deste município apresentam resultados positivos frente à dependência das AIVD'S como nas ABVD'S. Apontando resultados importantes para controle de saúde, cuidados e análise dos atendimentos no território, mesmo que ainda alguns apresentarem comprometimento do estado funcional.

No estudo transversal de Yoshida *et al.*, (2012) com 1550 japoneses acima de 65 anos, procuraram identificar a prevalência e as causas de incapacidade na população geral idosa no Japão. Os resultados indicaram que de um total de 311 participantes mostraram uma prevalência de 20,1% de incapacidade funcional decorrente do avanço da idade. A prevalência foi maior entre as mulheres, do que nos homens, principalmente com idade de 85 anos ou mais. Em relação à incapacidade 24% destes homens apresentaram demência e 36% das

mulheres, principalmente entre idosos com idade superior a 75 anos; 25% nos homens já haviam tido acidente vascular cerebral (comum entre 65 a 74 anos) e 31% das mulheres possuíam doenças ortopédicas, além de outras patologias. Entre os participantes com dependência total 95% residiam em estabelecimentos de saúde ou hospitais. Portanto, o artigo concluiu que a incapacidade funcional é comum entre os idosos japoneses, principalmente os que vivem em situação institucional e com maior comorbidades.

Assim se faz importante medidas de prevenção, como o estímulo para prática de atividade física. Dos quinze estudos analisados, cinco investigaram os benefícios do treinamento físico em relação as atividade de vida diária (TUNTLAND *et al.*, 2015; BRITO, MENEZES, OLINDA, 2016; FERRETTI *et al.*, 2015; BORGES, MOREIRA, 2009; FUHRMAN, 2015).

O estudo de Tuntland *et al.*, (2015) com objetivo de investigar a eficácia do exercício físico em idosos residentes em comparação com os cuidados habituais em relação às atividades diárias, capacidade física e qualidade de vida relacionada à saúde. Foram avaliados 61 idosos com declínio funcional, no início do estudo e acompanhados de 3 a 9 meses, randomizados em dois grupos: grupo de intervenção (n=31) e grupo de controle (n=30). O grupo de intervenção recebeu 10 semanas de reabilitação domiciliar multicomponente. A Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) foi usada para medir o desempenho da atividade autopercebida e a sua satisfação, medidas da capacidade funcional e da qualidade de vida relacionada à saúde. Ocorreram melhorias significativas nas pontuações médias favorecendo desempenho COPM durante os meses, melhorando a capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos, resultando no melhor desempenho das atividades e satisfação em longo prazo.

No estudo de Brito, Menezes e Olinda (2015) verificou a prevalência da incapacidade funcional de 420 idosos e a sua associação com as condições de saúde e prática de atividade física regular. Foi observada uma associação significativamente estatística entre a incapacidade funcional e número de doenças crônicas, autoavaliação de saúde e prática de atividade física, principalmente entre os homens. É recomendado ações de prevenção, principalmente em nível primário, que retardam o surgimento de incapacidades funcionais com a prática de atividade física.

Ferretti *et al.*, (2015) descreve a importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. Dos 120 idosos divididos em dois grupos, os que praticaram exercícios físicos regulares apresentaram melhores resultados nos instrumentos, devido ao aumento da satisfação ao realizar as atividades e qualidade de vida. O Mini Exame de Estado Mental (MEEM) é um dos testes mais aplicados para avaliação do estado mental do idoso, junto com os questionários WHOQOL. Além do exercício físico, o estudo aborda a relação entre idoso e a independência funcional, considerando sua importância para um envelhecimento bem sucedido e com qualidade de vida. Idosos que não praticam nenhum tipo de atividade

física (sedentários) possuem declínio funcional acentuado, níveis baixos de desempenho principalmente nas AVD'S e com pouca socialização. Um programa de atividade física produz inúmeros benefícios para um envelhecimento ativo, como a independência, estímulo à atividade cognitiva, autonomia, além da influência positiva na execução das AVD's e AIVD'S.

Os artigos de Borges e Moreira (2009) e Fuhrman *et al.*, (2015) fazem relação dos idosos com a prática regular de atividade física e com o nível de incapacidade funcional entre os idosos, além dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVD'S e AIVD'S. Como resultado foram afirmados como é importante envelhecer bem e com qualidade de vida, retardando o surgimento de incapacidades, dificuldades e dependência através da atividade física regular. Destaca-se que é possível melhorar a autonomia e diminuir o sedentarismo.

Ao analisarmos os instrumentos utilizados nos estudos, pudemos mensurar que para a avaliação de desempenho e capacidade das atividades da vida diária na população idosa, houve o predomínio da Escala de Lawton e Brody em sete artigos (BORGES, MOREIRA, 2009; GUIMARÃES, ALMADA FILHO, 2011; LARA *et al.*, 2012; BARBOSA *et al.*, 2014; FUHRMANN *et al.*, 2015; BERLEZI *et al.*, 2016; FARÍAS-ANTÚNEZ *et al.*, 2018), seguido da Escala de Katz, em seis artigos, (BORGES, MOREIRA, 2009; GUIMARÃES, ALMADA FILHO, 2011; BARBOSA *et al.*, 2014; FUHRMANN *et al.*, 2015; BERLEZI *et al.*, 2016; FARÍAS-ANTÚNEZ *et al.*, 2018), e dois estudos utilizaram o Índice de Barthel (YOSHIDA *et al.*, 2012; FUHRMANN *et al.*, 2015), assim como entrevistas (FERREIRA *et al.*, 2010; ORSI, XAVIER, RAMOS, 2011).

No estudo sobre a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades, de Berlezi (2016), utilizaram os instrumentos Escalas de Katz e Lawton e Brody adaptada, tendo como objetivo verificar as condições de saúde e a capacidade funcional, dos 528 idosos avaliados em espaço domiciliar de um município de pequeno porte, o qual possui em sua população total 1.233 idosos com idades acima dos 60 anos. Como resultados obtiveram que a maioria realizava as AVD'S (90%) e AIVD'S (84%) de forma independente, além disso, também foi constatada associação significativamente estatística de quedas com os níveis de capacidade funcional. De modo geral, o artigo concluiu que os idosos deste município são, em grande maioria, independentes para a realização de suas tarefas de vida diária.

Os autores Fuhrmann e colaboradores (2015) também relacionaram as Escalas de atividades básicas e instrumentais de vida diária (escalas de Katz e Lawton e Brody) com as variáveis socioeconômicas e a sobrecarga do cuidador de idosos. Os resultados apresentaram que dos 112 idosos, possuíam média de idade de 81 anos e dependência grave (71% dos avaliados), em relação aos cuidadores, a maioria era do sexo feminino (75%) e relataram sobrecarga moderada ao trabalho. Concluíram que quanto maior a idade e dependência do idoso, maior será a sobrecarga do cuidador. Em outro estudo (Lara *et al.*, 2012) utilizaram somente para avaliar a capacidade funcional, a escala de Lawton e Brody,

com 136 idosos, teve como objetivo determinar as características do idoso que possam influenciar na sua capacidade funcional, de acordo com as atividades instrumentais da vida diária. Os resultados apresentaram que 61% foram mulheres, com idade média de 73 anos. Interferindo nos valores de AIVD's, que dependiam dos fatores de nível de alfabetização, nível de instrução, participação da comunidade, estado nutricional e depressão. O estudo conclui que fatores físicos, mentais e sociais estão relacionados a funcionalidade dos idosos, sendo fundamental a criação de políticas públicas para o cuidado, com intuito de promover ao idoso uma velhice ativa e bem sucedida.

Estudos de Ferreira *et al.* (2010) e Ferreira *et al.* (2012) se relacionam diretamente com o envelhecimento ativo. Foram analisados fatores e representações sociais dos idosos e a relação com a independência funcional. Ambos os estudos foram realizados com 100 idosos, avaliados através de entrevistas, medidas de capacidade funcional e questionário sociodemográficos. Para se ter um envelhecimento ativo, saudável, com autonomia e independência funcional, melhor qualidade de vida, os idosos devem se manter sociáveis, inseridos na comunidade de maneira ativa e independente.

Neste estudo comprovou-se algumas limitações perante a base de dados, pela utilização de poucas palavras-chaves, principalmente no Google Acadêmico, devido à análise ampla de 10 anos e a pequena quantidade de filtros; outra limitação foi a escassez de pesquisas/estudos com as atividades avançadas de vida diária, podendo ser justificado pela falta de instrumentos padronizados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a relação da capacidade funcional e as atividades de vida diária no envelhecimento podem estar relacionadas com o avanço da idade, o nível de socialização do idoso, as atividades de lazer, nível de escolaridade, cognição, renda salarial e comorbidades. Para um envelhecimento ativo e saudável, com autonomia, independência e qualidade de vida, praticar atividade física deve estar presente no cotidiano dos idosos, pois além da prevenção de doenças, a prática traz melhorias na socialização, autoestima, nos níveis de independência funcional e autonomia para realizar as atividades de vida diária.

Portanto, manter o idoso independente funcionalmente e ativo é o primeiro passo para se atingir um envelhecimento saudável para que não haja dependências em suas AVD'S e fatores de riscos relacionados com a incapacidade funcional.

■ REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.
2. BARNES, D. E. et al. Women who maintain optimal cognitive function into old age. **Journal of the american geriatrics society**, v. 55, n. 2, p. 259-264, 2007.
3. **Journal of the american geriatrics society**, v. 55, n. 2, p. 259-264, 2007.
4. BERLEZI, E. M. et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado? **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 643-652, 2016.
5. BORGES, M.R.D.; MOREIRA, A. K. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz. Revista de Educação Física**, v. 15, n. 3, p. 562-573, 2009.
6. BRITO, K. Q. D.; MENEZES, Tarciana Nobre de; OLINDA, Ricardo Alves de. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 69, n. 5, p. 825-832, 2016.
7. CAPORICCI, S.; NETO, M.F.O. Estudo comparativo de idosos ativos e inativos através da avaliação das atividades da vida diária e medição da qualidade de vida. Ribeira de Pena (Portugal). **Motricidade**, v.2, n.7, p.15-24, 2011
8. CARNEIRO, DN et al. Avaliação do déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos. **Revista de APS - atenção primária à saúde**, v. 19, n. 2, 2016.
9. COTTON, R. T. **Exercise for older adults: ACE's guide for fitness professionals**. 1. ed. USA: Human Kinetics, 1998
10. D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R.. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Revista de saúde pública**, v. 45, p. 685- 692, 2011.
11. DIAS, E. G. et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, p. 1623-1635, 2015.
12. FARÍAS-ANTÚNEZ, S. *et al.*, Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária: um estudo de base populacional com idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. 20-172, 2018.
13. FERREIRA, O. G .L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.
14. FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1065-1069, 2010.
15. FERRETTI, F. et al. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 20, n. 3, 2015.
16. FUHRMANN, A.C. et al. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 36, n. 1, p. 14-20, 2015.
17. GUIMARÃES, M. N. M. Q. ALMADA FILHO, C. M. . Functional status change in older adults undergoing coronary artery bypass surgery. **São Paulo medical journal**, v. 129, n. 2, p. 99-106, 2011.

18. HEIKKINEN, RL. **The role of physical activity in healthy aging**. Geneva, World Health Organization; 1998.
19. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil e unidades da federação por sexo e idade para o período 2010-2060**. 2018. Disponível em <www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 25 de agosto 2020.
20. LARA, R. A. J. et al. Actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores atendidas en la red de atención primaria de salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile. **Index de enfermería**, v. 21, n. 1-2, p. 23-27, 2012.
21. LEITE, AK et al. Capacidade funcional do idoso institucionalizado avaliado pelo KATZ. **Revista enfermagem atual in derme**, v. 91, n.29, 2020.
22. LIBERALI R. **Metodologia científica prática: um saber-fazer competente da saúde à educação**. 2ª ed, Florianópolis: Postmix, 206, 2011.
23. MARANDINI, B.A.N.; DA SILVA, B.T; ABREU, D.G. Functional capacity evaluation of elderly people: activity of the family health strategy teams. **Revista de pesquisa cuidado é fundamental online**, v.9, n. 4, p. 1087-1093, 2017.
24. MASCARENHAS, M. N. *et al.* Tendências nacionais, regionais e globais na prevalência de infertilidade desde 1990: uma análise sistemática de 277 pesquisas de saúde. **PLoS medicine**, v. 9, n.12, p. e1001356, 2012.
25. MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto enfermagem**, v. 17, n.4, p. 758-764, 2008.
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Guia de vigilância em saúde**. Brasil, 2014.
27. 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 de geriatria e gerontologia**, v.19, n.3, 2016. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>
28. NOGUEIRA, S. L., et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian journal of physical therapy**, v.14, n. 4, p.1-8, 2010.
29. OLIVEIRA, AC et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física-uma revisão sistemática. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v.13, n.2, p. 301- 312, 2010.
30. RUBENSTEIN, L. V. *et al.*, Health status assessment for elderly patients: report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. **Journal of the american geriatrics society**, v. 37, n. 6, p. 562-569, 1989.
31. TUNTLAND, H. et al. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. **BMC geriatrics**, v. 15, n. 1, p. 145, 2015.
32. VETRANO, D.L. et al. Trajectories of functional decline in older adults with neuropsychiatric and cardiovascular multimorbidity: A Swedish cohort study. **Plos medicine**, v. 15, n.3, 2018.
33. YAFFE, K. et al. Predictors of maintaining cognitive function in older adults: the health ABC study. **Neurology**, v. 72, n. 23, p. 2029-2035, 2009.

34. YOSHIDA, D. et al. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama study. **Journal of epidemiology**, v. 22, n. 3, p. 222-229, 2012.
35. ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V. S. F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da escola de Enfermagem da USP [online]**. 2013, vol.47, n.2, pp.433-439. ISSN 0080-6234.

“ Comorbidades entre idosos tabagistas

▮ Débora Thais Batista **Gomes**
UEPB

▮ Jéssika Silva **Carvalho**
UEPB

▮ Clésia Oliveira **Pachú**
UEPB

RESUMO

Comorbidade é a existência de duas ou mais doenças em simultâneo na mesma pessoa. Sabe-se que idosos estão mais propensos a apresentar comorbidades quando do uso do tabaco. O presente estudo objetivou intervir frente as comorbidades de pacientes idosos em tratamento de tabagismo. Foi utilizada metodologia ativa do tipo aprendizagem baseada em problemas com 17 idosos participantes do Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagistas (PMTT) da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, no período de fevereiro a setembro de 2018. Foram realizadas intervenções farmacêuticas utilizando o método Dáder durante ações do Programa realizadas no Hospital Universitário Alcides Carneiro. Foram assistidos 100 tabagistas dos quais 17 eram idosos, possuíam idade igual ou superior a 60 anos, todos voluntários. No primeiro momento foram solicitadas informações pessoais, morbidades e histórico tabágico. Os resultados apontaram presença significativa de doenças psiquiátricas, cardiovasculares, metabólicas e respiratórias nesses pacientes. Faz-se necessário o acompanhamento por equipe multidisciplinar de idosos tabagistas conduzindo a melhoria do quadro de saúde dos assistidos.

Palavras-chave: Comorbidades, Idosos, Tabagismo.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define o idoso de acordo com o nível de desenvolvimento socioeconômico de cada nação. Em países em desenvolvimento, é considerado idoso aquele que tem 60 anos ou mais. Já em países desenvolvidos, a idade mínima para esta classificação se estende para 65 anos.¹

A idade corresponde a fator de suma importância quando o assunto é doenças. Sendo assim, os idosos formam um grupo de risco para enfermidades, visto que nesta parte da vida o sistema imunológico e as defesas gerais do organismo sofrem constantes variações. Além disso, o envelhecimento como fenômeno biológico muito complexo e deriva da interação entre fatores genéticos e ambientais e, dentre estes, o tabagismo representa poderoso acelerador do envelhecimento, tanto diretamente, por meio de mecanismos mediados, em grande parte, por radicais livres, quanto indiretamente, por intermédio de condições patológicas correlacionadas.²

O tabagismo se apresenta como principal causa de morte evitável em todo o mundo. Estima-se que cerca de 1,25 bilhões de pessoas sejam fumantes.³ Entre os idosos, esse hábito representa a causa de 7 das 14 principais causas de morte.⁴ O tabaco expõe o usuário a cerca de 4.700 substâncias tóxicas, sendo 60 destas carcinogênicas, tornando evidente que o hábito de fumar está associado com o desenvolvimento de diversas doenças e condições crônicas, principalmente neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças cardiovasculares.⁵

Há diferença no percentual de fumantes na população jovem sendo maior em relação a terceira idade. Isto ocorre principalmente porque o idoso tem mais motivação, disciplina e preocupações imediatas com a saúde quando comparados aos jovens.⁶ Porém, fumantes mais velhos apresentam algumas características que os diferenciam dos mais jovens. Geralmente, aqueles com idade superior a 50 anos apresentam maior dependência a nicotina, fumam maior número de cigarros, fumam há mais tempo, têm mais problemas de saúde relacionados ao cigarro e sentem mais dificuldade em parar de fumar.⁷ Com isso, o consumo de tabaco pelos idosos tende a favorecer o surgimento de comorbidades, ampliando os gastos deste grupo etário com cuidados de saúde.⁸

Diretrizes para a cessação de tabagismo⁹ assinalam que os prejuízos causados pelo fumo podem ser minimizados mesmo naqueles que fumaram três décadas ou mais, nos quais a cessação pode diminuir os riscos de desenvolvimento de novas comorbidades e melhorar o prognóstico das doenças já existentes, promovendo melhora da qualidade de vida dos idosos. Após o abandono do cigarro, espera-se aumento de dois a três anos na expectativa de vida entre idosos com 65 anos ou mais, que fumam até um maço de cigarros por dia.⁷

Atualmente, há uma série de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas para auxílio no abandono do tabagismo, que também podem ser alternativa para idosos.¹⁰ Dentre as medidas farmacológicas, observa-se o tratamento com o Cloridrato de Bupropiona, medicamento com principal indicação para tratamento da depressão, porém, mostrou-se como forte aliado do tabagista que deseja cessar o vício, diminuindo significativamente os sintomas de abstinência.¹¹ Entre as medidas não-farmacológicas, pode-se citar o auxílio de uma equipe da saúde que acompanha o paciente durante a trajetória em busca do objetivo de cessar o tabagismo. Com esse auxílio, o paciente consegue lidar melhor com os sintomas da abstinência.

METODOLOGIA

A presente intervenção se utilizou de metodologia ativa, do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas.¹² O presente estudo foi realizado durante atividades de o Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagismo (PMTT), desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande, semanalmente, no período de fevereiro a setembro de 2018. Foram assistidos tabagistas voluntários, de ambos os sexos e idade superior a 60 anos, disponível às sextas-feiras à tarde para realização do tratamento.

Inicialmente, foi realizada abordagem acerca do papel do farmacêutico no programa e dependência química à nicotina. Com a devida explicação acerca do mecanismo da nicotina no Sistema Nervoso Central abordou-se a terapia medicamentosa utilizada: O cloridrato de bupropiona (BUP). Como o medicamento se classifica como antidepressivo, as contraindicações, seus possíveis efeitos colaterais e sua posologia, são explicitadas. Na palestra em si, procura-se esclarecer aos pacientes, informações a respeito do medicamento e demais dúvidas que surgem como posologias e formas de abandono ao tabagismo.

Uma semana após a palestra, os pacientes retornavam para avaliação com a equipe multidisciplinar em relação à condição fisiológica quanto ao uso do medicamento, visto que o mesmo tem algumas contraindicações e, durante o pedido de informações, realizava-se o perfil farmacoterapêutico para melhor acompanhamento do paciente. No âmbito deste perfil, baseado na metodologia Dáder, conhece-se o paciente quanto ao social, história tabagista, existência de morbidades, utilização de fármacos e o grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerström).

Os assistidos após a avaliação da equipe multidisciplinar são liberados para fazer parte do PMTT, realizando a dispensação da medicação fracionada para quinze dias de tratamento e orientando quanto à forma de tomarem a medicação. Após quinze dias, os pacientes retornam para avaliação quanto aos sintomas de abstinência, métodos para reduzir

a quantidade de cigarros/dia e se houve alguma Reação Adversa ao Medicamento (RAM) dispensado. Caso exista contraindicação ao uso de BUP o paciente permanece no Programa com abordagem não farmacológica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 100 pessoas, das quais 17 eram idosos a partir de 60 anos de idade. A maioria era do sexo feminino, aposentados, conforme apresentadas na Tabela 1.

A maior participação das mulheres sempre nas pesquisas segundo Bertoldiet al.¹³, podem ser justificados pela conduta feminina, este grupo tem maior preocupação com a saúde e está mais atento à sintomatologia das doenças do que os homens. Sendo assim, qualquer tipo de pesquisa, que inclua ambos os sexos, sempre haverá uma maior quantidade de mulheres homologadas. Não sendo este um sinal de que elas sejam as mais afetadas pela questão abordada na pesquisa, por exemplo, o tabagismo, e sim que não existem homens quantitativamente igual a elas.

Segundo Rosemberget al.¹⁴, os principais fatores emocionais que desencadeiam o aumento do desejo por fumar são a solidão, o tédio, o estresse, a ansiedade e a depressão, tendo em vista que a nicotina apresenta ação de alívio momentâneo destes sintomas, os quais boa parte da população aposentada ou desempregada apresenta com grande frequência, aumentando assim, o numero de usuários desta classe.

Tabela 1. Sexo e ocupação dos idosos em tratamento do tabagismo

	VARIÁVEL	N	%
Sexo	Feminino	13	76
	Masculino	4	24
Ocupação	Doméstica	4	23
	Aposentado	10	59
	Mecânico	3	18

Fonte: O Autor, 2018

Dos idosos entrevistados, 65% tinham iniciado o comportamento entre 5 e 15 anos de idade e 35% entre os 20 e 23 anos. Quando questionados acerca da tentativa de parar de fumar, 88% dos mesmos declararam já terem tentado alguma vez na vida.

Segundo o vice-presidente da Philip Morris, em 1969⁵: “Para o principiante, fumar um cigarro é um ato simbólico. Ele pensa ‘Eu não sou mais o filhinho da mamãe, eu sou durão, sou um aventureiro...’ À medida que o simbolismo psicológico perde a força, o efeito farmacológico assume o comando para manter o hábito...”. Visto isso, observa-se que realmente o contato com o cigarro encontra-se extremamente presente na terceira infância (entre 6 e 11 anos).

A tentativa de parar de fumar se apresenta em quantidade extremamente alta devido o idoso possuir mais motivação, disciplina e preocupações imediatas com a saúde em relação aos jovens.⁶ Sabendo-se que nesta etapa da vida, normalmente e fisiologicamente, as doenças começam a aparecer mais rapidamente e, pela idade avançada, as mesmas se tornam mais difíceis ainda de se conviver, os idosos procuram meios de conseguir se livrar destes problemas.

Neste contexto, o teste de Fagerstrom¹⁵ que analisa o grau de dependência do fumante, por meio de 5 perguntas, possuem atribuição de valor aos seus quesito, observou-se que 59% dos idosos apresentam níveis elevados de dependência ao cigarro.

O nível elevado da dependência se justifica pelo fato de que o uso de altas doses de nicotina tem rápido efeito estimulante do sistema nervoso autônomo seguido de efeito depressor duradouro¹⁷. O sistema nervoso central libera acetilcolina, noradrenalina, vasopressina e betas endorfinas que aumentam o estado de atenção e sensação de bem estar, aumentam a capacidade de memória e provocam, como resultado, dependência à nicotina. Sendo assim, o usuário sempre tem necessidade de fazer uso contínuo do cigarro, diante das sensações citadas se tornam dependentes da presença da nicotina.

Diante das doenças apresentadas por estes pacientes, relacionadas diretamente com o uso do tabaco (comorbidades), observou-se a maior presença de Diabetes Mellitus; Hipertensão arterial; Problemas cardíacos; Queimação, azia, dor estomacal ou ulcera péptica; Problemas pulmonares; Alergias respiratórias e depressão/ansiedade, conforme apresentado na Tabela 2.

Substâncias presentes no tabaco possuem a capacidade de diminuir a sensibilidade à insulina, desencadeando alterações nos perfis metabólicos de glicose e lipídeos, conduzindo a hiperglicemia e dislipidemias, incluindo baixo nível de colesterol HDL e intolerância lipídica pós-prandial.¹⁸

A nicotina produz efeitos graves no organismo, principalmente sobre o sistema cardiovascular ocasionando alterações como vasoconstrição periférica, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca. Estes efeitos silenciosos aumentam o risco de doenças cardíacas.¹⁶

Azia enquanto sensação dolorosa, em queimação no peito, causada pelo refluxo, representa a volta do conteúdo do estômago para o esôfago. No entanto, o fumo é responsável por enfraquecer o esfíncter inferior do esôfago, um músculo entre o esôfago e estômago, fazendo com que o conteúdo do estômago volte para o esôfago, por vezes, danificando o revestimento esofágico, devido o mesmo não ter uma proteção contra os ácidos; ou até levando a problemas graves de saúde, como úlceras hemorrágicas no esôfago, estreitamento do esôfago e alterações nas células esofágicas que podem conduzir ao câncer.¹⁹

Tabela 2. Comorbidades entre idosos tabagistas

COMORBIDADE	N	%
Diabetes Mellitus	5	29
Hipertensão arterial	9	53
Problemas cardíacos	5	29
Queimação, azia, dor estomacal ou ulcera péptica	6	35
Problemas pulmonares	5	29
Alergias respiratórias	3	18
depressão/ansiedade	9	53

Fonte: O autor, 2018

Todos os espaços do sistema respiratório, que estão em comunicação direta, um com outro, podem ser afetados pelo tabagismo causando: broncoespasmo, aumento da produção de catarro, tosse persistente e diminuição do desempenho físico. Quando o corpo está tenso ou muito ativo (praticando exercícios), é necessária maior oxigenação para os músculos. Assim, a combinação de broncoespasmo e produção de catarro resulta no aumento da obstrução da rota aérea, durante o exercício físico, resultando na diminuição da função pulmonar, levando a uma diminuição do desempenho físico e fadiga precoce³.

O tabagismo se apresenta como fator de risco mais importante para Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), tendo maior aparecimento de sintomas respiratórios, alergias, obstrução das vias aéreas; estão associadas devido a hipóteses da protease/antiprotease e oxidante/antioxidante e o processo anormal de regeneração. Proteases são enzimas que degradam a matriz protéica do pulmão, a elastina é um alvo; o colágeno, proteoglicanos, laminina e fibronectina são também degradados.³ Portanto, o mecanismo responsável pela lesão tecidual da DPOC representa o desequilíbrio da protease/antiprotease, a mesma, seguida de um processo de reparo tecidual e parenquimatoso. A fumaça do cigarro torna-se responsável por prejudicar o mecanismo de reparo tecidual e interromper os processos capazes de restaurar a estrutura tecidual.

Tanto a ansiedade, quanto a depressão estão também fortemente interligadas ao cigarro. A ansiedade, no entanto, é um estado emocional, com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal da experiência humana e motiva o desempenho, podendo se tornar patológica quando se apresenta desproporcional à situação que a desencadeia ou quando voltada para algo ou alguém que não exista. O que conduz a associação ao tabagismo? O tabaco pode ser uma forma de automedicação para tratar sintomas de ansiedade, pois a nicotina reduz as emoções negativas, sendo ansiolítica. Portanto, fumantes ansiosos têm maior dificuldade em abandonar o vício do fumo, e consequentemente tem mais recaídas²⁰.

Já depressão se apresenta diretamente relacionada aos níveis de consumo tabágicos, pela procura dos efeitos da nicotina sobre o humor, ou ainda, se sintomas da depressão induzem ao consumo crônico do tabaco, devido às alterações neuroquímicas. Existe relação entre ansiedade, depressão e tabagismo, no entanto, ainda não se identificou ou fatores comuns entre eles, nem mesmo o mecanismo de causa/efeito, se é ansiedade e depressão que conduz ao tabagismo ou se é o contrário²¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se neste estudo que 76% dos idosos tabagistas eram do sexo feminino, evidenciando este grupo como maior em relação a preocupação com a saúde em comparação com o sexo masculino. Foi possível confirmar que o tabagismo se apresenta como pediátrica, já que os assistidos começaram a fumar entre 5 e 15 anos de idade representando uma percentagem de 65% da amostra total.

Cerca de 88% da população estudada havia tentado parar de fumar alguma vez na vida, no entanto, a maioria se julgou como não pronta para deixar de fumar, devido a dependência. Com isso, procuraram auxílio profissional, pois possuíam preocupação com a saúde no futuro e/ou as doenças que poderiam começar a aparecer, devido o estilo de vida do idoso ou até mesmo pela idade. O processo de envelhecimento apresenta-se como etapa mais motivada para abandono do cigarro em relação aos jovens.

Observou-se também relação forte entre ser tabagista e apresentação de sintomas de ansiedade e depressão. Os idosos que apresentavam comorbidades afirmaram sentirem-se melhor quando fumam, visto que a nicotina possui ação ansiolítica aliviando os sintomas. Porém, diante dos resultados não foi possível identificar a principal causa desencadeante destes distúrbios emocionais na população tabágica, o que pode ser considerado como um obstáculo na cessação do tabaco.

O aumento do número de fumantes acarreta ampla necessidade de mais ações de apoio a cessação do tabagismo e ajuda principalmente dos profissionais e instituições de saúde e educação visando reduzir estes números e evitar a ocorrência de novos casos, implantando programas de controle do tabagismo nas Unidades Básicas de Saúde, voltados principalmente para idosos, devido o idosos possuir maior nível de dependência à nicotina e visando facilitar seu tratamento.

Portanto, espera-se reduzir o número de idosos tabagistas e conseqüentemente diminuir a demanda de doenças por consequência do tabagismo. Além de tornar a vida do idoso mais tranquila, melhorando sua qualidade de vida e contribuindo diretamente para sociedade.

■ REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging.** Madrid, Espanha, [s.n.] Abr. 2002.
2. CHURCH D.F.; PRYOR W.A. Free radical chemistry of cigarette smoke and its toxicological implications. **Environ Health Perspect**, Los Angeles: 64 v. 111-26 p. 1985.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Epidemia tabágica.** Campinas: UNICAMP, 1999.
4. DOOLAN D.M.; FROELICHER E.S. Smoking cessation interventions and older adults. **Prog-CardiovascNurs** 23 v. 119-27 p. Agos. 2008.
5. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer: modelo lógico e avaliação.** 2. ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2003.
6. CHATKIN J.M. Previna-se do tabagismo. **Terra, NL. Previna-se das doenças geriátricas.** Porto Alegre 144-154 p. 2005.
7. COX J.L. Smoking cessation in the elderly patient. **Clin Chest Med Set.** 423-428 p. 1993.
8. SACHS-ERICSSON N. et.al. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: the role of health problems and psychological distress. **Nicotine Tob Res**, Publicado online 18 Mar. 2009 433-443 p.
9. ARAÚJO A.J. et. al. Diretrizes para cessação do tabagismo. **J Bras Pneumol**, São Paulo Agos. 2004; 30 v. 76 p.
10. BRATZLER D.W.; OEHLERT W.H.; AUSTELLE A. Smoking in the elderly: it's never too late to quit. **J Okla State Med Assoc** 185-191 p. Mar.2002.
11. GOURLAY S.G.; BENOWITZ N.L. The benefits of stopping smoking and the role of nicotine replacement therapy in older patients. **Drugs Aging** 8-23 p. Jul.1996.
12. BERBEL N. N. "Problematization" and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** 2 v. 139-154 p. Fev. 1998.
13. BERTOLDI A. D. et.al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública.** 38 v. 228-238 p. 2004.
14. ROSEMBERG J. **Tabagismo: sério problema de saúde pública.** São Paulo: ALMED/EDUSP, 1981.
15. FAGERSTRÖM KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **AddictBehav** 235-241 p. 1978.
16. FRANKEN R.A.; MARTINEZ E.E.; SASSO S.W. Histoquímica da fibra muscular cardíaca de ratos jovens e senis sob a influência da nicotina. **ArqBrasCardiol** 289-293 p. 1980.
17. TAYLOR P. **Drogas que atuam na junção neuromuscular e gânglios autônomos.** In: Goodman AG, Gilman - *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*, 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991.

18. HEINE R.J.; DEKKER J.M. Beyond postprandial hyperglycaemia: metabolic factors associated with cardiovascular disease. **Diabetologia** 461-475 p. 2002.
19. MENEZES A.M.B. Epidemiologia do Tabagismo. *In*. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia** 2004. 3-6 p.
20. PAWLINA M.M.C. et. al. **Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo**. 2015. Cuiabá. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia 2015.
21. FARINHA H. et. al. Relação do Tabagismo com Ansiedade e Depressão nos Cuidados de Saúde Primários. 2013. Portugal. **Revista Científica da Ordem dos Médicos, Acta MedPort** 523-530 p. 2013.

“

Contribuições da neuropsicologia para o rastreio do Alzheimer

▮ Maria Jeovaneide Ferreira **Nobre**
UnP

▮ Roberta Machado **Alves**
UFRN

RESUMO

De acordo com a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz) a doença de Alzheimer (DA), é conhecida como um dos maiores tipos de demências resultando em diversas alterações cognitivas. No Brasil, há cerca de 1,2 milhões de casos, em que a maioria não foram sequer diagnosticados. Este artigo tem como objetivo discutir as contribuições da neuropsicologia na saúde do idoso, com enfoque na Doença de Alzheimer. Buscou-se como metodologia a pesquisa de artigos já publicados em base de dados e documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde, bem como recomendações da Associação Brasileira de Alzheimer, entre outras publicações. Espera-se com isso, contribuir para a discussão da abordagem do Alzheimer e da saúde do idoso através de um olhar neuropsicológico e suas contribuições. Conclui-se que torna-se necessário estimular a pesquisa com fins de criação de novos instrumentos de testagem para que o Alzheimer seja detectado com maior facilidade, pra que se torne possível reduzir a exaustiva bateria aplicada para uma maior eficiência e menor trabalho ao idoso, a fim de possibilitar intervenções terapêuticas e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida para o paciente, sua família e seu cuidador.

Palavras-chave: Alzheimer, Avaliação Neuropsicológica, Memória, Demência, Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) dispõe que aquelas pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos, considerados idosos, passam a ter seus direitos garantidos de modo que são considerados prioridade em meio as condições físicas que lhes são inerentes. Ser idoso é uma etapa da vida que necessita de uma maior atenção quando diz respeito as condições físicas e mentais que o passar do tempo e a idade proporcionam. Assim, é fundamental que esse grupo em questão, viva de forma plena, saudável, desfrutem do lazer, da família, para que possam ter uma vida digna e vivenciem momentos que lhes proporcionem condições de bem-estar enquanto ser humano.

Porém, é nessa etapa da vida que a saúde se torna mais vulnerável, surgindo o aparecimento de uma série de complicações com relação a saúde, que causam ao idoso limitações, como por exemplo, problemas com a memória, faz com que a medicina atribua a esse grupo condições peculiares referentes às doenças adquiridas com maior probabilidade (CORRÊA, 2009). Essas condições caracterizam o processo da velhice, que está infelizmente ligada ao aparecimento de doenças.

Nesse sentido, podemos perceber que a perda da memória é um traço correspondente ao processo de envelhecimento e isso vem gerando preocupação quando ficamos a par do número da população idosa que vem crescendo ao longo dos anos em nosso país. Com esse crescimento temos também um maior índice com relação as doenças a eles acometidas.

Segundo os dados da organização das Nações Unidas (ONU), a população mundial de idosos representam, em torno de 10%, e segundo projeções para 2050, esse valor será superior a 20%, no Brasil segundo o Instituto de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa tende a aumentar e a de jovens a diminuir conforme projeções da ONU, em 2025 o Brasil ocupará o 6º lugar no mundo referente à população idosa, com aproximadamente 32 milhões de idosos. E uma das doenças que tem se mostrado como desafio para a terceira idade é o Alzheimer, o que nos leva a refletir sobre a qualidade de vida dessas pessoas e como estas se encaixam nessa realidade cada dia mais crescente (BRASIL, 2015).

A Demência de Alzheimer (DA) é considerada como uma afecção degenerativa do sistema nervoso, ou seja, suas causas não são realmente conhecidas e manifestam-se por perda sistematizada anormalmente importante de certo grupo de neurônios, um grupo de degenerescência do córtex cerebral que se manifestam pela perda progressiva e inelutável das funções intelectuais: perda da capacidade de raciocínio, perturbações das grandes funções neuropsicológicas, tais como a memória, a orientação, a linguagem, as alterações do gesto e da percepção, alterações dos comportamentos afetivos e inadequação comportamental ao contexto social (CAMÕES *et al* 2015).

Nesse intuito, será abordado o que é a doença de Alzheimer, seus impactos na vida do idoso, como também, na própria família. A família também é fato crucial nesse processo de adoecimento, pois é nela que o idoso irá encontrar, primeiramente, suporte para lidar com a situação apresentada. Assim, tanto o idoso quanto a família irão vivenciar uma outra realidade mediante aos sintomas da doença, o acompanhamento e as mudanças dentro do ambiente familiar (SANTOS, 2003).

A doença de Alzheimer ainda é de causa pouco conhecida, portanto, a elaboração deste trabalho será pautada em artigos já publicados e trabalhos já realizados nessa temática para maior embasamento nessa discussão.

Para Rodrigues (2006), a neuropsicologia é considerada uma disciplina científica ocupando-se das relações cérebro e funções cognitivas e suas bases biológica. Seu crescimento no Brasil tem sido evidente nos últimos anos, porém não há ainda um consenso com relação à abrangência da área e principalmente quanto à utilização dos instrumentos de avaliação neuropsicológica (Resolução do Conselho Federal de Psicologia - CFP, Brasil, 02/2003).

Neste intuito, o presente artigo visa discutir a contribuição da neuropsicologia na saúde do idoso, com enfoque na Doença de Alzheimer (DA) apresentando uma revisão bibliográfica qualitativa e descritiva acerca do tema proposto.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, em que para a coleta de informações foi utilizada a pesquisa de artigos já publicados na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e documentos do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como recomendações da Associação Brasileira de Alzheimer, tais publicações que enfatizassem a DA e seus comprometimentos cognitivos, a fim de apontar a contribuição da Neuropsicologia.

Os descritores utilizados foram: Dêmença em idosos, Alzheimer e Neuropsicologia e Instrumentos Neuropsicológicos pra Alzheimer.

O ano de publicação não foi um critério relevante nesta pesquisa.

A busca foi realizada durante o mês de Maio de 2019, e foram selecionadas 25 referências em língua portuguesa e inglesa que enfatizam a temática em questão para que assim fossem incluídos nesse estudo.

RESULTADOS

O Neurologista Alois Alzheimer foi o primeiro a descrever a Demência do tipo Alzheimer (DA), em 1906, momento em que analisou o caso de um paciente de 51 anos com nome de Auguste D. em Frankfurt, que demonstrou dano cognitivo progressivo, alterações mnêmicas

e linguísticas. Nesse sentido Demência Alzheimer, é considerada a principal demência cortical, responsável por 50 a 70% das demências, evidenciando alterações progressivas da linguagem, da memória, do julgamento e do raciocínio intelectual, sinalizando progressivamente a dependente do paciente de outra pessoa para realizar suas atividades cotidianas (BEILKE, *et al* 2010).

O Alzheimer apresenta características como lapsos de memória, que vão se agravando ao longo do caso e perda das funções que comprometem a memória, a linguagem e o comportamento. O paciente adoecido chega a perder noções de tempo e espaço diante das lesões acometidas no cérebro (ABRAZ, 2008). Toda essa nova realidade apresentada, acaba gerando um novo quadro na vida do paciente, como também, da família. A falta de memória compromete inteiramente a vida do idoso que passará a receber da família todo o suporte necessário para lhe dá com os fatores conseqüentemente apresentados. Segundo Gwyther (1985):

Como a doença não é resultado da falta de sangue ou oxigênio cerebral, os vasos dilatados não funcionam na doença de Alzheimer. Como não é uma deficiência vitamínica, vitaminas não atuam. Até agora não há tratamentos ou cura definitiva para a doença, porém, os sintomas associados podem ser controlados (p. 31).

Não se sabe quais as conseqüências ou causas para o diagnóstico da doença, até então o fator mais coesivo está ligado a demência, ou seja, as dificuldades que se apresentam e são percebidas a partir da diminuição da capacidade relacionada aos afazeres cotidianos que já não mais estão como antes (BARASNEVICIUS, 2002). O paciente deixa de lembrar-se de coisas que realizou num determinado e curto momento, chegando muitas vezes a repetir a situação por não lembrar que já havia feito ou dito anteriormente.

Trata-se de uma doença, segundo pesquisas realizadas, que compromete toda a vida do idoso desde os seus afazeres diários ao desconhecimento das pessoas que lhe cercam dentro do ambiente familiar. A DA pode ser caracterizada ou evidenciada a partir de quatro fases, sendo elas: Inicial, em que há uma dificuldade na memória recente; intermediária, a noção de tempo e espaço, como também, a própria linguagem tornam-se prejudicadas e, a fase final, em que a capacidade mental torna-se deteriorada e os movimentos físicos ficam cada vez mais desgastados, lentos (CALDEIRA; RIBEIRO, 2004).

O idoso, como sendo o mais atingido devido a idade, ao longo do desenvolvimento da doença, torna-se dependente, precisando cada vez mais de uma atenção redobrada e possíveis cuidados frente as dificuldades inerentes as fases que a doença de Alzheimer apresenta.

É oportuno frisar que a DA não tem um diagnóstico concreto e que ainda se trata de uma temática pouco conhecida, mas sabe-se que está presente em um grande número de idosos e que não existe cura, apenas tratamento para um controle do caso e suas possíveis

fases (ABRAZ, 2008). Diante do abordado, a DA ainda se trata de uma incógnita, mas vem sendo um fator de preocupação diante dos casos que vem sendo apresentados perante os idosos acometidos. É uma doença que não tem cura, a base de tratamento para amenizar o desenvolvimento do quadro e que causa grandes impactos na vida do idoso, como também, de sua família. A perda da memória engloba uma série de dificuldades que chegam a ser impactantes dentro do ambiente familiar. Assim, a família do idoso com doença de Alzheimer passa a ser um grande referencial na vida do ente acometido que enfrenta uma metamorfose em seu cotidiano.

A neuropsicologia é uma ciência de caráter interdisciplinar em suas origens, que busca estabelecer uma relação entre os processos mentais e o funcionamento cerebral, utilizando conhecimento das neurociências, que elucidam a estrutura e o funcionamento cerebral, e da psicologia, que expõe a organização das operações mentais e do comportamento (SERON, 1982).

Define-se também como uma ciência dedicada a estudar a expressão comportamental, emocional e social das disfunções cerebrais (LEZAK et al., 2004), os déficits em funções superiores produzidos por alterações cerebrais (BARBIZET & DUIZABO, 1985), as inter-relações entre cérebro e comportamento, cérebro e funções cognitivas (LURIA, 1966) e, de forma mais ampla, as relações entre cérebro e comportamento humano (BENTON, 1971). Entre as funções neuropsicológicas estão atenção, percepção, orientação auto psíquica, temporal e espacial, linguagem oral e escrita, memória, aprendizagem, funções motoras, práxia, raciocínio, cálculos e funções executivas.

Os instrumentos neuropsicológicos foram desenvolvidos a partir de uma tradição muito antiga e interdisciplinar de clínica e pesquisa.

Tais instrumentos foram, são e serão desenvolvidos a partir das necessidades diagnósticas percebidas pelos diversos profissionais atuando na área interdisciplinar de Neuropsicologia. A utilização de técnicas estatísticas de validação e normatização decorre da filosofia de assistência à saúde baseada em evidências, a qual é prevalente em nossa época (HAASE, 2012).

Dessa forma, até a atualidade pesquisas na área têm sido feitas ao longo do agravamento dessas doenças, sendo um elemento contribuidor no diagnóstico e no tratamento do Alzheimer.

DISCUSSÃO

A redução da memória e a fragilidade ao qual o idoso sofre nas etapas da doença acometido pelo Alzheimer, assim como a necessidade de maior atenção e os graus de dependência, foram estudados por Brandão (2001).

Sobre a nova realidade vivenciada pelo idoso e seus familiares Coelho. et al (2004) afirma que os membros da família enfrentarão uma nova dinâmica no que diz respeito a situações relacionadas ao emocional, questão financeira e cuidados.

A questão ou condição financeira e de gastos foi descrita por Alvim (2004), apontando que o diagnóstico de Alzheimer além de ser temido devido aos impactos causados de maneira física e mentalmente chega a ser um grande desafio no quesito econômico, pois os gastos com uma doença degenerativa acompanham a progressão da doença, destacando os medicamentos utilizados, o processo de cuidados, higiene à alimentação, exames e etc.

O surgimento de uma doença como a caracterizada por Alzheimer na família ocasiona um certo desequilíbrio no sentido de lidar com esse processo degenerativo, se trata de uma complexidade em todos os sentidos, sejam eles físicos ou mentais tanto dos membros como do próprio idoso. Assim, a família acaba que se reorganizando para que possa atender as características do quadro da doença (SEKINE; SALOMÃO; GERALDO; DIAS, 2006).

O primeiro estágio tem como principal característica a perda de memória para fatos recentes, com preservação dos fatos remotos. A linguagem também pode estar alterada, sobretudo nos casos pré-senis. O paciente apresenta discurso vazio, com pobreza de substantivos e de ideias, além de dificuldade de nomeação e diminuição da fluência verbal (TEIXEIRA & CARAMELLI, 2008).

No segundo estágio, a linguagem é caracterizada por discurso fluente e parafrásico (deformações de palavras existentes, por exemplo: caneira no lugar de cadeira), acompanhada de compreensão alterada e repetição relativamente preservada. A memória remota passa a ficar comprometida, assim como a recente. As habilidades visuoespaciais são progressivamente danificadas e os pacientes perdem-se dentro da própria casa (TEIXEIRA & CARAMELLI, 2008). No estágio final, todas as funções cognitivas estão gravemente prejudicadas. A fluência verbal se reduz à ecolalia (repetição da última ou últimas palavras que alguém dirigiu ao enfermo), palilalia (repetição automática e estereotipada pelo enfermo da última ou última palavras que ele mesmo emitiu) ou mutismo (ausência de resposta verbal oral). Ocorre incontinência esfinteriana e o paciente desenvolve rigidez muscular generalizada (TEIXEIRA & CARAMELLI, 2008).

O diagnóstico de demência depende da avaliação do estado mental. Diversos testes, desde os de aplicação rápida até extensas baterias neuropsicológicas podem ser utilizados para essa avaliação. Todavia, não existe teste padrão-ouro para o diagnóstico. Testes de aplicação rápida e interpretação simples são de interesse no exame individual de pacientes, mas são ainda mais importantes para estudos epidemiológicos de prevalência de demência em populações (NITRINI, 1994).

Acerca da Avaliação Neuropsicológica, um dos seus objetivos é explorar as razões do desempenho comprometido, para tanto, o Mini-exame do Estado Mental (MEM) tem sido o teste mais empregado, dividido em questões de: orientação (ex: dia, mês, ano atuais), memória imediata (o terapeuta fala palavras como “caneca”, “tijolo” e “tapete”, e o indivíduo deve repetir tais palavras logo em seguida), cálculo (subtrações de sete, começando por 100), evocação (repetir as palavras enunciadas na parte de memória imediata), linguagem e nomeação (nomear o que o terapeuta está indicando para o sujeito), repetição (repetir uma determinada frase), comando em três estágios (solicitar para que o paciente faça uma ação em três estágios), leitura, escrita e cópia do desenho. Contudo, ele não é um teste específico para o rastreio de DA. Por esta razão, é sempre acompanhado de outros testes que medem qualidade de vida, depressão, praxias, etc.

A Bateria de Memória Semântica (Bateria de Avaliação da Memória Semântica - BAMS) objetiva avaliar processos de memória declarativa semântica e de categorização, tem algumas tarefas semelhantes de outras baterias de memória semântica, incluindo a nomeação em resposta à descrição verbal, nomeação de imagens, fluência verbal semântica e categorização visual com base na associação semântica. Este instrumento também inclui tarefas não presentes em outras baterias, como questões de conhecimento geral e semelhanças verbais (BERTOLA, 2018).

Tanto o teste de Atividades da Vida Diária (AVKATZ), desenvolvido por Katz et. al. (1963) e traduzido por Scazufca (2002), quanto o Inventário das Atividades da Vida Diária (AIVDLAWTON), desenvolvido por Lawton & Brody (1969), têm a finalidade de avaliar a autonomia e qualidade de vida do indivíduo em questão, ajudam a mostrar em qual dos três estágios de Alzheimer o indivíduo se encontra, sendo amplamente aplicados por serem testes de fácil aplicação e interpretação, de baixo custo e por consumir pouco tempo de preenchimento, abordando questões como banho, capacidade para vestir-se, capacidade de usar o banheiro, locomoção, continência e alimentação - AVD, , como atender o telefone, cuidados com a casa, cozinhar e lavar roupas, até atividades que possuem um grau maior de dificuldade, como fazer compras, tomar medicamento sozinho, cuidar das próprias finanças e usar o transporte – IAVD.

Uma das escalas mais utilizadas para avaliar a gravidade do quadro demencial é o Escore Clínico de Demência (CDR), que tem como objetivo avaliar o nível de comprometimento em seis categorias funcionais: memória; orientação; juízo e resolução de problemas; assuntos comunitários; atividades domésticas e hobbies; e cuidado pessoal (BERG, 1984).

Outra importante contribuição é o questionário de Queixas Mnésicas para Fatos Recentes (MacNair-Pc; MacNairAc), desenvolvido por McNair e Khan (1983), é direcionado ao indivíduo em questão e ao cuidador. O potencial portador de demência realiza o teste que

possui 16 questões como “Você tem dificuldades para lembrar de acontecimentos recentes da atualidade?” e “Você normalmente precisa anotar tudo?”. O acompanhante responde à mesma avaliação, contudo, ao invés de “você”, substitui-se por “ele”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há mais de trinta anos, os idosos com quadro degenerativo normalmente eram diagnosticados em estágios moderados ou graves da sua evolução, quando o eram, pois muitos familiares passivamente aceitavam os sintomas e os encaravam como parte integrante do processo de envelhecimento. Os critérios mais definidos de demência e atualmente os estudos de comprometimento cognitivo leve, propiciaram não somente a diferenciação dos quadros nosológicos, mas também o diagnóstico preciso; a fim de possibilitar intervenções terapêuticas e, conseqüentemente melhorar a qualidade de vida para o paciente, sua família e seu cuidador.

Com a escrita deste trabalho, pode-se compreender que a Avaliação Neuropsicológica é o exame de grande valia como parte desta investigação nos quadros de demência, especificamente de Alzheimer, já que pode caracterizar alterações cognitivas, comportamentais e funcionais e pode auxiliar no curso da avaliação diagnóstica, planejamento de reabilitação e manejo. Através dos estudos realizados acerca da bateria de testes comumente utilizada no diagnóstico, espera-se que estudos dessa natureza sejam estimulados em nosso país e desenvolvidos com suporte das agências fomentadoras de pesquisa para que o Alzheimer seja detectado com maior facilidade, pra que se torne possível reduzir a enorme bateria aplicada para uma maior eficiência e menor trabalho ao idoso.

■ REFERÊNCIAS

1. ABRAZ, Associação Brasileira de Alzheimer. **Demência**. [2019.]. Disponível:<<http://abraz.org.br/web/>> .
2. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (Marina Inês do Nascimento, trad). Porto Alegre: Artmed, 2014.
3. ALVIM, N.T.A. **Práticas e saberes sobre o uso de plantas medicinais na vida das enfermeiras: uma construção em espiral** [tese de Doutorado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro;1999.164 f.
4. BADDELEY, A. D. **Recent developments in working memory**. Current opinion in Neurobiology, 8, 234-238. 1998
5. BRANDÃO, L; PARENTE, M. A. P. **Os estudos de linguagem no último século**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 2001.

6. BRASIL, **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741/03, de 01 de outubro de 2003.
7. BARENDSE, Evelien M et al. **Working memory deficits in high-functioning adolescents with autism spectrum disorders**: neuropsychological and neuroimaging correlates. *J Neurodev Disord*. 2013; 5(1): 14.
8. BARASNEVICIUS, E. M. A. Q. **Orientações aos cuidadores de pacientes com doença neurológicas crônicas**. In DIAS E. L. F, WANDERLEY. J. S, MENDES. R.T (orgs) **Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar**. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.
9. BERTOLA, Laiss; MALLOY-DINIZ, Leandro Fernandes. **Avaliação do conhecimento: propriedades psicométricas da bateria de memória semântica BAMS**. *Arco. Clin. Psiquiatria (São Paulo)* , São Paulo, v. 45, n. 2, pág. 33-37, abril de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832018000200033&lng=en&nrm=iso>. acesso em 26 de setembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000152>.
10. BERG, L. **Clinical Dementia Rating** (Correspondence). *Psychiatry* 145, 339, 1984.
11. CALDEIRA, A.P.S., RIBEIRO, R.C.H.M. **O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer**. *ArqCiencSaúde*,11(2): 100-4, 1994.
12. BEILKE, Hudson Marcel Bracher. **Linguagem e memória na doença de Alzheimer: contribuições da neurolingüística para a avaliação de linguagem** / Hudson Marcel Bracher Beilke. - Campinas, SP: [s.n.], 2010.
13. BARBIZET, J., & DUIZABO, P. **Manual de Neuropsicologia**. Porto Alegre: Artmed, 1985. BENTON, A. L. **Introducción a la neuropsicología**. Barcelona: Fontanella, 1971.
14. BENTON, A. **Exploring the history of neuropsychology. Selected papers**. New York: Oxford University Press, 2000.
15. COELHO, Gleani da Silva; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli. **A dinâmica familiar, as fases do idoso com alzheimer e os estágios vivenciados pela família na relação do cuidado no espaço domiciliar**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.5, pp.541-544. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500005>.
16. GWYOTHER, L. P. **Cuidados com portadores da doença de Alzheimer: um manual para cuidadores e casas especializadas**. Rio de Janeiro: CIP-Brasil.
17. HAASE, Vitor Geraldi et al. **Neuropsicologia como ciência interdisciplinar: consenso da comunidade brasileira de pesquisadores/clínicos em Neuropsicologia**. *Neuropsicologia Latinoamericana*, Calle , v. 4, n. 4, p. 1-8, 2012 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2075-94792012000400001&lng=pt&nrm=iso
18. LEZAK, M. D., HOWIESON, D. B., & LORING, D.W. **Neuropsychological Assessment** (4th ed.). New York: Oxford University Press, 2004.
19. LURIA, A. R. **Higher cortical functions in man**. New York: Basic Books, 1966. RODRIGUES, N. **Neuropsicologia: uma disciplina científica**. Em: Rodrigues, N. & Mansur,
20. L. L. (Eds.). **Temas em neuropsicologia**, 1, 1-18. São Paulo: Tec Art, 1993.
21. NITRINI, R. **Testes neuropsicológicos de aplicação simples para o diagnóstico de demência**. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: Departamentos de Neurologia. São Paulo, 1994.

22. TEIXEIRA, A.L. & CARAMELLI, P. **Neuropsicologia das Demências**. In: Fuentes, D., Malloy-Diniz, L.F., Candida, H.P.C. & Consenza, R.M. Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008.
23. SERON, X. **Toward a cognitive neuropsychology**. International Journal of Psychology, 17, 149-156, 1982.
24. SEABRA, A. G., Reppold, C. T., Dias, N. M., & Pedron, A. C. (2014). **Modelos de funções executivas**. In A. G. Seabra, J. A. Laros, E. C. Macedo & N. Abreu (Eds.). **Inteligência e funções executivas: avanços e desafios para a avaliação neuropsicológica** (pp. 41-55). São Paulo: Memnon.
25. SEKINE, C. R et al. **Doença de Alzheimer: uma demanda para o serviço social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Presidente Prudente, SP: Intertem@s, 13(13), 01-79. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/view/501/497>

“

Cuidados paliativos ao idoso: relato da assistência de enfermagem

- Danielle Silva de **Meireles**
PMPG/UFPB
- Greicy Kelly Gouveia Dias **Bittencourt**
PMPG/UFPB
- Cícera Patrícia Daniel **Montenegro**
PMPG/UFPB
- Cibelly Nunes **Fortunato**
PPGENF/UFPB
- Helga de Souza **Soares**
HULW/UFPB
- Caroline Santos de **Araújo**
HULW/UFPB
- Gigliola Magda Oliveira Germano de **Melo**
FASER
- Michelle Silva dos **Santos**
FASER
- Gilvanise do Nascimento de **Melo**
CINTEP
- Mayara Furtado Silva **Bezerra**

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência vivenciado numa unidade referência em Cuidados Paliativos no interior do Ceará. Para respalda-lo, foi realizada uma revisão de literatura, nas bases de dados eletrônicas da BVS – LILACS e BDNF. Os objetivos foram categorizar os cuidados de enfermagem conforme a estratificação de cuidados paliativos da referida instituição, para respaldar a equipe na prestação de uma assistência de enfermagem segura, eficaz e humanizada; bem como apresentar um pouco do que são cuidados paliativos para os profissionais de saúde que ainda não conhecem, têm insegurança em lidar ou não foram capacitados para tal. Dentre os resultados obtidos, foram descritos os cuidados de enfermagem de acordo com a estratificação supracitada, de maneira categorizada, para facilitar o entendimento e a assistência segura pelos profissionais. A humanização na assistência prestada neste relato, não costuma ser presente nos serviços de saúde que tratam o paciente seguindo uma conduta exclusivamente curativista. Concluímos que numa unidade composta por equipe coesa, capacitada e comprometida em atuar efetivamente em Cuidados Paliativos, o idoso com doença incurável é visto como um ser humano que tem sentimentos e merece todo amor, carinho, respeito, atenção e principalmente muito conforto na fase final da sua vida. O aumento do acervo de produção científica envolvendo Cuidados Paliativos, despertará nos profissionais o interesse em aprofundar seus conhecimentos nesta especialidade, na qual vemos e sentimos o valor da humanização na assistência e, o quão gratificante é poder contribuir com o alívio das dores do corpo e da alma.

Palavras-chave: Idoso, Cuidados Paliativos e Enfermagem de Cuidados Paliativos na Terminalidade da Vida.

INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento populacional, da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas na população, tem sido observado progressivamente nos últimos anos, fazendo crescer o número de pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos (CP). Entretanto, o desenvolvimento de novas terapêuticas propiciado pelo avanço tecnológico, trouxe longevidade aos portadores de doenças crônicas, antes tidas como mortais (SILVA; VIANA; LIMA et al, 2018).

Conforme Lima, Vale e Silva, *et al* (2017), o termo Cuidado Paliativo remete a outro termo, o “*Hospice*” (antigas hospedarias destinadas ao cuidado de peregrinos e viajantes). Todavia, por questões linguísticas (já que não havia tradução fidedigna para o termo em muitos idiomas), este foi substituído por Cuidados Paliativos. “*Palliare*” provém do latim e significa ‘manto usado para proteger os peregrinos nas viagens aos santuários’. Analogamente, quando a doença não pode ser curada, a alternativa restante é cobri-la com os cuidados paliativos.

Diferente da visão curativista, na paliativa o foco é no indivíduo. O paciente passa a ser visto como um ser integral, capaz de compreender sua possibilidade terapêutica, apropriar-se de suas vontades e deve ter seus princípios respeitados (SILVA; VIANA; LIMA et al, 2018).

Em pesquisa realizada por Moraes, Conrad e Mattos (2018) foi notado que os profissionais de enfermagem enfrentam conflitos internos ao prestarem assistência à pacientes sem possibilidade de cura.

Lima, Vale e Silva, *et al* (2017), afirmam que contribuir com o indivíduo no processo de morte digna é uma tarefa difícil quando a equipe que o assiste não conhece a importância ou não possui o conhecimento técnico e científico sobre cuidados paliativos. Cabe aos profissionais já adeptos da assistência paliativista, encontrar uma maneira de dar o exemplo, prestando a sua assistência associada ao melhor cuidado para esses pacientes, utilizando, para tal feito, os conhecimentos que são inerentes à sua prática, já que os específicos para os pacientes com esse perfil, muitas vezes, são negligenciados durante sua formação acadêmica.

Profissionais conhecedores da abordagem paliativa sentem-se desconfortáveis quando acompanham a assistência curativista dada a um paciente com indicação de palição. Sentem-se angustiados ao verem que estão cometendo distanásia com este ser humano. Conforme cita o protocolo de Cuidados Paliativos do Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, distanásia trata-se do “prolongamento exagerado e artificial do processo de morte, consequentemente trazendo sofrimento inútil para os pacientes. Muitas vezes o desejo obstinado de recuperação do doente, em vez de ajudar ou permitir uma morte natural, acaba prolongando sua agonia” (MAURIZ; WIRTZBIKI; CAMPOS, 2014).

A participação de cada membro da equipe é fundamental é indispensável para a prestação dos cuidados paliativos com excelência. Porém, a “enfermagem paliativa” não é uma tarefa fácil: além de exigir do enfermeiro uma assistência sistematizada e individualizada, através do planejamento e implementação de ações que resultam numa maior autonomia para o paciente sobre sua própria vida e doença, também exige deste profissional a perspicácia para articular-se com o paciente e também seus familiares, os quais devem ser considerados uma unidade de cuidado, indispensáveis para estabelecer um cuidado acolhedor (LIMA; VALE; SILVA, 2017).

Diante deste contexto, como prestar uma assistência de enfermagem de forma segura, eficaz e humanizada, aos idosos em cuidados paliativos?

O objetivo deste estudo consiste em categorizar os cuidados de enfermagem, conforme a estratificação de cuidados paliativos do protocolo institucional do HRC / ISGH, a fim de respaldar a equipe na prestação de uma assistência de enfermagem segura, eficaz e humanizada; bem como apresentar um pouco do que são cuidados paliativos para os profissionais de saúde que ainda não conhecem, têm insegurança em lidar ou não foram capacitados para tal.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado na UCE (Unidade de Cuidados Especiais, referência em Cuidados Paliativos no Estado do Ceará), clínica pertencente ao HRC – Hospital Regional do Cariri, vinculado ao ISGH – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, situado em Juazeiro do Norte (CE). A fim de respaldar o relato, também foi realizada uma revisão da literatura a cerca da temática abordada.

Identificado o problema por sua relevância e formulada a pergunta norteadora, foram selecionados os seguintes descritores no DeCS (Descritores em Ciência da Saúde): “idoso”, “cuidados paliativos” e “enfermagem de cuidados paliativos na terminalidade da vida”.

A busca bibliográfica foi desenvolvida no mês de maio 2018, nos sites oficiais das instituições referenciadas e nas bases de dados eletrônicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos originais e disponíveis na íntegra em formato eletrônico em inglês e/ ou português nos quais os descritores selecionados deveriam constar como assunto principal. Como critérios de exclusão, considerou-se indisponibilidade na íntegra, duplicidade e o não atendimento ao objeto de estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Hospital Regional do Cariri, situado em Juazeiro do Norte, foi o primeiro hospital público da rede estadual construído no interior do Ceará. O HRC dispõe de 294 leitos,

distribuídos em seis pavimentos; desses, 174 são de enfermarias, 20 na unidade de terapia intensiva adulto, 15 leitos na unidade de cuidados semi-intensivos e 85 na emergência e hospital-dia. O HRC assiste uma população de 1,5 milhão de habitantes, dos 44 municípios da macrorregião do Cariri, formada pelas regiões de saúde de Juazeiro do Norte, Crato, Brejo Santo, Iguatu e Icó (ISGH, 2019).

Conforme cita o ISGH (2019) e a ONA (2019), o HRC é acreditado com excelência pela ONA – Organização Nacional de Acreditação, desde 19 de dezembro de 2016. Este selo máximo de acreditação hospitalar foi conferido pela supracitada organização, porque o HRC demonstra uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

Tive a oportunidade de atuar como enfermeira assistencial do referido hospital por 01 ano e 04 meses, mais especificamente na UCE – Unidade de Cuidados Especiais, desde o início do primeiro dia de funcionamento da unidade, em 04 de março de 2013. A UCE é a clínica destinada preferencialmente aos pacientes que recebem alta das unidades de AVC, terapia intensiva e semi intensiva, sejam eles em reabilitação ou em cuidados paliativos. Apesar de atender adultos em larga faixa etária, em sua maioria são idosos, quase todos demandando cuidados de alta dependência para suas AVD's (atividades de vida diária).

Por vezes os pacientes são admitidos com prognóstico de reabilitação e ao longo do tratamento são inseridos nos cuidados paliativos. Bem como também acontece o inverso, admissões com prognóstico de cuidados paliativos e a equipe interdisciplinar consegue reabilita-los.

- Para definição da conduta, Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014) adotaram no protocolo institucional, os critérios de elegibilidade:

CRITÉRIOS PARA CUIDADOS PALIATIVOS CONFORME AS CONDIÇÕES DO PACIENTE
Doença progressiva, incurável e avançada
Poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis
Evolução clínica oscilante, caracterizada pelo surgimento de várias crises de necessidades ou reagudizações recorrentes
Grande impacto emocional ou social para o doente e sua família, relacionado de maneira explícita ou não à proximidade da morte
Prognóstico de vida reservado (estimado em menos de seis meses)
Necessidade de adequação terapêutica ou das ações de investigação clínica
Internação prolongada sem evidência de melhora
Ser portador de uma doença progressiva e incurável e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida

Independente do prognóstico inicial e desfecho, a assistência transdisciplinar na UCE sempre foi satisfatória, merecidamente reconhecida e elogiada pelos gestores, demais profissionais da instituição, pacientes e acompanhantes. Dentre os motivos que justificam tal sucesso na assistência prestada, destacam-se:

- As reuniões multidisciplinares realizadas semanalmente entre os membros da equipe. Nelas, comparecia um representante de cada categoria profissional e, cada um falava (no tocante à sua área) sobre o estado geral do paciente, progressos da semana anterior e desafios para a semana seguinte. Nesta roda de conversa, todos os profissionais falavam sobre todos os pacientes e ouviam os relatos dos demais colegas de trabalho, isso viabilizou a comunicação e um maior entrosamento entre os membros da equipe, além de uma excelente oportunidade de aprendizado sobre a conduta profissional dos colegas frente aos pacientes assistidos;
- A intensa humanização na assistência, fortalecida pelo vínculo de amizade e confiança entre os profissionais atuantes na unidade, que vivenciavam e divulgavam o lema da equipe “Amor & Carinho”, gerava uma energia positiva, sentida por todos que trabalhavam direta ou indiretamente, que visitavam ou que recebiam assistência;
- A construção de um Protocolo Clínico de Cuidados Paliativos para a UCE / HRC, validado pelo ISGH e inclusive citado em matéria na Revista da ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Tal instrumento foi elaborado pela equipe médica e dentre seu valioso conteúdo, construído com a colaboração da equipe transdisciplinar, podemos destacar os princípios dos cuidados paliativos e a estratificação dos cuidados de acordo com os graus de investimento:
- Princípios dos Cuidados Paliativos, conforme Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014):

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS
Promover o alívio da dor e outros sintomas estressantes
Reafirmar a vida e encarar a morte como um processo natural
Não pretender antecipar ou adiar a morte
Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado
Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte
Oferecer um sistema de suporte que auxilie a família e entorno afetivo a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença
Abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e familiares, incluindo acompanhamento no luto
Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença
Ser iniciado o mais precocemente possível, junto com outras medidas de prolongamento da vida (como quimioterapia e radioterapia) e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreensão e manejo dos sintomas

- Estratificação de Cuidados Paliativos a doentes gravemente enfermos, de acordo com Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014):

Estratificação de cuidados paliativos a doentes gravemente enfermos

Cuidado Paliativo Precoce	<ul style="list-style-type: none"> - Manter suporte avançado de vida e reanimar, se houver parada cardiorrespiratória (PCR) - O paciente deve ser encaminhado a uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Complementar	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente continua a receber todo o suporte intensivo para manutenção da vida. A evolução do quadro, bem como a resposta ao tratamento instituído, devem ser rigorosamente monitorizadas: <ul style="list-style-type: none"> A. Paciente obtém melhora clínica com resposta satisfatória ao tratamento instituído – um evento adverso nesse contexto caracteriza-se como PCR, e deve-se proceder às manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) B. Paciente obtém respostas progressivamente insuficientes ou aquém do esperado para o tratamento instituído – um evento adverso nesse contexto deve ser considerado como morte e não devem ser realizadas manobras de RCP - Considerar evolução para CP predominante - Ponderar transferência para UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Predominante	<ul style="list-style-type: none"> - O paciente já recebeu todo o suporte intensivo para manutenção da vida e apresenta falha ou resposta insuficiente aos recursos utilizados, com crescente tendência ao óbito - Não adicionar e/ou manter terapias fúteis - Não reanimar caso haja evento que culmine com a morte - Não deve ser encaminhado para a UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Cuidado Paliativo Exclusivo	<ul style="list-style-type: none"> - Para esse paciente, a morte está prevista para horas, dias ou poucas semanas - Suspender todas as terapias fúteis, enfocando o controle de sintomas - Não deve ser encaminhado para a UTI - Apoiar pacientes e familiares, abordando diagnósticos, condutas e prognóstico - Controle rígido da dor - Assistência psicossocial e espiritual
Morte Encefálica	<ul style="list-style-type: none"> - Possível doador em caso de morte encefálica – seguir protocolo de potencial doador

Diante do protocolo supracitado e da experiência vivenciada na UCE, foi possível descrever um relato de experiência desenvolvido em duas partes: primeiro, com a categorização dos cuidados de enfermagem a serem prestados conforme a estratificação dos níveis de palição acima e, posteriormente, a assistência de enfermagem implementada a uma idosa em cuidados paliativos.

1. Cuidados de Enfermagem categorizados conforme a estratificação dos cuidados paliativos descrita por Mauriz, Wirtzbiki, e Campos (2014):

1.1. Cuidados de Enfermagem comuns a todas categorias:

- Mensuração da dor através das escalas adotadas pela instituição;
- Manter cabeceiras do leito elevadas de 30 a 45° salvo se contra-indicado;

- Preparar e administrar medicação de acordo com prescrição médica;
- Controlar o gotejamento das infusões venosas;
- Manter paciente aquecido com uso de cobertor e/ou lençol;
- Realizar banho no leito ou banho de aspersão em cadeira de banho de acordo com as condições clínicas do paciente;
- Proporcionar massagem de conforto durante o banho;
- Realizar higiene ocular S/N;
- Realizar higiene oral após as refeições (06h, 12h e 18h);
- Proporcionar conforto, estimulando o autocuidado;
- Proporcionar oxigenoterapia de acordo com prescrição médica;
- Aspirar secreção traqueal e da orofaringe S/N;
- Realizar curativo diariamente e S/N;
- Realizar mudança de decúbito de 3/3 horas salvo se contra indicado;
- Esclarecer paciente/familiares acerca da patologia clínica e suas limitações;
- Orientar paciente/familiares sobre como proceder em relação à alta hospitalar;
- Amor e carinho constantemente, tanto ao paciente como aos familiares.

1.2. Cuidado Paliativo Precoce:

- Manter cuidado com monitoração cardíaca/oxímetro;
- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, dor) a cada 6 horas;
- Verificar a glicemia capilar a cada 6 horas;
- Realizar controle rigoroso de balanço hídrico;
- Realizar medição de PVC de acordo com prescrição médica;
- Realizar ECG de acordo com solicitação médica;
- Realizar inserção de dispositivos invasivos se necessário;
- Infundir hemoderivados de acordo com prescrição médica;
- Auxiliar na Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) em caso de Parada Cardiorespiratória (PCR);
- Agilizar transferência para a Unidade de Terapia Intensiva S/N.

1.3. Cuidado Paliativo Complementar:

- Manter cuidado com monitoração cardíaca/oxímetro;

- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar, dor) a cada 6 horas
- Verificar a glicemia capilar de acordo com prescrição médica;
- Realizar controle de balanço hídrico conforme prescrição médica;
- Realizar medição de PVC de acordo com prescrição médica;
- Realizar ECG conforme solicitação médica;
- Realizar inserção de dispositivos invasivos se necessário;
- Infundir hemoderivados de acordo com prescrição médica.

1.4. Cuidado Paliativo Predominante:

- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar) a cada 8 horas;
- Individualizar a avaliação do quinto sinal vital – dor;
- Verificar glicemia capilar apenas se prescrito por médico assistente;
- Caso haja perda de acesso venoso periférico tentar realizar hipodermóclise, conforme avaliação da enfermagem e adaptação da prescrição médica;
- Não realizar terapias fúteis;
- Reforçar comunicação de prognóstico, apoio humanizado e orientações a familiares.

1.5. Cuidado Paliativo Exclusivo:

- Verificar sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar) apenas se prescrito por médico assistente;
- Individualizar a avaliação do quinto sinal vital – dor;
- Não verificar glicemia capilar;
- Não realizar terapias fúteis;
- Caso haja perda de acesso venoso periférico tentar realizar hipodermóclise, conforme avaliação da enfermagem e adaptação da prescrição médica;
- Reforçar comunicação de prognóstico, apoio humanizado e orientações a familiares.

1.6. Morte Encefálica

- Contactar a equipe da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT)

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA IDOSA EM CUIDADOS PALIATIVOS – RELATO DE EXPERIÊNCIA

I.S.S., 78 anos, sexo feminino, aposentada, católica, nunca casou nem teve filhos, morou sozinha os últimos anos de sua vida e nesse período, seus únicos companheiros foram um gato de estimação e a amizade de suas vizinhas (que lhe visitavam regularmente). Foi admitida na UCE em meados do segundo mês de internação hospitalar, proveniente da unidade de terapia intensiva e anteriormente da clínica cirúrgica. Era uma senhora com semblante triste, devido às suas comorbidades (obesa, hipertensa, diabética) e às complicações cirúrgicas pelas quais passara na longa internação, em decorrência de uma neoplasia metastática no trato gastrointestinal. Fazia uso de colostomia e tinha uma ferida operatória abdominal em cicatrização por segunda intenção, com média de 10cm de diâmetro. Em sua admissão, foi encaixada na assistência de Cuidado Paliativo Predominante (ver tópico 1.4) e na última semana em Cuidado Paliativo Exclusivo (ver tópico 1.5).

Por ter sido enfermeira assistencial diarista do turno da manhã, acompanhei toda a sua passagem pela UCE. Recordo bem da sua história não apenas porque fiz seus curativos inúmeras vezes. Nossa relação ‘enfermeira – paciente’ não era meramente restrita à realização de procedimentos técnicos, até porque se assim fosse, eu não teria tantas recordações até hoje, depois de 5-6 anos. Se lembro claramente de sua história, foi porque realizei seus curativos com “Amor & Carinho” – o lema da nossa equipe transdisciplinar, que buscava a humanização da assistência em primeiro lugar.

Durante seus curativos, eu lhe prestava assistência e ao mesmo tempo conversávamos sobre sua vida e seus sentimentos. Enquanto ela fortalecia o vínculo de confiança em mim como enfermeira e confidente, eu tinha a oportunidade de aprender com ela tanto tecnicamente (com a evolução da sua lesão) como moralmente, ao desfrutar da sabedoria de uma idosa que muito me ensinou com as histórias de sua vida. Nesses nossos momentos eu pude conhecer a pessoa de D. Idália, acompanhar todas as transições do seu estado de humor ao longo de sua passagem na UCE e encoraja-la passar por aqueles momentos difíceis com ânimo e resignação.

O momento mais difícil e ao mesmo tempo mais bonito e marcante foi o momento do seu óbito, ou melhor, sua passagem, seu desligamento do corpo físico – estes últimos termos são exemplos de como a nossa equipe se referia à morte de uma forma mais leve. Naquele dia, enquanto ela partia aos poucos, a assistente social chamou suas amigas e todas juntas pudemos acompanhar a sua passagem sem o mínimo sinal de sofrimento, com um semblante calmo. Estavam presentes duas das suas vizinhas amigas, as acompanhantes das demais pacientes da enfermaria (que se tornaram amigas devido à convivência), sua médica assistente, a fisioterapeuta, a assistente social, a técnica de enfermagem e eu

(enfermeira). Ao percebermos seu último suspiro enquanto estávamos ao redor de seu leito, a médica emocionada nos pediu pra darmos as mãos e rezarmos um Pai Nosso e uma Ave Maria por D. Idália, que era muito católica e tinha lhe feito este último pedido para quando descansasse. Foi um momento de bastante comoção para todos que vivenciamos, um misto de tristeza pela partida da nossa amiga e alívio pela certeza de que ela já não sentia mais o cansaço do corpo naquele leito e em algum lugar estava em paz!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Trabalhar com Cuidados Paliativos é sem dúvida uma oportunidade ímpar de aprendizado não apenas no âmbito profissional. As inúmeras histórias vivenciadas nos ensinam e nos fazem crescer muito mais como seres humanos. O nível de humanização da assistência prestada no supracitado relato, não costuma ser presente na maioria dos serviços de saúde, que tratam o paciente seguindo uma conduta meramente curativista. Nesses locais, essa seria apenas mais uma paciente “terminal” que iria a óbito apenas com a sua acompanhante e a equipe prestaria aquela assistência meramente formal dos cuidados com o corpo.

Numa unidade composta por equipe coesa, capacitada e comprometida em atuar efetivamente em Cuidados Paliativos, o paciente com doença incurável é visto como um ser humano que tem sentimentos e merece todo amor, carinho, respeito, atenção e principalmente muito conforto na fase final da sua vida.

Entretanto, as condutas paliativistas ainda não são muito aceitas pela maioria dos profissionais focados na assistência tradicional exclusivamente curativista. Por isso é de suma importância intensificar os estudos a cerca desta temática, a fim de despertar nestes profissionais, a vontade de conhecer os critérios de elegibilidade para palição, defender sua implementação e o desejo prioritário de aliviar sofrimento em detrimento da distanásia.

O aumento do acervo de produção científica envolvendo Cuidados Paliativos, despertará nos profissionais o interesse em aprofundar seus conhecimentos nesta especialidade, na qual vemos e sentimos o valor da humanização na assistência e, o quão gratificante é poder contribuir com o alívio das dores do corpo e da alma de alguém, que além de humano, também é o amor da vida de outro alguém.

■ REFERÊNCIAS

1. Bezerra, SAO & Mauriz, P. **Protocolo de Cuidados Paliativos Multiprofissional do Hospital Regional do Cariri**. Revista Cuidado Paliativo. ANCP Em Foco, ano I, nº2, jan 2015, p.22-24. Disponível em: <http://paliativo.org.br/revista/revista-ancp-ed2.pdf>

2. Mauriz, P; Wirtzbiki, PM; Campos, UW. **Protocolo de Cuidados Paliativos**. ISGH – Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, setembro, 2014. Disponível em: http://www.isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf
3. ONA – Organização Nacional de Acreditação. Mapa de Acreditações. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes/eyJlc3RhYmVsZWNPbWVudG90aXBvIjoiIiwicXVhb-GlmaWNhY2FvIjoiQWNYZWRpdGFkbyBjb20gRXhjZWxcdTAwZWFuY2IhIiwicXN0YWRvIjoi-Q0UiLCJjaWRhZGUiOiJKdWF6ZWlybyBkbyBOb3J0ZSIsIm5vbWUiOiIilifQ==> Silva HA, Viana GKB, Lima AKG *et al*. **Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros**. Rev enferm UFPE on line, Recife, 12(5):1325-30, ISSN: 1981-8963, maio, 2018. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980775>
4. Lima, SF; Vale, HGQP; Silva, VSC; Pasklan, ANP; Reis, LMCB; Noronha, FMF. **Representações sociais sobre o cuidado paliativo entre profissionais de enfermagem**. Rev. enferm. UFPE on line; 11(supl.5): 1980-1988, ISSN: 1981-8963, maio 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31493>
5. Morais EN; Conrad D; Mattos EM; *et al*. **Palliative care: coping nurses in a private hospital in the city of Rio de Janeiro - RJ**. Rev Fund Care Online. 2018 abr/jun; 10(2):318-325. Disponível em DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.318-325>. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-32792>
6. Silva HA, Viana GKB, Lima AKG *et al*. **Intervenção em cuidados paliativos: conhecimento e percepção dos enfermeiros**. Rev enferm UFPE on line, Recife, 12(5):1325-30, ISSN: 1981-8963, maio, 2018. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-980775>

“

Custos em instituições de longa permanência de idosos (ILPI): significações e repercussões na qualidade de vida dos idosos institucionalizados

▮ Telma Regina **Stroparo**
UNICENTRO

▮ Fabiele **Eidam**
UNICENTRO

▮ Maria Luiza **Czaikovski**
UNICENTRO

RESUMO

Trata-se de pesquisa aplicada, de caráter exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, bibliográfica, documental, não participante, com amostragem não-probabilística, intencional e por conveniência. Os dados *ex-post-factos* levantados são relativos aos anos de 2018 e 2019 e a abrangência da pesquisa delimita-se ILPI's localizadas na região sul do Estado do Paraná, sendo que a amostra compõe-se de três instituições. O objetivo da pesquisa é avaliar como investimentos de baixo custo em ILPI's proporcionam significações e repercussões na qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Os resultados encontrados apontam que mesmo com recursos escassos é possível desenvolver ações que repercutem positivamente na qualidade de vida dos internos, notadamente no que tange à melhoria da estima, integração, sociabilidade, humor, disposição para atividades propostas, entre outras.

Palavras-chave: Custos, Investimentos, ILPI, Idosos, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

Segundo definição da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o envelhecimento é “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” (OPAS, 2005).

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial e a Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. (LEE, et al., 2015; SOUSA et al, 2003).

De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) “uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050”. (...) Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global”. (BRASIL, 2015).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta o crescente aumento da proporção de pessoas idosas no país, que atingiu 13% da população em 2013 (IBGE, 2013).

O tema em questão se insere no debate mundial sobre envelhecimento, que veio à tona com o aumento da expectativa de vida e diminuição da taxa de natalidade no mundo. Verifica-se aumento da população idosa e conseqüente necessidade de organização civil para abrigar parte desse contingente em instituições que promovam os cuidados básicos necessários como verifica-se nos estudos de CAMARANO *et al*, 2010; GOMES *et al*, 2015; ROSSETTO, 2012; SOUZA COSTA *et al*, 2013; SPANEVELLO *et al*, 2017.

No passado, o cuidado à pessoa idosa era realizado pela família, representada em sua maioria pela figura feminina. Algumas mudanças na estrutura familiar tais como: a saída da mulher para o mercado de trabalho, as situações de baixa renda da família, as separações, a viuvez e a diminuição do número de filhos muitas vezes impossibilitaram a família de exercer o cuidado ao idoso. Deste modo, essas situações, associadas ao nível de dependência da pessoa idosa, contribuem para um aumento no número desses indivíduos em instituições de longa permanência. (COSTA; MERCADANTE, 2013)

Compreende-se que a institucionalização pode ser mais humanizada e funcionar de forma menos rígida, a fim de que esses locais percam o estereótipo de sombrios depósitos

de velhos. Independentemente dos motivos que levaram o idoso a encaminhar-se a uma instituição, permanecem intactos os seus direitos de cidadania.

No entanto, a situação financeira nesse tipo de instituição geralmente é precária. De acordo com estudos realizados por Camarano e Kanso (2010), as instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares. Aproximadamente 57% das receitas provêm da mensalidade paga por esses. Financiamento público é a segunda fonte de recursos mais importante, responsável por aproximadamente 20% do total. Além disso, as instituições contam também com recursos próprios, que compõem 12,6% do total do financiamento.

O Estado por sua vez, aporta outros tipos de contribuição na forma de parcerias, como, por exemplo, fornecimento de medicamentos e serviços médicos. Isto é encontrado, também, no setor privado, podendo-se citar as parcerias com o Sistema Único de Saúde, associações religiosas e universidades.

A pesquisa justifica-se pelo aumento na expectativa de vida e conseqüentemente da população idosa, refletindo diretamente em maior preocupação quanto ao cuidado com os longevos. Os recursos disponíveis são escassos diante das dificuldades para manter as instituições com atendimento adequado e digno.

Considerando a escassez de recursos que as ILPI convivem, a pesquisa em tela identifica e mensura ações de baixo custo financeiro, mas que apresentam resultados sociais relevantes. Entende-se por baixo custo, para efeitos dessa pesquisa, os investimentos com valores irrelevantes e que não afetam o fluxo de caixa das ILPI's, podendo ser oriundos de doações ou aquisições pelos administradores.

Resultados sociais podem ser caracterizados como maior integração entre os residentes de diversos graus de dependência, disposição para atividades propostas sempre preservando a identidade e as limitações de cada um, assim como a participação dos mesmos nas atividades promovidas pela comunidade local, o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações, a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente ou o estímulo da autonomia dos idosos, assim como da autoconfiança e autoestima dos mesmos.

Por outro lado significações, para a pesquisa, tem o sentido de interpretações pois busca-se a análise da percepção acerca das ações implementadas por parte das equipes multidisciplinares e idosos institucionalizados e repercussões refere-se à discussão dos efeitos sociais que repercutem positivamente na qualidade de vida dos residentes.

Nesse sentido, a mensuração dos gastos e o controle da efetividade das ações desenvolvidas apresenta-se relevante. Gerir recursos escassos visando a melhoria da qualidade de vida e a transparência da aplicações dos recursos é extremamente necessário.

A pesquisa parte da premissa de que a população idosa cresce no país e há necessidade de prover condições para que todos tenham acesso a locais que tratem dessa população de forma integrada e plena, apesar dos recursos serem escassos e as necessidades muitas e crescentes.

Diante do exposto, a questão norteadora da pesquisa é: Como investimentos de baixo custo em Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) proporcionam significações e repercussões na qualidade de vida dos residentes?

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI)

Instituição de Longa Permanência de Idosos (ILPI) é definida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 (ANVISA, 2005) como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”. (WATANABE; DI GIOVANNI, 2009).

Considera-se ILPI a proposta de uniformização das instituições que prestam assistência aos idosos, garantindo condições de bem-estar físico, emocional e social, em conformidade, entre outros, com o Estatuto do Idoso, com a legislação vigente, e com as políticas públicas relacionadas a essa população (CAMARANO & KANSO, 2010).

A maioria das ILPIs, porém, não foi projetada para atender as dificuldades das pessoas idosas; ainda assim, existe uma demanda crescente de idosos a estas instituições, tanto por motivos socioculturais, quanto financeiros. A terceirização do cuidado dos idosos, como solução para atender essa demanda, surgiu com improvisações que nem sempre atendem as suas necessidades, com base na justiça social, nos parâmetros legais, e nas diretrizes arquitetônicas (MILANEZE, 2013 *apud* VANZIN *et al*, 2017).

A institucionalização dos idosos pode trazer inúmeras consequências, pois toda mudança, por mais simples que seja, implica fatores positivos e negativos. Garantir a essas populações condições de adaptação e boa convivência, garantindo pleno exercício das crenças e respeito à dignidade humana tem sido objetivo das equipes multidisciplinares que trabalham nas ILPI's. (PIZARRO, 2004).

Os estudos sobre institucionalização dos idosos são poucos e não avaliam com profundidade o tema, sendo que grande parte de idosos são institucionalizados por problemas de miséria e abandono, e em segundo lugar, por problemas mentais e físicos, além de contar com o número reduzido de vagas nas ILPI's. (FREITAS & SCHEICHER, 2010).

Segundo Creutzberg *et al* (2007), raramente, essas instituições oferecem programas sistemáticos de promoção da saúde dirigidos a manter a capacidade funcional dos idosos. Os serviços de saúde fornecidos pelas instituições são, em geral, centrados na cura e na reabilitação. Acredita-se que toda essa problemática vivenciada pelo idoso, sobretudo quando institucionalizado, possa comprometer de diferentes maneiras a sua qualidade de vida, tema este que tem ocupado lugar de destaque na discussão sobre envelhecimento.

Ressalte-se que a situação financeira nesse tipo de instituição geralmente é precária. De acordo com estudos realizados por Camarano e Kanso (2010), as instituições brasileiras vivem principalmente do recurso aportado pelos residentes e/ou familiares. Aproximadamente 57% das receitas provêm da mensalidade paga por esses. Financiamento público é a segunda fonte de recursos mais importante, responsável por aproximadamente 20% do total. Além disso, as instituições contam também com recursos próprios, que compõem 12,6% do total do financiamento.

Diante do contexto, aprofundar estudos sobre as condições de qualidade de vida (QV) dessas populações institucionalizadas, identificando ações que melhoram aspectos cognitivos, sociais e físicos é premente.

Qualidade de Vida - (QV)

A definição mais conhecida de QV é a do grupo da Organização Mundial de Saúde, que a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1995, p. 1405)

Entender qualidade é perceber o indivíduo dentro de suas esferas sociais, físicas e psicológicas, levando em consideração aspectos objetivos e subjetivos da construção dos sujeitos (FLECK, 2000).

Discussões sobre melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados em ILPI's foi tratada por ARAUJO, ROCHA, 2016; BALLSTAEDT, 2007; DAWALIBI, *et al.* 2013; DIAS *et al.*, 2013; FREITAS, SCHEICHER, 2010; MEDEIROS DE ARAUJO NUNES *et al.*, 2010; VITORINO *et al.*, 2013;

O grupo de estudiosos em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), *The WHOQOL Group*, propõe um conceito para qualidade de vida subjetivo, multidimensional e que inclui elementos positivos e negativos: “qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (WHOQOL, 1995, p. 1405). É um conceito amplo e complexo, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente.

Alguns desses instrumentos foram validados e adaptados ao contexto cultural brasileiro (DINI, QUARESMA e FERREIRA, 2004). Os princípios fundamentais de um envelhecimento com QV descrevem o idoso como proativo, definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvido na manutenção do bem-estar num mundo mutante e nem sempre propício (FIERRO, 2004).

MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

A presente pesquisa classifica-se como uma pesquisa aplicada, exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, bibliográfica, documental, com amostragem não-probabilística, intencional e por conveniência, utilizando-se as técnicas de observação e entrevistas estruturadas. (CRESWELL, 2007; COOPER; SCHINDLER, 2011; GRAY, 2012; MARTINS & THEÓPHILO, 2007).

Caracteriza-se ainda como pesquisa de observação não participante pois os resultados, obtidos de dados *ex-post-factos*, não prescindem de intervenção direta no objeto de estudo.

Os dados coletados referem-se aos anos de 2018 e 2019 e foram coletados em ILPI's localizadas na região sul do Estado do Paraná. Trata-se da identificação dos custos das ações que resultaram em melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Foram coletados custos, receitas, despesas e investimentos das ILPI's. Os valores foram classificados sendo sua natureza e os investimentos com montante inferior a 1% da receita foram considerados como sendo de baixo custos.

Posteriormente, fez-se entrevistas com os cuidadores equipes técnica e de apoio quanto às significações e repercussões das ações, visando a busca pela efetividade dos investimentos, cujos resultados estão descritos no presente trabalho. As entrevistas restringiram-se à equipe multidisciplinar e administrativa, não havendo contato com os idosos institucionalizados. Os resultados estão demonstrados a seguir.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

As ações com baixo custos que promoveram melhoria na qualidade de vida dos idosos institucionalizados são apresentadas a seguir:

Tabela 1. Investimentos de Baixo Custos Identificados nas ILPI's – 2018 e 2019

Ações de Baixo Custo	ILPI 1 (R\$)		ILPI 2 (R\$)		ILPI 3 (R\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Fortalecendo Vínculos	R\$ 400,00	R\$ 495,00	R\$ 280,00	R\$ 520,00	R\$ 980,00	R\$ 1278,00
Comemoração dos Aniversários	R\$ 960,00	R\$ 1.200,00	R\$ 450,00	R\$ 1.200,00	R\$ 2.354,00	R\$ 3.030,00
Festas Temáticas	R\$ 489,00	R\$ 650,00	R\$ 0,0	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

Ações de Baixo Custo	ILPI 1 (R\$)		ILPI 2 (R\$)		ILPI 3 (R\$)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Pintura em Papel	R\$ 0,00	R\$ 200,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 530,00	R\$ 981,00
Passeios na Praça	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Cinema	R\$ 386,00	R\$ 595,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Bailinhos	R\$ 450,00	R\$ 0,00	R\$ 350,00	R\$ 300,00	R\$ 623,00	R\$ 886,00
Compras	R\$ 480,00	R\$ 900,00	R\$ 890,00	R\$1.287,00	R\$ 2.494,00	R\$ 2.540,00
Passeios	R\$ 150,00	R\$ 390,00	R\$ 800,00	R\$ 500,00	R\$ 300,00	R\$ 0,00
Atividades Religiosas	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Hortas	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 290,00	R\$ 645,00	R\$ 893,00	R\$ 532,00
Festas Externas	R\$ 360,00	R\$ 0,00	R\$ 400,00	R\$ 260,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Atividades com Acadêmicos e Voluntários (recreação, projetos de extensão, etc)	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
Total	R\$ 3.675,00	R\$ 4.430,00	R\$ 3.460,00	R\$ 4.712,00	R\$ 8.174,00	R\$ 9.247,00

Fonte: Dados da pesquisa, (2020)

Repercussões e Significações

As ações desenvolvidas, com investimentos de baixo custos, promoveram repercussões e significações na qualidade vida dos idosos institucionalizados, conforme dados obtidos pelas entrevistas com as equipes multidisciplinares de cada uma das ILPI's. Os resultados serão descritos de forma conjunta pois as conclusões assemelham-se.

Fortalecendo vínculos: essa atividade ocorre mensalmente nas ILPI's 1 e 3 e quinzenalmente na ILPI 2 e caracteriza-se por realizar telefonemas aos familiares dos internos convidando-os para tardes de interação com o idoso institucionalizado. Tem como objetivo manter contato e criar laços de afetividade. Trata-se de uma ação importante pois apresenta como resultado a aproximação entre o interno e os familiares.

Comemoração de aniversários: Realizada mensalmente, a atividade comemora os aniversários do mês com bolo, refrigerantes, velinhas e parabéns. Essa ação é avaliada pelas equipes multidisciplinares como uma das mais importantes pois traz como resultado muita integração e discussões sobre o senso de existencialismo e relacionamento em todos. Além disso proporciona mais afetividade e carinho entre todos. As festas são ansiosamente aguardadas pelos aniversariantes do mês e os custos da atividade são relativos a pequenas lembranças oferecidas aos idosos, bolos e refrigerantes. Em comum, percebeu-se que as três ILPI's receberam doações do comércio local e instituições religiosas de parte dos itens necessários para as comemorações.

Festas temáticas: Atividade desenvolvida na ILPI1, trata se de festas realizadas em datas comemorativas como por exemplo carnaval onde os próprios internos foram convidados e estimulados a confeccionarem seus adereços. Houve doação por parte do comércio

local de itens como cartolinas, fitas, papéis coloridos, colas, etc. Na Páscoa foram confeccionadas pelos próprios residentes ovos decorados, pintados com tinta guache. No Natal foi realizado pela equipe uma campanha por meio das redes sociais para a adoção de um idoso para presentear nesta data, a repercussão foi muito positiva por parte da sociedade, inclusive de outros municípios. No dia do idoso foi feito passeio com churrasco e lanche. Essas ações são consideradas pela equipe de cuidadores como excelentes trazendo resultados positivos como animação, alegria, maior disposição para a rotina diária de higiene pessoal e medicamentos, etc.

Pintura em papel: atividade é realizada semanalmente por voluntárias que fornecem parte do material usado. Os resultados obtidos são a melhora na coordenação motora, sendo ainda uma forma de se expressar. A ILPI 3 incentiva a pintura em tela, mas há baixa adesão dos internos.

Passeios na praça: ação realizada três vezes por semana, onde os internos com maior grau de independência e autonomia são convidados a dirigirem-se até a praça próxima da instituição e fazerem pequenas atividades físicas como caminhadas e exercícios nos equipamentos disponíveis. Trata-se de ação necessária não apenas por questões de independência e autonomia, mas como forma de socialização com pessoas não institucionalizadas que frequentam a praça e arredores bem como fortalecimento da sensação de liberdade uma vez que ILPI não é prisão, embora existam regras e cuidados de segurança para as saídas diurnas. As saídas são sempre acompanhadas por cuidadores e não apresenta custos com a operacionalização.

Cinema: realizada uma vez por semana na ILPI 1, trata se de exibição de filmes de época e geralmente de comédia. Houve doação de uma tela e foi adquirido projetor multimídia usado. Como resultados foram observados a melhoria no humor dos internos, discussões sobre cultura e entretenimento. Aceita se sugestões de filmes dos idosos que, na medida do possível, é atendida. Na atividade são servidos pipoca e suco. É uma ação que repercute positivamente pois possibilita bastante discussão acerca de temas diversos.

Bailinho: realizado quinzenalmente e/ou semanalmente se houver pedidos para tal. Apresenta dança e muita diversão. Na ILPI 1 houve aquisição de uma caixa de som usada no valor de R\$ 450,00, no ano de 2018. Nas ILPI's 2 e 3 os custos são relativos a complementação de pequenos lanches que foram servidos durante as atividades. Os benefícios observados foram maior interação e melhora da estima.

Compras em supermercados: Os internos com autonomia e independência são estimulados a irem a supermercados próximos para aquisição de itens de higiene pessoal, bolachas, frutas e o que mais lhes aprouver. Não impõem-se restrições, mas sugere-se que aqueles que possuem problemas com diabetes, por exemplo, limitem a quantidade de açúcares e doces. É direito dos internos administrarem uma parte da aposentadoria e usarem com liberdade para o que quiserem adquirir.

A atividade é observada nas três ILPI's estudadas. Trata-se de algo absolutamente necessário pois mantém o senso de pertencimento, de autonomia e bem estar. Faz com que planejem as compras semanais, administrem encomendas dos colegas internos que não querem e/ou podem sair e possibilita que mantenham ativos conceitos de custos, valores, troco recebido, etc. As saídas são feitas em grupos de 5 ou 6 internos e com supervisão de um membro da equipe de cuidadores. Na oportunidade são compradas frutas e alguns itens para lanches de todos os idosos com recursos da instituição.

Passeios: Foram realizados passeios a municípios vizinhos em pontos turísticos e restaurantes, bem como passeios a parques e restaurantes do município. Os custos da atividade são para os lanches, pois normalmente o transporte é feito pela secretaria de educação, com ônibus escolar. A atividade repercute melhorando a estima, senso de higiene e beleza, bem como a espera pelo passeio proporciona rodas de conversas com expectativas sobre os fatos e acontecimentos vindouros. As ações são acompanhadas pelas equipes de cuidadores e recebem doações do comércio local e instituições religiosas que frequentemente acompanham.

Atividades Religiosas: atividade de cunho ecumênico acontece nas ILPI 1 e 3. Não há custos envolvidos e os internos são convidados a participarem. Nem todos participam, mas percebe-se que há envolvimento nas músicas que são ensaiadas antes do culto.

Hortas: Atividades desenvolvidas com incentivo aos idosos independentes, normalmente do sexo masculino, que gostam desses afazeres. Além de proporcionar atividades físicas, significa para os internos o senso de pertencimento, sentir-se útil, melhora a estima, proporciona conversas durante a refeição com comentários como “eu que plantei”, “sem agrotóxicos”, “vou fazer um canteiro maior”, etc. Ressalte-se que muitos internos têm origem no campo e cultivar a terra sempre esteve presente em suas vidas e, portanto, é uma ação de continuidade das rotinas anteriormente vivenciadas pelos mesmos. A ruptura total do contato com a terra poderia trazer consequências como o sentimento de inutilidade, tempo de ócio que, implicitamente, traz sentimentos de nostalgia e tristeza. Os custos observados referem-se a alguns equipamentos como enxadas e regadores, bem como insumos e mudas. Há produção de hortaliças em pequena escala visto que o objetivo não é autonomia das ILPI's quanto ao consumo desses itens. São desenvolvidas também, paralelamente, atividades de jardinagem com plantio e manejo de flores.

Festas externas: Consiste na participação dos residentes em festas externas, como festa da primavera e festas juninas realizadas pela secretaria de assistência social, bem como festas religiosas na igreja matriz e eventos como outubro rosa, agosto azul, entre outras realizadas pela secretaria de saúde. Os custos são relativos a lanches e pequenos insumos. As atividades repercutem positivamente no sentido que proporciona ações de prevenção à saúde, bem como entretenimento e bem estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme evidenciado é possível desenvolver ações que melhoram a qualidade de vida de idosos institucionalizados, aumentando a estima e propiciando momentos de interação e lazer com um custo consideravelmente baixo.

Embora as ações desenvolvidas sejam aparentemente simples e com custo baixo, verifica-se que houve efetividade, pois proporcionaram maior envolvimento e integração entre os residentes. Ressalte-se que um ambiente descontraído, com festas e comemorações em momentos oportunos trouxeram mudanças significativas não só no humor e estima dos internos como também em toda a equipe multidisciplinar, estreitando os laços entre todos.

Portanto, mesmo com a escassez de recursos, geralmente apresentada por esse tipo de instituição, é possível realizar pequenas ações que revertem se em resultados sociais relevantes como maior integração entre os residentes de diversos graus de dependência, disposição para atividades propostas sempre preservando a identidade e as limitações de cada um, assim como a participação dos mesmos nas atividades promovidas pela comunidade local. Favorecer o desenvolvimento de ações conjuntas com pessoas de outras gerações, incentivar e promover a participação da família e da comunidade na atenção ao idoso residente e estímulo da autonomia dos idosos, assim como da autoconfiança e autoestima dos mesmos são resultados positivos advindos com as ações desenvolvidas nas ILPI's.

As repercussões e significações das ações desenvolvidas ultrapassam os resultados esperados, pois as ações aqui descritas mudaram a forma de organização das ILPI's estudadas e transformaram o dia a dia dos idosos institucionalizados.

■ REFERÊNCIAS

1. ABREU, I., FORLENZA, O., & BARROS, H. (2005). Alzheimer Disease: correlation between memory and autonomy . **Archives of Clinical Psychiatry**, 32(3), 131-136. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832005000300005>
2. ANSOFF, H. I. **The new corporate strategy**. New York: John Wiley & Sons, 1988.
3. ANDER-EGG, Ezequiel. 1982, **Metodologia y practica del desarrollo de la comunidad**, Tarragona, UNIEUROPE, 10ª ed.
4. ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RCD n. 283**, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=18850&word=>>. Acesso em: 03 de março de 2018.
5. AMOEDA, R. (2003) Cidades Digitais: Novas Modos de Habitar? **Workshop Cidades e regiões Digitais, Impacto na Cidade e nas Pessoas**. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

6. ARAÚJO, C. L. O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **HERE - História da Enfermagem Revista Eletrônica**. Vol.01 N. 02: Jul. a Dez 2010.
7. ARAUJO, F. F.; ROCHA, A. **Significados Atribuídos ao Lazer na Terceira Idade**: Observação Participante em Encontros Musicais . *PODIUM Sport, Leisure and Tourism Review*, v. 5, n. 2, p. 38-55, 2016
8. BALTHAZAR ML, FIGUEIREDO DBP, CENDES F. **Demências**. *RBM*. 2011;68(6):183-193
9. BURNS A, ILIFFE S (2009) **Dementia** . *BMJ* 338 , b75. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19196746>
10. BATISTA AS, Jaccoud LB, Aquino L, El-Moor PD. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília, DF: MPS, SPPS; 2008
11. BALLSTAEDT, A. L. M. P. (2007). **Comportamento e Estilo de Vida da População Idosa e seu Poder de Consumo**. Anais do II Encuentro Latinoamericano de Diseño. Facultad de Diseño y Comunicación: Universidad de Palermo, Buenos Aires.
12. BRASIL. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jan. 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>.
13. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Caderno de Atenção Básica – nº. 19. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2006
14. _____. Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003.
15. BRITO ANGELO, Barbara Helena de et al. **Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Olinda-PE**. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 14, n. 4, p. 663-673, 2011
16. BRYSON, J. M. (1988) **A strategic planning process for public and non-profit organizations long range planning**. *Long Range Planning*, 21(1), 73-81.
17. CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. *Revista brasileira de estudos de população*, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010.
18. CAMARANO Ana Amélia. **Brazilian population ageing: differences in well-being by rural and urban areas**. IPEA. Texto Para Discussão [online] Maio 2002. [33 Telas] Disponível em: URL: <http://www.ipea.gov.br>.
19. CHAGAS, Gislene Lopes Maciel; CARDOSO, André Luís Jankovski. A Adoção do Planejamento Estratégico Municipal e a Geração De Valor Compartilhado. **Desafio Online**, v. 6, n. 1, 2018.
20. COSTA, M.C.N.S. & Mercadante, E.F. (2013, março). **O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso**. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(2), 209-222. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP
21. CREUTZBERG, M. et al. Long-term care institutions for elders and the health system. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1144-1149, nov./dec. 2007

22. DAWALIBI, Nathaly Wehbe et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estudos de Psicologia**, v. 30, n. 3, p. 393-403, 2013.
23. DOS SANTOS, Jaqueline Maria Silva; RIBEIRO, Lilian Christianne Rodrigues Barbosa; LOPES, Raquel Ferreira. Ações educativas em instituições de longa permanência para idosos: uma revisão narrativa da literatura/Educational actions in long stay institutions for the elderly: a narrative literature review. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 12140-12152, 2020.
24. ENGLAND, R. E.; PELISSERO, J. P.; MORGAN, D. R. **Managing urban America**. 7th ed. Washington: CQ Press, 2012.
25. EDWARDS, Lilian, PRIVACY, **Security and Data Protection in Smart Cities: A Critical EU Law Perspective** (January 5, 2016). European Data Protection Law Review (Lexxon), 2016, Forthcoming. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2711290> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2711290>
26. FREITAS, Mariana Ayres Vilhena De; SCHEICHER, Marcos Eduardo. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, p. 395-401, 2010. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/114406>.
27. FERNANDEZ M, GOBARTT AL, BALANA M, COOPERA Study Group (2010) Behavioural symptoms in patients with Alzheimer's disease and their association with cognitive impairment. **BMC Neurol** 10, 87-2377-10-87. [PMC free article] [PubMed]
28. FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. (Org.). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p.19-28.
29. FLECK, M. P.A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):33-38, 2000.
30. FRAGOSO, A. Desenvolvimento participativo: uma sugestão de reformulação conceptual. **Revista Portuguesa de Educação**, ano/vol. 18, número 001. Braga, Portugal pp. 23-51, 2005.
31. GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.
32. GIFFINGER, R., Fertner, C., KRAMAR, H., Kalasek, R., PICHLER-MILANOVIC, N., & Meijers, E. (2007). **Smart cities. Ranking of European medium-sized cities**. Vienna: University of Technology. Disponível em http://www.smart-cities.eu/download/smart_cities_final_report.pdf
33. GOMES, P. S.; PAMPLONA, J. B. **Envelhecimento Populacional, Mercado de Trabalho e Política Pública de Emprego no Brasil** . Revista Economia & Gestão, v. 15, n. 41, p. 206-230, 2015.
34. HALL, R.E., BOWERMAN, B., BRAVERMAN, J., TAYLOR, J., TODOSOW, H., and VON WIMMERSPERG, U. **The vision of a smart city. United States**: N. p., 2000. Web. Disponível em <http://www.osti.gov/bridge/servlets/purl/773961-oyxp82/webviewable/773961.pdf>. Acesso em 12/09/2018.
35. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios - 2013**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013/>>. Acesso em: ago. 2018.

36. INOUE, Keika et al. **Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso**. Educação e Pesquisa, v. 44, p. 142931, 2018.
37. KNAPP M, COMAS-HERRERA A, WITTENBERG R, HU B, KING D, REHILL A, ADELAJA B (2014) Scenarios of dementia care: What are the impacts on cost and quality of life? PSSRU Discussion Paper, 2878, **Personal Social Services Research Unit**, London, UK.
38. KALES HC, GITLIN LN, LYKETSOS CG. **Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia**. BMJ 350, h369. [PMC free article] [PubMed], 2015
39. KASHIMOTO, Emília Mariko; MARINHO, Marcelo; RUSSEF, Ivan. Cultura, identidade e desenvolvimento local: conceitos e perspectivas para regiões em desenvolvimento. **Interações (Campo Grande)**, v. 3, n. 4, 2016.
40. KALACHE A. **O mundo envelhece**: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Ciênc Saúde Coletiva 2008.
41. KANTER, R. M.; LITOW, S. S, Informed and Interconnected: A Manifesto for Smarter Cities (June 15, 2009). **Harvard Business School General Management Unit Working Paper No. 09-141**. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1420236> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1420236>. Acesso em 11/09/2018
42. LEE PHAM, Phu Dac; VO, Trung Quang. Assessment of psychometric properties of WHOQOL-OLD instrument: a literature review. **International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Research**, Baltimore, v. 4, n. 4, p. 53-66, 2015.
43. LIMA-COSTA MFF, VERAS R. **Saúde Pública e Envelhecimento**. Cad. Saúde Pública. 2003;19(3):700-701
44. MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES, Vilani; PAIVA DE MENEZES, Rejane Maria; ALCHIERI, João Carlos. Avaliação da qualidade de vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 32, n. 2, 2010.
45. MOITA, Galba Freire; MELO, Claudia Milena Esmeraldo. O Impacto Das Cirurgias Estéticas na Qualidade de Vida e Aspectos Psicossociais De Pacientes–Whoqol-Bref Aplicado No Estudo De Caso Em Uma Clínica Em Fortaleza-Brasil. **RAHIS**, v. 14, n. 4, 2018.
46. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: **OMS**; 1998.
47. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) . **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 61p
48. OLIVEIRA PEIXOTO, Maristela Cassia de et al. **Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência**. Fisioterapia Brasil, v. 18, n. 6, 2017.
49. PIZARRO RAS. **A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados**: uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da Cidade de São Paulo. Santa Catarina. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] — Universidade de Santa Catarina; 2008.
50. PRINCE M, ALBANESE E, GUERCHET M, PRINA M. World Alzheimer Report 2014. **Dementia and Risk Reduction**: An analysis of protective and modifiable factors. Alzheimer's Disease International (ADI), London, 2014;104p. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>

51. ROCHA, Diego Lilargem et al. Análise de planejamento e gestão estratégica: o caso de uma empresa do setor de transportes coletivos do interior do estado do Rio de Janeiro/Strategic planning and management analysis: the case of a collective transport company in the interior of the state of Rio de Janeiro. **Brazilian Journal of Development**, v. 4, n. 5, p. 1702-1717, 2018.
52. ROSSETTO, Maíra et al. **Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 2, n. 2, p. 347-352, 2012.
53. SCHNEIDER, A. R. S. **Envelhecimento e quedas**: a fisioterapia na promoção e atenção à saúde do idoso. RBCEH, v. 7, n. 2, p. 296-303, 2010.
54. SOUSA, Liliana; GALANTE, Helena; FIGUEIREDO, Daniela. **Qualidade de vida e bem-estar dos idosos**: um estudo exploratório na população portuguesa. Revista de Saúde Pública, v. 37, p. 364-371, 2003.
55. SOUZA COSTA, Maria Carla Nunes de; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. **O Idoso residente em ILPI (Instituição de Longa Permanência do Idoso) e o que isso representa para o sujeito idoso**. Revista Kairós: Gerontologia, v. 16, n. 1, p. 209-222, 2013.
56. SOUZA, F. J. M. DE; SOUSA, C. M. S.; SOUSA, A. A. S. DE; GURGEL, L. C.; MARQUES, C. L. S.; ALVES, J. B.; HERCULANO, M. A. F. C.; BRITO, E. A. S.; SANTANA, W. J. DE; LUZ, D. C. R. P. Percepção dos idosos institucionalizados acerca da qualidade de vida. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 7, p. e3310, 21 maio 2020
57. SPANEVELLO, R. M.; MATTE, A.; ANDREATTA, T.; LAGO, A. **A Problemática do Envelhecimento no Meio Rural Sob a Ótica dos Agricultores Familiares Sem Sucessores**. Desenvolvimento em Questão, v. 15, n. 40, p. 348-372, 2017.
58. **The WHOQOL Group**. The development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p. 41-60.
59. VELOSO, Marylane Viana et al. **Dependência Funcional Em Idosos Institucionalizados E O Déficit De Memória Funcional** Dependence In Institutionalized Elderly People And Memory Deficit. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento, v. 2, n. 3, 2017.
60. VERAS R. **Envelhecimento populacional contemporâneo**: demandas, desafios e inovações. Ver Saúde Pública 2009;43(3):548-54.
61. VANZIN, Tarcísio; PEREIRA, Marisa Bastos; GONÇALVES, Bibiana Pereira. Observações sistemáticas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI): Considerações arquitetônicas. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 195-208, 2017
62. WATANABE, Helena Akemi Wada; DI GIOVANNI, Vera Maria. **Instituições de Longa Permanência para idosos (ILPI)**. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso), n. 47, p. 69-71, 2009.
63. WEISS, Marcos Cesar; BERNARDES, Roberto Carlos; CONSONI, Flávia Luciane. CIDADES INTELIGENTES: casos e perspectivas para as cidades brasileiras. **Revista Tecnológica da Fatec Americana**, v. 5, n. 1, p. 01-13, 2017.
64. Wong LLR, Carvalho JA. **O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil**: sérios desafios para as políticas públicas. Rev Bras Estud Popul 2012;
65. WHOQOL. WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science and Medicine**, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995.

“ Deficiência física ou com mobilidade reduzida na velhice: questão de acessibilidade em Palmas-TO

- ▮ Denise de Barros **Capuzzo**
UFT
- ▮ Miliana Augusta Pereira **Sampaio**
UFT
- ▮ Simone Lima de Arruda **Irigon**

RESUMO

A respectiva pesquisa consiste em destacar a relevância da acessibilidade na velhice, no tocante às pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida na capital Palmas do Estado do Tocantins, sendo o Estado mais jovem da Federação Brasileira, com o objetivo de realçar demandas inerentes às adaptações arquitetônicas e de mobilidade urbana em vias públicas, visto que vem se percebendo que os direitos humanos se manifesta de forma desigual para grupos sociais e pessoas distintas. A pesquisa é bibliográfica de caráter exploratório, consistindo em análises de documentos oficiais e aportes teóricos da área, com uso de publicações em livros, periódicos, dissertações, teses, sites, dentre outros recursos que direcionam este estudo, se sustentando em autores dedicados a questões de acessibilidade e mobilidade urbana: Barreira (2009), Demo (1994), Gentil (2009), Guimarães (1999), Maciel e Ciena (2007), Manzini (2006), Moraes (2007), Ribeiro Filho e Carvalhêdo (2010), Rios e Novais (2009) e Sasaki (1997). Diante do exposto, este trabalho denota a nitidez fundamental de ações de acessibilidade com foco no pleno desenvolvimento da mobilidade e locomoção de pessoas com deficiência física ou com mobilidade reduzida, no contexto da velhice, com a finalidade de analisar o cumprimento das estruturas adaptadas acessivas e o estudo da efetividade das políticas públicas de acessibilidade, mobilidade, almejando uma contínua luta em prol da inclusão social e acessibilidade, visando uma maior qualidade de vida a este público alvo.

Palavras-chave: Acessibilidade, Adaptações, Deficiência, Mobilidade, Velhice.

INTRODUÇÃO

A inclusão social é entendida como um processo pelo qual a sociedade adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade.

Desde a aprovação da Declaração de Salamanca (1994) que trata dos Princípios, Política e Prática em Educação Especial é denominada uma resolução das Organizações das Nações Unidas adotada em Assembleia Geral, a qual apresenta os procedimentos padrões para a equalização de oportunidades para pessoas com deficiências.

A Declaração de Salamanca é considerada mundialmente um dos mais importantes documentos que visam a inclusão social. Assim, em 1994, questões referentes a teorias e práticas inclusivas vêm sendo incessantemente discutidas por educadores, empregadores, organizações e pela sociedade de um modo geral (MANZINI, 2006).

As práticas inclusivas são objeto de estudo desse trabalho, o qual se refere à inclusão da pessoa com deficiência física ou com mobilidade reduzida no contexto da velhice, sendo uma questão de acessibilidade, na Capital Palmas-TO, trabalhando a percepção social das dificuldades encontradas. De acordo com os resultados do Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE, há no Brasil, 24,6 milhões de pessoas portadoras de deficiências sendo que destas, mais de 9 milhões são portadoras de algum tipo de deficiência física.

Segundo o IBGE, a pessoa com deficiência física é aquele que “tem alguma das seguintes deficiências: paralisia permanente total; paralisia permanente das pernas; paralisia permanente de um dos lados do corpo; falta de perna, braço, mão, pé ou dedo polegar”.

Neste contexto, a deficiência física se define como diferentes condições motoras que acometem as pessoas comprometendo a mobilidade, a coordenação motora geral e da fala, em consequência de lesões neurológicas, neuromusculares, ortopédicas, ou más formações de lesões neurológicas, neuromusculares, ortopédicas, ou más formações congênicas ou adquiridas.

De acordo com o Decreto 5.296 de 2 de dezembro de 2004, deficiência física é:

[...] alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação, ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004, p. 02).

Está cada vez mais comum encontrar pessoas com deficiência exercendo ações nas mais diferentes áreas, pois cada ano fica mais fácil perceber que apresentar uma deficiência não é sinônimo de limitação, mas sim de superação, devido à criação de diversas leis que possibilitaram a inclusão dessas pessoas.

Nesse enfoque, a pesquisa trabalha em uma perspectiva inclusiva, a acessibilidade retrata por meio da Norma 9050/94 da Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT, destaca a acessibilidade de pessoas com deficiências que é a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano.

A preocupação com a acessibilidade iniciou-se em 1981, quando as Nações Unidas declararam como o Ano Internacional dos Portadores de Deficiência. Posteriormente, por meio da Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou o Programa de Ação Mundial para Pessoas Portadoras de Deficiência, trazendo igualdade de direitos entre as pessoas com deficiência e os demais cidadãos (MACIEL e CIENA, 2007, p. 102). Para que os velhos com deficiência ou com mobilidade reduzida possam ter liberdade de ir e vir e se sentir parte da comunidade, os mesmos necessitam de um meio físico adequado e acessível que garanta sua segurança e acesso.

O direito a acessibilidade está descrito nas Leis 10.098/00 e 10.048/00 - regulamentadas através do Decreto 5.296/04 (BRASIL, 2000-a; BRASIL, 2000-b; BRASIL, 2004) que preveem a adequação das vias e de espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios, nos meios de transporte e de comunicação e do acesso à informação.

Para uma melhor compreensão acerca do problema da acessibilidade das pessoas com deficiência física e ou com mobilidade reduzida na velhice em Palmas - TO, inicialmente serão destacados aspectos legais e normativos, bem como da importância da acessibilidade e da inclusão social dessas pessoas, após serão apresentadas dificuldades de acessibilidade em Palmas - TO e suas políticas públicas sociais aqui adotadas e/ou que deveriam ser adotadas.

METODOLOGIA

Esta pesquisa, apresenta pressupostos teóricos e metodológicos que possibilitam explicitar as etapas, o ambiente e a metodologia que norteiam a presente pesquisa, bem como, as técnicas, os caminhos percorridos e os métodos utilizados no trabalho, a fim de esclarecer e tornar possível a compreensão do objetivo proposto e responder os questionamentos da pesquisa.

A pesquisa traz, em seu bojo, um estudo de cunho bibliográfico, de caráter exploratório, consistindo em análises de documentos oficiais e aportes teóricos da área, utilizando-se de publicações em livros, periódicos, dissertações, teses, sites e dentre outros recursos que direcionam o desenvolvimento de uma investigação.

Assim, além de permitir o levantamento das pesquisas referentes ao tema estudado, a pesquisa bibliográfica permitiu ainda o aprofundamento teórico que norteou a pesquisa (GIL, 2002, p. 44).

Logo, a pesquisa se sustenta nos seguintes autores de autores dedicados a questões de acessibilidade e mobilidade urbana, além de estudos e investigações embasadas em documentos oficiais da esfera municipal, estadual e federal: Barreira (2009), Demo (1994), Gentil (2009), Guimarães (1999), Maciel e Ciena (2007), Manzini (2006), Moraes (2007), Ribeiro Filho e Carvalhêdo (2010), Rios e Novais (2009) e Sasaki (1997), os quais direcionam para o desenvolvimento da pesquisa, mediante o problema da acessibilidade das pessoas com deficiência física e ou com mobilidade reduzida na velhice.

Convém salientar que o presente artigo está organizado em seções: Introdução; Metodologia; Resultados; Discussões e Conclusão. Tais seções abordam, com firmeza, seus propósitos, no que se refere a promoção da acessibilidade no ambiente construído com condições de mobilidade, com autonomia e segurança, eliminando as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos edifícios, nos meios de transporte e de comunicação com foco nas pessoas velhas com deficiência física e ou com mobilidade reduzida.

Compete realçar que questões de acessibilidade em sua totalidade constitui um direito universal resultante de conquistas sociais importantes, que reforçam o conceito de cidadania.

RESULTADOS

As pesquisas resultam na percepção da extrema relevância da acessibilidade e da inclusão social. Deste modo, a partir da década de 1960, inicia-se um crescente desenvolvimento nas instituições especializadas para melhor atender às pessoas com deficiência, buscando inserir essas pessoas na sociedade em suas diversas áreas: educação, trabalho, lazer entre outras. Contudo, o que ocorreu, na verdade, foi apenas a aceitação dessas pessoas no meio social.

Destaca-se que há indícios de que as primeiras políticas sociais referentes à pessoa com deficiência surgiram nos anos 70 e só foram consolidadas por volta dos anos 90 no Brasil.

Nos finais da década de 1980 e início da década de 1990, dada a falha no combate à discriminação e na promoção da participação social da pessoa com deficiência, a integração social toma novo rumo. Surge, então a substituição do termo “integração” por “inclusão”.

Diferente da integração, a inclusão pressupõe mudanças na sociedade, para que esta se torne capaz de receber e acolher adequadamente às pessoas com deficiência física e ou com mobilidade reduzida no contexto da velhice com problemas de acessibilidade. Entretanto, atualmente percebe-se um processo de transição da prática da integração para a almejada inclusão a social.

Na última década, observa-se uma evolução das práticas inclusivas, ainda que os princípios políticos e sociais que regem a inclusão não tenham sido incorporados completamente no cotidiano, causando inquietação no meio em que essas pessoas vivem e insegurança

para as mesmas, talvez pela falta de conhecimento e/ou pelo preconceito enraizado em relação às pessoas deficientes (RIOS e NOVAIS, 2009).

A prática da inclusão baseia-se no modelo social de deficiência, que afirma que o maior problema da deficiência física ou com mobilidade reduzida na velhice, não está nelas própria, mas na sociedade.

Conforme Sasaki (1997),

A sociedade é chamada a ver que ela cria problemas às pessoas com deficiência, causando-lhes incapacidade ou desvantagem em virtude dos seguintes fatores: ambientes restritivos; políticas discriminatórias e suas atitudes preconceituosas que rejeitam a minoria e todas as formas de diferenças; discutíveis padrões de normalidade; objetos e outros bens inacessíveis do ponto de vista físico; desinformação sobre necessidades especiais e sobre direitos das pessoas que têm essas necessidades e práticas discriminatórias em muitos setores da atividade humana (SASSAKI, 1997, p. 51).

A semente da inclusão é a equiparação de oportunidades. Trata-se de um processo que exige que a sociedade inteira se torne acessível a todas as pessoas, principalmente, a quem possui deficiência.

Esse conceito surgiu para mostrar que, se a sociedade não mudar, as pessoas vão continuar excluídas, exatamente por que a sociedade é cheia de empecilho e com a equiparação de oportunidades, a igualdade de condições, eliminam-se barreiras que bloqueiam o caminho da inclusão.

Importante ressaltar que a acessibilidade para as pessoas com mobilidade reduzida decorre, tanto de princípios básicos de convivência entre os seres humanos, quanto do ordenamento jurídico em vigor e de regras específicas para este segmento social, inclusive, constitucionais. Determina a Constituição Federação de 1988, nos artigos 227 § 2º e 244:

Art. 227 § 2º A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência. Art. 244 – A lei disporá sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de transporte coletivo atualmente existente a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência, conforme o disposto no art.

Neste ponto de vista, é relevante esclarecer que, desde 1989, esta questão está regulamentada por meio das normas técnicas da ABNT, o que garante que todos os estabelecimentos de uso público, independentemente de tamanho ou qualquer determinação do código de obras municipal, precisam proporcionar acesso a todos, pessoas com deficiência ou não.

Mesmo assim, outra lei foi publicada, a Lei nº 10.098 de 19 de dezembro de 2000 para definir acessibilidade.

No artigo 2º, como possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida.

A acessibilidade, para a NBR 9050/1994 da ABNT, deve ser entendida como possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos.

Para Guimarães (1999), analisando o conteúdo da NBR 9050/1994, define acessibilidade como:

[...] processo da prática do design inclusivo, sendo o que propicia a todos os usuários, inclusive os que vivenciam uma deficiência física permanente um conjunto de alternativas de uso ambiental que respeitam as necessidades de pessoas com diferentes formas de deficiência. Tal conjunto oferece condições adequadas mediante a disponibilidade de recursos ambientais sistêmicos, flexíveis, interligados, próximos e padronizados, conforme a organização administrativa e a disposição e característica de elementos componentes. Através da acessibilidade ambiental, a utilização de edificações e de espaços urbanos ocorre de forma ativa, isto é, com espontaneidade, independência e autonomia (Guimarães, 1999, p.14).

Esta Norma visa proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos.

Importe ressaltar que um espaço construído, quando acessível a todos, é capaz de oferecer oportunidades igualitárias a todos. No entanto, a maioria das cidades é construída e modificada desconsiderando a diversidade, como observaremos mais adiante. E afirma ainda que a dificuldade de acesso não se restringe apenas aos velhos de cadeira de rodas. Existem aqueles que possuem mobilidade reduzida temporária, gerada por diversos fatores (MORAES, 2007, p. 42).

Cabe frisar que as dificuldades de acesso não se restringem apenas aos usuários de cadeira de rodas ou com mobilidade reduzida, visto que existem aqueles que possuem mobilidade reduzida temporária, gerada por fatores como idade, gravidez, deficiência auditiva ou visual.

Nesta perspectiva de Ribeiro Filho e Carvalhêdo (2010)

Ter acesso e mobilidade é básico para qualquer cidadão, contudo para as pessoas com deficiência esse acesso não é o mesmo, porquanto, muitas vezes, são confundidas as limitações do espaço com as limitações da pessoa, como se o problema fosse à presença deste cidadão e não a barreira arquitetônica (RIBEIRO FILHO E CARVALHÊDO, 2010, p. 98).

Nesta conjuntura, nota-se a necessidade de definir políticas públicas sociais, traduzidas em ações institucionalmente planejadas, implementadas e avaliadas como fundamentais.

Vale ressaltar que a política social pode ser contextualizada, do ponto de vista do Estado, como proposta planejada de enfrentamento das desigualdades sociais e por trás da política social existe a questão social, definida desde sempre como a busca de composição pelo menos tolerável entre alguns privilegiados que controlam a ordem vigente, e a maioria marginalizada que a sustenta.

A aludida política social poderia reconhecer a desigualdade social e, a partir daí, arquitetar modos de acomodação, afirma que esta não é piedade ou voluntariado, mas o processo social, por meio do qual o necessitado gere consciência política de sua necessidade, e, em consequência emerge como sujeito de seu próprio destino, aparecendo como condição essencial de enfrentamento da desigualdade sua própria atuação organizada.

No Brasil, o número de pessoas portadoras de deficiência vem crescendo ao longo dos anos. Segundo o Censo do IBGE de 1991, o número de pessoas que apresentavam algum tipo de deficiência era de apenas 1,1%, já no Censo de 2000 este número subiu para 14,5% de pessoas com algum tipo de deficiência, o que representa um total de cerca de 25 milhões de pessoas com deficiência física ou mental, ou ainda pessoas que declaram ter percepção de possuir incapacidades. Deste total, apenas 4% têm acesso a serviços especiais, visto que antes de tudo, estas pessoas sofrem de exclusão social.

Considerando tal índice de deficiência é notável o alto número de pessoas que apresentam algum tipo de dificuldade física. Sendo assim, é essencial que exista meios, diretrizes e políticas públicas para melhorar a autonomia e o acesso de tais pessoas a todos os estabelecimentos tidos como públicos, sejam eles privados ou não, para que desta maneira, possa se garantir os direitos de cidadão de toda pessoa.

Segundo Demo (1994),

A política social pode ser contextualizada, do ponto de vista do Estado, como proposta planejada de enfrentamento das desigualdades sociais. Para o autor, por trás da política social existe a questão social, definida desde sempre como a busca de composição pelo menos tolerável entre alguns privilegiados que controlam a ordem vigente, e a maioria marginalizada que a sustenta (DEMO, 1994).

Neste interim, a política social poderia reconhecer a desigualdade social e, a partir daí, arquitetar modos de acomodação, sendo preponderante afirma que esta não é piedade ou voluntariado, mas o processo social, por meio do qual o necessitado gere consciência política de sua necessidade, e, em consequência emerge como sujeito de seu próprio destino, aparecendo como condição essencial de enfrentamento da desigualdade sua própria atuação organizada.

Importante ressaltar a necessidade da existência da acessibilidade em todo o espaço público para o exercício da plena cidadania à toda população e, conseqüentemente, o

desenvolvimento social. Pode-se entender por desenvolvimento social a ampliação das condições de vida e do exercício da cidadania da população, porém, para uma parte significativa da população, o simples acesso físico a um banco ou um hospital, por exemplo, torna-se impossível.

Por conseguinte, para haver crescimento social todos os integrantes de uma sociedade devem estar sendo beneficiados, e para isto o capital social e a cultura podem ser vistos como emergentes em políticas mais efetivas em termos de desenvolvimento.

Investir em fatores que contribuam para melhorar a igualdade de oportunidades e acessos é papel das políticas sociais.

DISCUSSÃO

Considerando o alto índice de pessoas que apresentam algum tipo de dificuldade física ou com mobilidade reduzida, é essencial que existam meios, diretrizes e políticas públicas para melhorar a autonomia e o acesso de tais pessoas a todos os estabelecimentos tidos como públicos sejam eles privados ou não, para que desta maneira, possa se garantir os direitos de cidadão de toda pessoa.

Diante do exposto, no âmbito da velhice se faz necessário acessibilidade em todo o espaço público para o exercício da plena cidadania e, conseqüentemente, o desenvolvimento social pode-se entender por desenvolvimento social a ampliação das condições de vida e do exercício da cidadania deste público alvo. No entanto, para uma parte significativa da população, o simples acesso físico a um banco ou um hospital, por exemplo, torna-se impossível.

Nesta perspectiva para haver crescimento social todos os integrantes de uma sociedade devem estar sendo beneficiados, e para isto o capital social e a cultura podem ser vistos como emergentes em políticas mais efetivas em termos de desenvolvimento. Investir em fatores que contribuam para melhorar a igualdade de oportunidades e acessos é papel das políticas sociais, pois as primeiras políticas sociais referentes à pessoa com deficiência surgiram nos anos 70 e só foram consolidadas por volta dos anos 90 no Brasil.

A realidade mostra que dificilmente se consegue equiparar as condições de vida do cidadão comum com o velho que tenha qualquer deficiência, que viva em condições diversas, resultantes das dificuldades encontradas em seu cotidiano, visto que muitas destas oriundas da acessibilidade, interferem diretamente nas suas atividades da vida diária.

Cabe frisar que em Palmas - TO., não há boa mobilidade, seu espaço urbano e social é excludente e o seu grande problema se relaciona à ausência de planejamento integrado e gestão política (BARREIRA, 2009, p. 70).

A configuração da infraestrutura viária urbana de Palmas - TO., tem restringido a utilização de outros meios de deslocamentos, fazendo com que pedestres e ciclistas tornam-se

vulneráveis, já que não há equidade no uso dos espaços públicos, ficando expostos a vários riscos no ambiente viário urbano (GENTIL, 2009, p. 99).

Se velhos que não possuem deficiência física ou com mobilidade reduzida sentem-se também inseguros para circular no espaço urbano da forma, como está e concordam que a infraestrutura das vias em Palmas - TO., não é satisfatória para se deslocarem, tal fato torna insustentável a mobilidade e, conseqüentemente, parte da acessibilidade dos velhos com deficiência física e ou mobilidade reduzida.

E esse fato não se restringe apenas à infraestrutura viária urbana de Palmas - TO., mas também à mobilidade em edificações, se tornando imperativo, portanto, promover a acessibilidade dos velhos com deficiência física ou com mobilidade reduzida residentes na mesma e que o ambiente possa proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança, eliminando as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos edifícios, nos meios de transporte e de comunicação, conforme a Norma Brasileira 9050 de 1994.

Portanto, em Palmas - TO., há muito que investigar em suas barreiras enfrentadas no que diz respeito a deficiência física ou com mobilidade reduzida na velhice, baseados nos deslocamentos para prática de atividades básicas a qualquer cidadão, visto que nem todos os órgãos públicos possuem acesso para pessoas com deficiência, idosos e gestantes, da mesma forma é difícil circular nas calçadas da área central, observando-se a Avenida JK, nos eixos comerciais, pela Avenida Teotônio Segurado e principalmente no subcentro da cidade em Taquaralto, pela Avenida Tocantins, o transporte coletivo urbano possui poucos ônibus adaptados, privando as pessoas a saírem de casa.

CONCLUSÃO

O problema da inclusão social não é recente e a preocupação com esse elemento é algo recente. Embora seja inegável a urgência com que tal problema deve ser sanado, é fato que o ordenamento jurídico tem se aperfeiçoado visando à integração e equiparação de direitos de todos os cidadãos.

É essencial ainda, para o exercício da democracia que as políticas públicas introduzam a política da acessibilidade para que se garanta a inclusão dos deficientes físicos.

Somado a tal fato, revela-se importante o envolvimento prático interdisciplinar de diversas áreas governamentais, sociais e empresariais, para a criação, manutenção e fiscalização de políticas públicas que minimizem a exclusão, visando à gradativa extinção e a implantação concreta da igualdade de oportunidades para a totalidade dos indivíduos. Relevante destacar que o poder público vem planejando e executando adaptações arquitetônicas e estruturais pelo poder público, porém há muito ainda a se fazer e para que isso ocorra se faz necessário que sejam aprimoradas as condições mínimas, bem como a disponibilização

dos direitos que competem aos velhos com deficientes físicos ou com mobilidade reduzida para que estes não sejam impedidos de circular pelas ruas da cidade, utilizar o transporte coletivo ou entrar nas edificações públicas e privadas.

Conseqüentemente, para que a cidadania dos velhos com deficiência física ou com mobilidade reduzida, no que tange a acessibilidade e mobilidade em vias públicas de acesso em Palmas - TO., seja respeitada integralmente e não permaneça apenas no papel, faz-se necessário respeitar suas limitações e necessidades, de forma a alcançar a igualdade entre os seres e sejam supridas as diferenças existentes.

Assim, para que a cidadania das pessoas velhas com deficiência física e ou com mobilidade reduzida seja respeitada integralmente e não permaneça apenas no papel, faz-se necessário respeitar suas limitações e necessidades, de forma a alcançar a igualdade entre os seres e sejam supridas as diferenças existentes.

Por conseguinte, ignorar as diferenças entre as pessoas e excluí-las de usufruir quaisquer serviços oferecidos à coletividade é, em virtude do princípio da igualdade, vedado, devendo-se ressaltar que os planejamentos urbanos devem considerar como essências à sociedade.

■ REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050:1994: **acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 1997.
2. BARREIRA, Kenniane Lenir Nogueira Carvalho. **Mobilidade Urbana em Palmas: contradições, cidadania e sustentabilidade**. Dissertação de Mestrado. Brasília: UNB, 2009.
3. BRASIL. Assembleia Nacional Constituinte. **Constituição Federal, de 5 de outubro de 1988**. Brasília - DF, 1988.
4. _____. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], p. 2, col 1, 20 dez. 2000 (a).
5. _____. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. **Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Seção 1, p. 1, 9 nov. 2000 (b).
6. _____. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. **Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Seção 1, p. 5, 3 dez. 2004.

7. DEMO, Pedro. **Política Social, Educação e Cidadania**. Campinas: Papyrus, 1994.
8. GENTIL, Caroline Duarte Alves. **Segurança de circulação de pedestre e ciclista em vias urbanas**. Estudo de Caso: Palmas - TO. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB, 2009.
9. GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.
10. GUIMARÃES, Marcelo Pinto. **A graduação da acessibilidade versus a norma NBR 9050 – 1994: uma análise de conteúdo**. Belo Horizonte: Centro de Vida Independente de Belo Horizonte, 1999.
11. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 1991**. Rio de Janeiro: IBGE, 1991.
12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.
13. MACIEL, Álvaro dos Santos; CIENA, Fabiana Polican. **Acessibilidade: a inclusão do portador de deficiência física sob um ponto de vista filosófico**. Belo Horizonte: XVI Congresso Nacional do CONPEDI - Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, 2007.
14. MANZINI, E. J. (Org.). **Inclusão e Acessibilidade**. Marília: ABPEE, 2006.
15. MORAES, Marina Grava de. **Acessibilidade e Inclusão Social em Escolas**. Bauru: UNESP, 2007.
16. RIBEIRO FILHO, Vitor; CARVALHÊDO, Wlisses dos Santos. **Acessibilidade em Palmas: uma análise da mobilidade urbana**. Disponível em: www.agb.org.br/evento/download.php?idTrabalho=3748 Acesso em: julho de 2010.
17. RIOS, Noemi Vieira de Freitas; NOVAES, Beatriz Cavalcanti de A. Caiuby. **O processo de inclusão de crianças com deficiência auditiva na escola regular: vivências de professores**. Marília: Rev. bras. educ. espec., vol.15, n.1, 2009.
18. SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
19. UNESCO. **Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais**. Salamanca: Conferência mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade, 1994.

“

Discutindo envelhecimento humano a partir do cotidiano e da geografia

▮ Pedro Ricardo da Cunha **Nóbrega**
GEPPSE/UNIVASF

RESUMO

O fenômeno do envelhecimento na contemporaneidade, principalmente quando associado aos espaços urbanos, exige ações concretas que passem desde a dimensão do concebido até o vivido, uma vez que os mecanismos de realização da vida precisam possibilitar o direito à cidade, que vai além da simples realização da vida cotidiana, mas tem potencialidade para se expressar através dela. O exercício de análise pressupõe a interconexão de diversas escalas geográficas de abordagens, revelando vínculos e comportamentos para além do aparente. O esforço por entender o sentido da reprodução da vida em sua dimensão cotidiana faz emergir, dentre tantos outros temas, a necessidade de revelar os sentidos do processo de reprodução social de parcela da população envelhecida e em processo de envelhecimento, gerando, do ponto de vista da dinâmica de reprodução do espaço urbano, dilemas relacionados com a mobilidade, com o acesso e com a necessidade de reproduzir a vida em sociedade, evidenciada de forma sincrônica e diacrônica, recuperando os nexos e as contradições da reprodução da vida em sociedade, para além do imediatamente aparente e estrutural.

Palavras-chave: Envelhecimento Humano, Cotidiano, Vida Cotidiana, Reprodução do Espaço Urbano.

INTRODUÇÃO

As reflexões sobre o envelhecimento humano não são recentes, elas estão relacionadas à existência da própria humanidade e da necessidade de pensar as etapas de vida. Contudo, o material desenvolvido sobre o tema tem como ênfase as ciências da saúde, com destaque à medicina através da geriatria.

Modernamente, em função da ampliação da expectativa de vida e a redução das taxas de fecundidade em múltiplos países do globo, o tema do envelhecimento humano deixa de ser quase exclusividade da área da saúde e vai se tornando uma questão social. Não se trata mais de apenas estudar os processos biológicos relativos ao fenômeno dos envelhecimento, mas entender as implicações filosóficas e do próprio comportamento humano em coletividade acerca do tema.

Sob um ponto de vista mais amplo, o envelhecimento humano se torna pauta dos trabalhos acadêmicos e científicos das ciências humanas e sociais. As primeiras abordagens no âmbito das humanidades estão voltadas para as questões estatísticas e demográficas, o que captura o estudo do envelhecimento humano para as questões populacionais. Destaca-se aí uma das grandes contribuições da geografia da população para a questão.

Já há um consenso de que os países fortemente industrializados, no ocidente, chegaram a taxas bastante significativas de envelhecimento humano primeiro que os demais. Entretanto, nas últimas décadas, principalmente no Brasil, percebe-se acelerado aumento da quantidade de pessoas acima dos 60 anos e isso provoca a necessidade de a sociedade como um todo repensar seus paradigmas.

Aliado ao exposto, esta nova condição tem provocado uma revisão dos elementos jurídicos que possibilitam garantir minimamente direitos básicos coerentes com as demandas dos sujeitos velhos que compõem a nova estrutura populacional. Ao debruçar-nos sobre os impactos que esse conjunto de medidas tem na vida dos velhos, percebe-se que entre o concebido legalmente e a prática social há um descolamento gigantesco, que provoca a necessidade de novas reflexões a fim de orientar novas ações.

O novo cenário social em que o envelhecimento humano surge como um tema necessário para se pensar a construção de políticas públicas e adaptação do sistema de seguridade social faz com que seja preciso refletir de maneira mais incisiva sobre as consequências do envelhecimento no processo de reprodução do espaço (social).

Ainda que o mundo moderno seja reflexo de um processo de captura dos desejos, sonhos e interesses por parte dos meios e modos de produção do capital, a vida se realiza, contemporaneamente, como um mosaico complexo que tem mediação direta das técnicas e tecnologias. Essa mediação, no estágio atual da sociedade, encontra-se cada vez mais regida pela aceleração dos fenômenos causados por uma sociedade baseada no fetiche da

produtividade crescente, o que induz o mundo a uma constante ampliação na velocidade da realização da mercadoria em capital. Essa condição veloz acaba por solapar tudo aquilo que não acompanha esse ritmo, neste contexto, os velhos são subjugados no processo de reprodução social (Santos, 2001, p. 171-184).

O mundo atual funciona em um esquema de produtividade que se tudo continua se reproduzindo na velocidade acelerada em pouco tempo a transformação das formas produzidas se dará de uma forma tão intensa que a sociedade não terá tempo suficiente para construir relações densas com o espaço, o que desta forma o configurará com um espaço amnésico. Como não há a possibilidade de entender o espaço sem compreender o tempo, o mundo atual legitimará o tempo como efêmero.

Espaço Amnésico e Tempo Efêmero reforçam a dinâmica do esquecimento, da superficialidade e da impossibilidade de realização de vínculos identitários, o que provoca um caos nas solidariedades espaciais e reforça o isolamento dos sujeitos no espaço privado.

Os impactos dessa nova condição impõem uma violência sócioespacial para a humanidade, mas que será sofrida de forma impactante entre os sujeitos velhos, uma vez que o desenraizamento da vida se dará pelo estranhamento completo do espaço e a impossibilidade do reconhecimento (de si, da sua trajetória e do outro). Parte-se do pressuposto, quase senso comum, que o estranhamento para com o outro é tão acelerado que não é possível estabelecer pactos de sociabilidade ou uma construção mais densa no que tange às redes de solidariedade, uma vez que a cotidianidade está orientada para que os indivíduos entrem cada vez mais no mundo do consumo, burocrático e dirigido que alimenta a reprodução do capital (Lefebvre, 1991).

Frente ao contexto atual e à velocidade inerente ao processo de reprodução do capital, ser identificado como um sujeito ou um grupo social que dificulta a fluidez do mercado e que onera os cofres do Estado se configura como tudo aquilo que não se deseja. Sob os auspícios dessa lógica perversa, fazendo um paralelo ao que Kowarick (2002, p. 29) expõe sobre os pobres, os sujeitos velhos aparecem, no limite, como ‘não-sujeitos’.

Há uma representação social negativa que foi construída acerca dos sujeitos subalternizados que reforçam estigmas e conceitos prévios de ineficiência e subordinação, caracterizando um conjunto de vidas que são condenadas à “marginalidade”. Entretanto, a imposição de um cotidiano massacrante condiciona os sujeitos subalternizados a necessidade de respostas que tentam encontrar soluções para além das pressões vindas dos contextos econômicos, políticos e sociais; é possível criar táticas de sobrevivência que de uma forma ou de outra subvertam ou busquem subverter essas imposições verticais e garantir uma ‘válvula de escape’ de contextos que se impõem de forma hegemônica.

Kowarick (2002) chama essa condição de extrema vulnerabilidade de um “viver em risco”. Talvez estejamos nos referindo ao mesmo risco identificado por Michel de Certeau

acerca das *relações de forças* que impõem dinâmicas específicas a grupos sociais particulares e que legitimam uma espécie de determinação para a construção de vidas. Assim, vendo de perto e por dentro, Certeau identifica uma série de “*combates ou de jogos entre o forte e o fraco, e um conjunto de ações que o fraco pode empreender*” (Certeau, 2002, p. 97); uma espécie de jogo das *estratégias*¹ daquele que tem o controle das estruturas de poder e o poder de dominar, além da capacidade que o fraco tem em responder e subverter o controle do mais forte. Neste sentido, é possível observar uma capacidade de reação dos subalternizados através da elaboração de *táticas*² que respondem às perversidades das estratégias impostas, a esse movimento Certeau (2002, p. 101) apresenta como sendo “*a arte do fraco*”³.

O cotidiano se apresenta como o lugar privilegiado para entender a ação dos grupos subalternizados, ou seja, é no cotidiano que as táticas contra as estratégias hegemônicas podem se realizar, por isso, esse lugar privilegiado tem que ser estudado com acuidade a fim de revelar os sentidos da reprodução da vida em sociedade.

As manifestações dos fracos, buscando capturar as táticas associadas à reprodução da vida cotidiana auxiliam na construção de instrumentos teóricos e analíticos que dotam o pesquisador da possibilidade de mergulhar profundamente nos significados e sentidos da reprodução social, uma vez que a tentativa de sobrevivência, ainda que como sujeitos subalternizados, revelam táticas socialmente construídas para tentar superar a lógica da *sociedade burocrática de consumo dirigido*.

Analisar a vida cotidiana dos velhos e como a mesma dialoga com a reprodução do espaço urbano, passa inevitavelmente por entender como o tempo forja relações com a sociedade, uma vez que na sociedade do consumo e da informação, a velocidade das coisas e a sua potência têm um papel insubstituível, ainda que contraditoriamente os postos de trabalho necessitem cada vez menos de força física - os velhos, ou aqueles que atingem certo estágio do processo de evolução humano, encontram-se sistematicamente marginalizados e subalternizados dos processos de reprodução da vida.

1 (...) chamo de estratégia o cálculo (ou a manipulação) das relações de forças que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado. A estratégia postula um lugar suscetível de ser circunscrito como algo próprio e ser a base de onde se podem gerir as relações com uma exterioridade de alvos e ameaças (os clientes ou os concorrentes, os inimigos, o campo em torno da cidade, os objetivos e objetos da pesquisa etc.). (Certeau, 2002, p. 99).

2 (...) chamo de tática a ação calculada que é determinada pela ausência de um próprio. Então, nenhuma delimitação de fora lhe fornece a condição de autonomia. A tática não tem por lugar senão o do outro. E por isso deve jogar com o terreno que lhe é imposto tal como o organiza a lei de uma força estranha. Não tem meios para se manter em si mesma, à distância, numa posição recuada, de previsão e de convocação própria: a tática é movimento “dentro do campo de visão do inimigo” [...] Ela opera golpe por golpe, lance por lance. Aproveita as “ocasiões” e delas depende, sem base para estocar benefícios, aumentar a propriedade e prever saídas. O que ela ganha não se conserva. Este não-lugar lhe permite sem dúvida mobilidade, mas nunca docilidade aos azares do tempo, para captar no vôo as possibilidades oferecidas por um instante. (CERTEAU, 2002, p.100).

3 “As forças são distribuídas, não se pode correr o risco de fingir com elas. O poder se acha amarrado à sua visibilidade. Ao contrário, a astúcia é possível ao fraco, e muitas vezes apenas ela, como “último recurso”: “Quanto mais fracas as forças submetidas à direção estratégica, tanto mais esta estará sujeita à astúcia”. Traduzindo: tanto mais se torna tática” (Certeau, 2002, p. 101).

A GEOGRAFIA NO ENVELHECIMENTO HUMANO SE REVELA ENTRE OUTRAS COISAS A PARTIR DO COTIDIANO E VIDA COTIDIANA

O espaço urbano, em sua dinâmica de produção, para ser analisado, necessita de uma aglutinação de perspectivas e níveis de realidade, ou seja, “*momentos diferenciados da reprodução geral da sociedade, como a dominação política, o da acumulação do capital, da realização da vida [...]. O espaço corresponde a uma realidade global, revelando-se no plano do abstrato, e diz respeito ao plano do conhecimento, sua produção social, a prática socioespacial, liga-se ao concreto*” (CARLOS, 2001, p. 12).

O urbano, no mundo industrial e pós-industrial, se realiza como condição, meio e produto da reprodução social (CARLOS, 2001). Por tanto, reúne em uma relação dialética as múltiplas formas de organização da vida, determinando os estilos de vida da sociedade como todo, quer seja dos sujeitos que vivem no espaço da cidade, quer seja dos sujeitos que vivem sob a lógica do campo. Assim, o urbano se instaura como uma inevitabilidade do tempo atual, reflexo do modo de produção capitalista. Para tal legitima e imprime uma lógica cotidiana a todos os seres, que se materializa através de um cotidiano programado, ou seja, quase impossível dele escapar. Ao mesmo tempo o cotidiano opressor pode ser subvertido por algumas práticas sociais capturadas no movimento da vida cotidiana. Há uma potencialidade criadora e norteadora do sentido da vida, da reprodução da vida.

Ao mesmo tempo em que o cotidiano e a realização da vida cotidiana possibilitam perceber contextos compartilhados, eles também funcionam como nexos centrais na construção das relações sociais, das práticas sociais e do trabalho. Sob esse conjunto de reflexões, as práticas sociais aparecem como os sentidos da reprodução da vida através do trabalho e da construção da rede de relações sociais.

Lefebvre (2006) propõe que o espaço (social) não se apresenta como uma coisa qualquer, não é simplesmente um produto entre os produtos, ele abarca as coisas produzidas, compreender as relações entre as coisas produzidas, tendo como condição as possibilidades de coexistência e a simultaneidade dos acontecimentos. O espaço social pressupõe uma ordem e uma desordem, ao mesmo tempo, e nunca se reduz a ser um simples objeto; possibilita e permite ações; é constituído de ações que produzem ou consomem, mas que gravitam inexoravelmente pela lógica da produção. “*O espaço social implica múltiplos conhecimentos*” e acrescentaria acontecimentos.

Essa pluralidade de acontecimentos e conhecimentos se organiza, privilegiadamente, em contextos urbanos, produzindo cidades. O espaço, assim como a vida na sociedade moderna, encontra-se como resultado de repetições, é forjado em meio a um aparato técnico repetitivo e a uma base tecnológica que suscita cenários de repetição e assim, sociedade e espaço são repetições de si mesmo, sob os auspícios da alienação não se distingue mais

as ordens distantes das ordens próximas, o imediato se torna o reflexo do realizado alhures, tudo se torna envolto em uma camada pasteurizada, que não é reflexo social, mas do modo de produção que a sociedade opera⁴.

O cotidiano é capturado e programado desde a sua gênese como elemento fundamental do processo de produção e reprodução do espaço, comprometendo-se. Entretanto, o espaço tem conteúdo, o espaço revela relações sociais que se interconectam através da sua polivalência, assim, o espaço é produto, mas também condição social e como meio de realização que ganha sentido a partir das tramas miúdas, dos detalhes, das injunções e das disjunções ocasionadas a partir de escapes e pontos de fuga no contexto das repetições. O espaço é considerado assim *morfologia social* impregnada de sentido a partir do conjunto das práticas, do vivido. O espaço corresponde às formas, às estruturas e às funções necessárias para a reprodução social⁵. (Lefebvre, 2006).

Recorrendo a Seabra (2003), pode-se entender que o processo de reprodução do espaço analisado a partir da centralidade do cotidiano, que nada mais é do que o vivido como repetição, mas também como possibilidade de ruptura da repetição alienada, apresenta-se de fato como o processo de reprodução do urbano que impõe um modo de vida que tem a capacidade, teórica, de superar as separações e promover uma síntese negando a negação e favorecendo a apropriação dos fragmentos dispersos⁶.

As tramas tecidas na cidade, reflexo das possibilidades de materialização das virtualidades do urbano, não se dão de uma forma homogênea e hegemônica, do contrário o espaço urbano seria o reflexo direto de uma construção estabelecida a partir e através da prática social, que como os indivíduos e a própria sociedade é contraditória em gênese e essência. O devaneio idealista de um mundo reflexo de um pensamento único bom para todos se desfaz no ar com uma simples observação dos processos que compõem o quadro de reprodução da vida.

Como aponta Seabra (2003), “o urbano, reunião de todos e de tudo, como modo de vida, ascende no horizonte. Mas com a impossibilidade de superação dos impasses da fragmentação, o urbano não se realiza, aprofundam-se as separações”. E como reflexo da necessidade de entender os elementos constituintes de cada fragmento que compõe a sociedade é que a vida cotidiana e o cotidiano surgem como nível de apropriação para pôr em

4 Um espaço contém objetos muito diversos, naturais e sociais, redes e filões, veículos de trocas materiais e de informação. Ele não se reduz nem aos objetos que ele contém, nem à sua soma. Esses objetos não são apenas coisas, mas relações. Como Objetos, eles possuem particularidades conhecíveis, contornos e formas. O trabalho social os transforma. Ele os situa diferentemente nos conjuntos espaço-temporais, mesmo quando respeita sua materialidade, sua naturalidade. (Lefebvre, 2006).

5 Para apreender o conceito de produção do espaço é necessário dissipar as ideologias que marcaram o uso das forças produtivas no seio dos modos de produção em geral, em particular, do modo de produção existente. (Lefebvre, 2006).

6 O urbano é entendido como uma utopia real e um modo de vida, âmbito da comunicação e da troca generalizada, da simultaneidade onde se desfaz a ordem próxima e a ordem distante, o imediato e o mediato. (Seabra, 2003).

tensionamento os elementos que compõem a *polissemia*, *polirritmia*, *polifonia* e *polivalência* da reprodução da vida.

O mundo moderno mediado pelos processos multiescalares que possibilitam o acontecer da vida aqui e alhures por meio de técnicas sofisticadas e tecnologias de última geração, precisa, até o momento atual, que haja pessoas, vidas, contextos, sociedades, que dotem todo esse aparato de sentido. O cotidiano aparece não apenas como a negação da filosofia, mas como a possibilidade de pensar a prática social utilizando elementos e categorias filosóficas para auxiliar no desvendamento dos nexos de reprodução da vida (espaço e sociedade). Lefebvre, como resultado desse movimento de articular filosofia e prática social, percebe o cotidiano como um lugar central de análise para o pensamento social contemporâneo⁷.

A reprodução social, que também é a reprodução do espaço, revela a necessidade de ser pensada e analisada a partir da potencialidade que o cotidiano guarda, mas, essa potencialidade não deve estar restrita ao mundo das realizações práticas, pura e simplesmente, senão, a um cenário de reflexão e contemplação próprio do ser filosófico que será capaz de auxiliar na elucidação e na apresentação de novas formas de conceber o mundo vivido. Estudar a reprodução do espaço com base nas emergências postas a partir do cotidiano e da vida cotidiana é tentar superar os estigmas da alienação, que Lefebvre (1991, p. 27-28) põe como a superação da alienação filosófica (verdade sem realidade) e da alienação cotidiana (realidade sem verdade).

Emerge desde interstício, entre cotidiano e vida cotidiana, entre filosofia e prática social, o conceito de cotidianidade,

O conceito de cotidianidade provém da filosofia e não pode ser compreendido sem ela. Ele designa o não-filosófico para e pela filosofia. Mas o pensamento só pode levá-lo em consideração no decorrer de uma crítica da filosofia. O conceito de cotidianidade não vem do cotidiano, nem o reflete: ele exprime antes de tudo a transformação do cotidiano vista como possível em nome da filosofia. Também não provém da filosofia isolada, ele nasce da filosofia que reflete sobre a não-filosofia, o que é sem dúvida o arremate supremo de sua própria superação. (Lefebvre, 1991, p. 30).

A cotidianidade põe uma marcha ao que se desenvolve no plano do cotidiano e dá caminhos para pensar como a vida cotidiana se realiza, permite entender para além das repetições as possibilidades de implantar o novo ou considerar aquilo que escapou, aquilo que não foi considerado no processo de reprodução da vida mediada pelos processos de reprodução do capital.

7 Permanece aberto um único caminho: descrever e analisar o cotidiano a partir da filosofia para mostrar a dualidade, sua decadência e fecundidade, sua miséria e riqueza. Isso implica o projeto revolucionário de um parto que tirasse do cotidiano a atividade criadora inerente, a obra acabada. (Lefebvre, 1991, p.25).

O cotidiano se apresenta como algo que constitui um sentido amplo,

Seria algo mais: não uma queda vertiginosa, nem um bloqueio ou obstáculo, mas um campo e uma renovação simultânea, uma etapa e um trampolim, um momento composto de momentos (necessidades, trabalho, diversão – produtos e obras – passividade e criatividade – meios e finalidades), interação dialética da qual seria impossível não partir para realizar o possível (a totalidade dos possíveis). (Lefebvre, 1991, p. 30).

A vida cotidiana se apresenta como síntese do processo de reprodução da vida, uma vez que ela representa a possibilidade do encontro entre o parcelar e o total, a racionalidade e a irracionalidade. Além disso, Lefebvre (1991, p. 37) reforça que é na vida cotidiana que os problemas concretos da produção se dão de maneira abrangente, possibilitando enxergar o movimento que parte desde a condição de raridade até a abundância, bem como permite o diálogo que entende um espectro de variação que vai desde o precioso até o obsoleto.

ENVELHECIMENTO HUMANO

O envelhecimento humano sempre foi tomado como um tema repleto de tabus e medos, não raro são colecionados depoimentos em conversas informais entre parentes, amigos e conhecidos acerca do desafio e dos limites que estão entorno do envelhecimento, muitas vezes retratado de forma pejorativa, quase sempre associada à senilidade e às dificuldades relativas à mobilidade reduzida.

Em um simples passeio por lugares públicos é possível colecionar relatos que servem de ponto de partida para estabelecer reflexões acerca da condição do idoso. Ao momento que este texto está sendo redigido, em um intervalo de aproximadamente 60 minutos, mais de 13 idosos estão sendo vítima de alguma espécie de agressão no Brasil⁸.

Esses dados dizem respeito aos casos de violência que foram contabilizados através de denúncias, somam-se a esses números já alarmantes todos os casos que não foram denunciados, todas as agressões sofridas de forma subjetiva em casa, no espaço público, nos lugares de encontro.

Não raro vimos nas manchetes de jornais periódicos ou nos telejornais velhos que sofrem violências, as mais diversas, em ambientes que supostamente eram preparados para dar-lhes uma possibilidade de viver com condições adequadas de qualidade de vida ou até mesmo em suas casas ou nas casas de familiares e parentes próximos. Sobre esse quadro vergonhoso da condição da velhice contemporânea, faz-se impossível não resgatar o pensamento de Simone de Beauvoir (1990, p. 265),

8 Cálculo feito a partir dos dados do IBGE publicados no portal do envelhecimento - <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/violencias/120-mil-agressoes-contra-idosos-por-ano.html>, em que por ano 120.000 idosos são vítimas de violência no Brasil.

(...) a condição das pessoas idosas é hoje escandalosa. [...] De maneira geral, ela [a sociedade] fecha os olhos para os abusos, os escândalos e os dramas que não abalam seu equilíbrio. [...] Cada membro da sociedade deveria saber que seu futuro está em questão; e quase todos têm relações individuais e estreitas com certos velhos.

Observando as notícias veiculadas pela imprensa, além da coleção de depoimentos informais juntos aos idosos, em particular na cidade do Recife, as constatações não levam as reflexões para um destino distante daquele apontado por Simone de Beauvoir (1990). Sem dúvidas a sociedade moderna é responsável, em muitos casos, por reforçar negativamente a importância dos velhos, todos os dias são cometidos crimes bárbaros contra a velhice e isso passa despercebido pela grande maioria da população.

A vida cotidiana dos velhos cada vez mais está limitada aos fragmentos de vida deixados pelos outros, principalmente quando o perfil do envelhecimento se dá em condições de pobreza, aí a condição de subalternização e precarização da vida se revelam de maneira intensa. Quando se dá o movimento de passagem de classe trabalhadora para classe trabalhadora aposentada ou impossibilitada de ser produtiva pela idade é que os cenários de vulnerabilidade se tornam mais crônicos.

O abandono de sua antiga vida cotidiana voltada para a produção em contraposição com o novo cotidiano imposto sob os auspícios de uma pseudo-ociosidade acaba por ir massacrando e deteriorando a autoestima do velho, esta condição acaba conduzido-o ao isolamento. A redução do contato com o mundo exterior ao da casa se torna constante, o que faz surgir um sentimento de inutilidade e solidão, levando à depressão e muitas vezes à morte (Carvalho, 2007, p. 68).

Os velhos vivem e coexistem com uma sociedade que a todo tempo desconsidera o seu potencial, na maioria do contato cotidiano sentem como se os mais jovens não dessem mais lugar no mundo para eles, é como se todos os demais esperassem por sua morte ou como se o único lugar concebido para eles fossem entre os seus pares em lares de repouso ou trancados em casa, isolados das “intempéries” resultado do atrito das relações sociais.

A participação ao mundo produtivo se apresenta indubitavelmente negada ao velho. Essa negação se manifesta como imposição social, estimulando um exercício de substituição constante do “material humano” que anima as bases produtivas. Pode-se inferir que o trabalho humano é valorizado quando é associado com a força produtiva e a plena capacidade de realizar atividades.

Em função da constante elevação na expectativa de vida que a população mundial e especialmente a população dos países em processo de desenvolvimento vem apresentando nos últimos anos, as pessoas se veem obrigadas a não mais ignorar o grupo dos indivíduos envelhecidos ou em processo de envelhecimento, pois, esses já não representam o quadro

das minorias sociais, o que gera algumas tensões ou formas ainda não completamente aceitas de interação intergeracional.

Com a apresentação desse novo grupo, estatisticamente consolidado e em franco processo de crescimento, faz-se necessário estabelecer um novo conjunto de ordem paradigmática que permita a renovação de posturas em relação às formas de interação social e intergeracional.

A incapacidade dos núcleos urbanos abarcarem o contingente populacional envelhecido se torna visível quando são estabelecidas análises da influência exercida pelo processo de reprodução do capital acerca da organização da vida e do território. Os avanços na condição de envelhecimento justificam a criação de uma agenda mundial que assuma o tema como prioridade, uma vez que a condição e manutenção da vida se constituem como tema de abordagem social, política, econômica e cultural.

Os conflitos entre os que sobreviveram ao tempo e os mais novos colocam a humanidade em um dilema de gerações, em que as necessidades de grupos humanos distintos precisam ser consorciadas a fim de garantir a vida possível, com níveis de dignidade a todos que participam do tecido social.

A sociedade, no entanto, compartilha entre os seus um conjunto de códigos e comportamentos que tendem a esconder as falhas e os defeitos e valorizam apenas o que é considerado socialmente belo, forte, novo, etc. Essa condição de espetáculo monta uma farsa coletiva em que todos compartilham valores alienados e a verdade é cada vez mais relegada a um nível inferior da discussão.

A condição do espetáculo social engendrada pela sociedade moderna e denunciada por Debord (1991) precisa ser trabalhada, ou seja, a realidade precisa ser desvelada e o mundo precisa ser visto tal qual ele o é. As fragilidades e urgências precisam assumir o ponto principal das discussões estabelecidas pelos que detém o poder, e é a partir dessa condição de “enxergar a realidade” que o envelhecimento precisa ser pensado. E assim, faz-se urgente estabelecer reflexões sérias e comprometidas não apenas com a análise do processo de envelhecimento, mas preocupadas com as necessidades da “sociedade envelhecida” que reivindica cuidados coletivos e responsabilidade do Estado.

Para continuar avançando no entendimento dos processos que levam a formação de um conceito de envelhecimento humano, faz-se indispensável estabelecer as diferenças e divergências com o que venha a ser o novo, no caso o que é jovem, definir o que é velho pressupõe analisar os contextos sociais que o estabelecem como contraposição ao novo, ao jovem.

Sem sombra de dúvidas a definição destes conceitos passa por um conjunto muito amplo do que sejam os valores, parâmetros e posicionamentos tomados a partir do conjunto

das influências e dos contextos históricos, políticos, econômicos e culturais a que os grupos sociais estejam vinculados. A questão, inexoravelmente, está permeada de uma construção não linear do pensamento, mas que define e identifica similaridades e generalizações coletivas, ou seja, uma amalgama social que auxilia na formação de um conjunto de paradigmas que atendem a contextos e situações específicas do processo de reprodução social.

A relação dialética entre o velho e o novo e o peso que a isso seja abstraído do constante processo da transformação de uma noção em outra será o ponto de partida para se entender como o conceito de velho, em nossa sociedade atual, afasta-se incontestavelmente de uma consequência do avançar de anos vivido e vai assumindo um delineamento carregado de preconceitos e estigmas que vão elevando o novo e excluindo o velho.

Ao se debruçar sobre a dinâmica social em uma constante devir histórica se faz fundamental entender o velho para além da sua aparência e neste sentido é preciso entender que o conceito de envelhecimento não está apenas restrito ao avançar no conjunto dos anos vividos, mas é um conceito que se apresenta de maneira *“multidimensional, determinado socialmente, não apenas em relação às condições econômicas, mas também no plano simbólico, na percepção coletiva sobre o envelhecer”*. (Carvalho, 2007, p. 25).

Envelhecer, como aponta Fernández (2007, p. 61) é um processo que tem como característica *“el conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno, en nuestro caso nos referimos a las etapas físicas, psicológicas y sociales que pasa una persona hasta llegar a la vejez”*. O que se opõe às características biológicas apontadas como definidoras, hegemonicamente, do que seja a velhice e o envelhecimento. Uma vez que, como aponta Carvalho (2007, p. 28), o envelhecimento biológico se restringe a entender *“o tempo de vida humana que o organismo sofre consideráveis mutações de declínio na sua força, disposição e aparência, as quais não incapacitam ou comprometem o processo vital”*, o que em nosso caso não ajudaria a entender o processo de envelhecimento humano em sua totalidade.

A maneira como a sociedade ocidental construiu o conceito de velho traz consigo uma carga muito *sui generis*, pois desconsidera os vínculos com sociedades antigas e com toda a construção do pensamento oriental. A sociedade, nestes termos de exclusões, fraturas e fragmentos é entendida como *“uma totalidade destotalizada”* (Beauvoir, 1990, p. 260) em que os indivíduos se comunicam e compartilham através de sua *praxis*, e da diversidade dela, o que se coloca como reflexão é que as pessoas envelhecidas não partilham dessa *práxis*, sendo assim, o velho corresponderia a uma *exis* social, em que o imaginário social conduziria a uma condição de estranhamento social, a um não pertencimento ao mesmo grupo.

O processo de envelhecimento se apresenta como um elemento constante ao tecido social, as questões transitam entre as mais diversas escalas. A sociedade e a ciência precisam discutir a questão quase como uma tomada de consciência coletiva em que o idoso seja entendido como um ser pertencente ao universo da *praxis* social.

Ainda como uma possibilidade de aproximação das reflexões sobre o envelhecimento humano é possível recorrer às contribuições da demografia quando apresenta o conceito de envelhecimento populacional, para esse ramo do conhecimento o conceito é entendido como “*o crescimento da população considerada idosa em dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação relativa no total da população*”. (Moreira, 1999. p. 36).

O envelhecimento humano é composto de um conjunto bastante amplo de elementos que compõem uma diversidade de abordagem e de concepção do problema em análise. Neste sentido, a forma como o conceito de envelhecimento é entendido e operacionalizado influencia diretamente na forma como que ele se apresenta ao grupo social, essa forma de abordagem e de ser dos indivíduos envelhecidos respondem a um conjunto de ações que revelam os processos a que estão submetidos e a que se fazem submeter, quase que amalgamados com estruturas, ora rígidas, ora mais flexíveis que abarcam os conteúdos e processos a serviço de uma função que é ao mesmo tempo social e que obedece a processos de reprodução do capital e das relações estabelecidas pelo modo de reprodução do modo de produção capitalista.

Essa relação esquizofrênica da sociedade para com os idosos é revelada nos espaços urbanos da modernidade, estes espaços foram e são produzidos e reproduzidos com a perspectiva de se conectar ao modelo de reprodução das relações capitalistas, e, desta forma, o que é velho já não mais interessa. Assim, produz-se uma realidade que já nasce amnésica, desconsiderando aquilo que a produziu e negando tudo o que está obsoleto. Sociedade e espaço precisam estar conectados com a modernidade, as técnicas e as tecnologias mais recentes, porque assim é possível ser mais produtivo. Daí não há mais espaço para o velho, pois ele é signo do atraso, do não móvel e conseqüentemente reflete uma imobilidade na possibilidade de fazer o capital se realizar. É preciso tornar tudo novo de novo. A pergunta que se configura é: e os velhos? Vamos ter que nos livrar deles? Ou a eles não é dado o direito de viver?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição na qual a sociedade moderna estabelece as suas bases é reveladora de um conjunto de constrangimentos sociais que se apresentam como desafios. Notadamente, esse conjunto de constrangimentos é reforçado quando grupos subalternizados precisam que suas necessidades sejam atendidas no contexto da reprodução veloz do mundo moderno. Os mecanismos utilizados até o momento não dão conta de dar voz significativa a essa plêiade de indivíduos que tentam sobreviver frente aos limites de sua condição, imposta pela reprodução e generalização das desigualdades e da aposta cega na gerência de algo que não pode ser gerenciado, reforçando assim cenários de opressão que beiram a condição de exclusão.

Não obstante, recorrendo à herança histórica de abandono, o grupo dos indivíduos envelhecidos sofreu e sofre uma miríade de privações que os levam a situações extrema de vulnerabilidade, principalmente quando estes se encontram em condição de pobreza, o que não raro se concretiza em função dos baixos rendimentos advindos dos programas de previdência social, quando se consegue ascender a eles, e da falta de assistência, comum à condição destes indivíduos.

É através da análise da vida cotidiana e do cotidiano que o tema do envelhecimento ganha sentido e fôlego pensado como elemento a ser analisado no processo de reprodução do espaço urbano (da vida). O envelhecimento humano se apresenta como uma chave, uma espécie de ‘categoria’ de análise e interpretação de uma parcela significativa da condição urbana moderna. O tema do envelhecimento está associado a processos de intensa desigualdade social, de mau funcionamento do poder político e que traz em sua formação histórica marcas da falta de cuidado com as pessoas e com o bem comum.

As dificuldades em (re)produzir o espaço urbano pensando formas de inserção diferente daquelas subalternizadas e reflexo da precarização, fruto de uma lógica perversa do capital, põem-se como parte do desafio contemporâneo para a tentativa de superação das alienações e cooptações empreendidas por um capital que se tornou fetiche, que fustiga o sonho dos indivíduos e os convence que o sentido da vida é ser produtivo; para esse tipo de sociedade moderna é preciso ocupar a vida cotidiana com tarefas que rendam algo, esse é o ritmo da alienação que forja valores sociais e que consolida o rótulo do economicamente orientado para o produtivo. Essa é, talvez, a chave de interpretação possível para se entender a condição dos indivíduos envelhecidos em nossa sociedade, uma vez que estes parecem não mais ser produtivos e por isso não interessam ao processo de reprodução. É a partir deste universo que a condição de indivíduo subalternizado e incluído precariamente se aproxima de cenários de exclusão.

■ REFERÊNCIAS

1. BACELAR, Rute. *Envelhecimento e produtividade: Processos de subjetivação*. 2 ed. Recife: Fundação Antônio dos Santos Abranches – FASA, 2002.
2. BEAUVOIR, Simone de. *A velhice: o mais importante ensaio contemporâneo sobre as condições da vida dos idosos*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
3. CAMARANO, Ana Amélia. *Envelhecimento da população brasileira: Uma Contribuição Demográfica*. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.
4. CARLOS, Ana Fani Alessandri. *Espaço-tempo na metrópole: A fragmentação da vida cotidiana*. São Paulo: Contexto, 2001.

5. _____ . *O espaço urbano: Novos escritos sobre a cidade*. São Paulo: Labur Edições, 2007.
6. _____ . *O lugar no/ do mundo*. São Paulo: Edição eletrônica/ LABUR, 2007b.
7. _____ . *A condição espacial*. São Paulo: Contexto, 2011.
8. CARVALHO, José Alberto Magno & GARCIA, Ricardo Alexandrino. *O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico*. In: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun, 2003.
9. CERTEAU, Michel de. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
10. DEBORD, Guy. *Sociedade de Espetáculo*. Lisboa: Mobilis en MóBILE, 1991.
11. FERNÁNDEZ, Rosario Paniagua. *El proceso de envejecimiento y la intervención social*. In: RBCEH, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 57-75, jan./jun. 2007.
12. HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1994.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeção da População do Brasil*. Comunicação social, disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272
14. KOWARICK, Lúcio. *Viver em Risco: Sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano*. In: Novos Estudos. n.º 63, Junho, 2002.
15. LEFEBVRE, Henri. *Estrutura social: A reprodução das relações sociais*. In: MARTINS & FORACCHI (org.). *Sociedade e Sociologia*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1977.
16. _____ . *A vida cotidiana no mundo moderno*. São Paulo: Ática, 1991.
17. _____ . *O direito à cidade*. São Paulo: Centauro, 2001.
18. _____ . *A revolução urbana*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.
19. _____ . *A produção do espaço Urbano*. Belo Horizonte: UFMG, 2006. (trad. Grupo "As (im)possibilidades do urbano na metrópole contemporânea", do Núcleo de Geografia Urbana") do original: *La production de l'espace*. 4e éd. Paris: Éditions Anthropos, 2000). (Texto não publicado).
20. MARTINS, José de Souza. *Exclusão social e a nova desigualdade*. São Paulo: Paulus, 1997.
21. MARTINS, J. *A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. Petrópolis: vozes, 2002.
22. MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES. *Relatório Nacional brasileiro sobre o envelhecimento da população brasileira*. Brasília: Divisão de Temas Sociais, 2004.
23. MORAES, Antônio Carlos Robert. *Ideologias Geográficas: Espaço, Cultura e Política no Brasil*. 5 ed. São Paulo: Annablume, 2005.

24. MOREIRA, Morvan de M. *Envelhecimento da População Brasileira: aspectos gerais*. Belo Horizonte, 1999, mimeo. (Trabalho apresentado no Seminário “Envelhecimento da população brasileira: aspectos macro e micro relevantes para políticas sociais, regionais e nacionais”. Belo Horizonte: ABEP-CEDEPLAR, 6-7 de dezembro de 1999).
25. NERI, Anita Liberalesso. *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Editora da UNICAMP, 1991.
26. NÓBREGA, Pedro Ricardo da Cunha. *Antigos Lugares, Novos Temas: Os sinais do tempo no bairro da Boa Vista*. Recife: EDUFPE, 2010.
27. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento*. Madrid: Conferência das Nações Unidas para o Envelhecimento Humano, 2002.
28. SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Edusp, 2002.
29. _____. *O espaço do cidadão*. São Paulo: Nobel, 1987.
30. SEABRA, Odette Carvalho de Lima. *Urbanização e Fragmentação: Cotidiano e vida de bairro na metamorfose da cidade em metrópole, a partir das transformações do Bairro do Limão*. São Paulo: FFLCH/DG, 2003. (Tese de Livre Docência).
31. TOMASINI, Sérgio Luiz Valente. *Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar*. In: RBCEH, Passo Fundo, 76-88 - jan./jun. 2005.

“

Efeitos do convívio domiciliar com cães de estimação na saúde de idosos

- ▮ Camila da Costa Lima **Souto**
UFPE
- ▮ Renan Carlos Freitas da **Silva**
UFPE
- ▮ Catarina Magalhães **Porto**
HC-UFPE
- ▮ Rogério Dubosselard **Zimmermann**
UFPE
- ▮ Maria Lúcia Gurgel da **Costa**
UFPE

RESUMO

O artigo tem por objetivo estudar os efeitos da convivência domiciliar de idosos com cães de estimação, apontando os aspectos positivos e negativos desse convívio para a saúde da população idosa. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório que utilizará como técnica entrevista aberta semiestruturada. O número total de idosos foi definido pela saturação de falas no decorrer das entrevistas. As entrevistas foram transcritas e as falas dos idosos foram examinadas através da análise de conteúdo, com posterior categorização temática. Os elementos foram classificados em 9 eixos temáticos: suporte emocional, atividade física, contato social, sensação de segurança, alergia e infecções, quedas, gasto financeiro, processo de luto e significado. O convívio com cães de companhia traz inúmeros benefícios à saúde de idosos, entre eles, o aumento da prática de atividades físicas, da socialização, do prazer e da autoestima. Em contrapartida, existem, também, aspectos negativos dessa convivência, como a maior exposição a possíveis infecções e alergias, o maior risco de quedas e o intenso sofrimento pela perda do animal. Após análise dos dados, constatou-se que os efeitos positivos da convivência domiciliar de idosos com cães de estimação superam os efeitos negativos para a saúde dessa população.

Palavras-chave: Idoso, Animais de Estimação, Cães.

INTRODUÇÃO

A partir de 1950, o Brasil inicia seu período de transição demográfica. Nesta década, existiam 9 milhões de crianças com idades entre 0 e 4 anos, representando 16,6% da população total e 2,6 milhões de idosos, representando somente 4,8% da população. Em 1980, havia 17 milhões de crianças e 7,7 milhões de idosos. Já no ano 2000, a população de crianças praticamente se manteve em torno de 10% da população e a população idosa chegou a 14,2 milhões, representando 8,1% da população. A estrutura etária começa sua grande transformação: inicia-se o processo de envelhecimento (ALVES, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (2015) revelou que, em todo o mundo, a proporção de idosos está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Espera-se um crescimento em torno de 694 milhões na população idosa entre os anos de 1970 e 2025. Nesse último ano, existirá um total aproximado de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, e, até 2050, haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento. Essa mudança do perfil populacional vem acarretando, igualmente, a transição epidemiológica. Com ela, as doenças crônicas próprias do envelhecimento passaram a ter maior expressão na sociedade (VERAS, 2009).

Diante da crescente relevância dos agravos à saúde física e mental dos idosos, surgiram vários tratamentos e métodos preventivos para combatê-los. Entre eles, encontram-se a atividade e a terapia assistida por animais, que vêm ganhando destaque no cenário mundial, e, também, no Brasil.

Em 1977, a Delta Society, um organismo internacional sem fins lucrativos, criado com o objetivo de promover a melhora da saúde humana, sua independência e qualidade de vida com a ajuda de animais, definiu dois tipos de interação: a) Atividade Assistida por Animais (AAA), que consiste na visitação, recreação e distração por meio do contato dos animais com as pessoas e; b) Terapia Assistida por Animais (TAA), que envolve profissionais de saúde e utiliza os animais como parte do tratamento (DOTTI, 2014).

O contato com animais de estimação pode promover o aumento de bem-estar e a diminuição do estresse entre os idosos, considerando que, particularmente nessa faixa etária, as pessoas vivenciam, em sua maioria, a perda de amigos, familiares, o surgimento de doenças crônicas, a aposentadoria e sentem-se isoladas da sociedade (PEREIRA, M.; PEREIRA, L.; FERREIRA, 2007).

A terapia assistida por cães foi aplicada em diversas instituições para idosos. Os resultados obtidos através dessas interações são amplos e fundamentados. Os principais efeitos encontrados foram um melhor controle dos níveis pressóricos e do padrão cardiovascular, um aumento do comportamento social e uma melhora no estado apático, característico de idosos institucionalizados, uma diminuição da solidão e da tristeza, uma melhora da

comunicação e interação com o grupo e com profissionais de saúde, bem como uma redução de sintomas depressivos (BERRY *et al.*, 2012; MENNA *et al.*, 2012; STUMM *et al.*, 2012; VIEIRA *et al.*, 2016).

Tais como os estudos acima, outros também investigam os efeitos das atividades e terapias assistidas por animais na saúde de idosos institucionalizados, porém, são poucos os trabalhos científicos que pesquisam a influência de cães de estimação sobre os idosos no convívio domiciliar. Considerando que tais atividades influenciam a saúde de idosos institucionalizados, torna-se relevante investigar: o convívio domiciliar de idosos com cães de estimação também é capaz de influenciar a saúde dessa população? De que maneira?

Considerando, ainda, a escassez de estudos que investiguem tais aspectos e a vulnerabilidade do grupo ao surgimento de transtornos à saúde, tendo em vista o surgimento de limitações corporais, doenças crônicas, isolamento social e abalo emocional, justifica-se a presente análise. Deseja-se, assim, oferecer a equipe multidisciplinar com informações importantes à orientação e às intervenções direcionadas à promoção da saúde física e mental dos idosos e, dessa forma, melhorar a qualidade de vida desta população, evitando condições clínicas e óbitos prematuros.

OBJETIVO

O artigo tem como objetivo geral estudar os efeitos da convivência domiciliar de idosos com cães de estimação e, como objetivos específicos, identificar os efeitos positivos e negativos do convívio domiciliar com cães de estimação para a saúde dos idosos, bem como descrever os sentimentos do idoso em relação ao seu cão de estimação.

MÉTODO

Trata-se de um artigo qualitativo de caráter descritivo e exploratório que utilizou como técnica entrevista aberta semiestruturada em profundidade. Denzin e Lincoln (2005) destacam que os pesquisadores qualitativos estudam as coisas em seu setting natural, ou seja, não construído artificialmente, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes. Outra definição foi elaborada pelas enfermeiras Morse e Field (1995), que caracterizam o método qualitativo como indutivo, holístico, êmico, subjetivo e orientado para o processo. Este tipo de pesquisa é utilizado para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno ou a um setting. Ela tem o objetivo de criar um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos e de entender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta.

Ratifica-se, dessa forma, que o alvo principal das pesquisas qualitativas é a significação que um fenômeno ganha para os que o vivenciam. Dessa maneira, a presente pesquisa tem por objetivo conhecer as vivências e representações que os idosos possuem de suas experiências ao conviver com seus cães de estimação.

O estudo foi realizado no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) que é uma unidade ambulatorial de atenção à saúde do idoso, criada em dezembro de 1999, de iniciativa da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O NAI, subprograma do Programa do Idoso (PROIDOSO), oferece atendimentos individuais à população idosa e dispõe de uma equipe multidisciplinar.

Os participantes foram selecionados de maneira aleatória e por conveniência, dentre os idosos atendidos na unidade. O número total de 20 idosos foi definido pela saturação de falas, no decorrer das entrevistas.

O estudo utilizou, como critérios de inclusão, possuir em domicílio, ao menos, um cão de estimação, pelo período mínimo de um ano, bem como ser proprietário do animal e, como critérios de exclusão, possuir diagnóstico de demência, déficit auditivo ou disfasias que impossibilitem a comunicação adequada para a realização da pesquisa. Os voluntários foram entrevistados em salas privativas disponibilizadas para a realização da gravação do áudio sobre o convívio com cães de estimação. O ambiente reservado para a realização das entrevistas favoreceu a boa captação do áudio, bem como proporcionou um clima confortável para a livre expressão dos idosos. O instrumento operacional utilizado foi o gravador de voz Sony ICD-PX240.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e agosto de 2018. Durante todos os dias de pesquisa utilizou-se um diário de campo. Através da observação direta dos idosos, foram anotadas expressões faciais, gestos e comportamentos identificados durante as interações.

A entrevista é composta pelos seguintes questionamentos:

“Como o (a) senhor (a) descreveria a convivência com seu cão de estimação?”

“Após a chegada do seu cão de estimação, o (a) senhor (a) percebeu alguma mudança na sua vida?”

“O (a) senhor (a) acredita que a presença de um animal de estimação pode trazer benefícios à saúde de uma pessoa? Se sim, quais?”

“O (a) senhor (a) acredita que a presença de um cão de estimação pode trazer malefícios à saúde de uma pessoa? Se sim, quais?”

“O que (nome do cão de estimação) significa para o (a) senhor (a)?”

As entrevistas sobre a convivência com cães de estimação foram transcritas e as falas dos idosos foram examinadas de maneira detalhada e intensiva através da análise de conteúdo, com posterior categorização temática. A análise de conteúdo é um conjunto de

técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens. Dentre essas técnicas, encontra-se a análise categorial, que busca desmembrar o texto em unidades ou categorias, segundo reagrupamentos analógicos. Essa técnica se compõe em três grandes etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados e interpretação. A primeira etapa é a fase de organização, que pode utilizar procedimentos como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa, os dados serão codificados a partir das unidades de registro.

Por fim, é feita a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns (BARDIN, 2011).

Para preservar a identidade dos participantes, os idosos foram numerados de 1 a 20, por ordem de realização das entrevistas. Além disso, para evitar possíveis associações entre o nome dos cães e seus donos, os animais foram chamados por nomes fictícios de cores. As unidades de sentido que emergiram das transcrições abordaram os efeitos positivos e negativos da convivência domiciliar com cães, bem como os sentimentos dos idosos em relação ao seu cão de estimação.

A pesquisa seguiu as diretrizes e normas encontradas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, bem como possui Carta de Anuência para realização das entrevistas no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A coleta de dados se iniciou, apenas, após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CCS-UFPE), bem como os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após os devidos esclarecimentos. A pesquisa foi aprovada sob CAAE 80073817.8.0000.5208.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O sexo feminino destacou-se de tal maneira que representou a totalidade dos indivíduos entrevistados. É possível que o local de pesquisa tenha contribuído para a formação de um grupo exclusivo de mulheres. A investigação foi realizada em uma unidade ambulatorial de saúde do idoso onde o público feminino predomina em razão de serem elas as que mais cuidam de suas saúdes. Outra razão pode ser atribuída à maior disponibilidade das mulheres em participar de pesquisas e expressar sentimentos quando comparado aos homens. Todas as participantes tinham entre 60 e 80 anos de idade e a maioria delas é casada, possui o ensino médio completo, reside em casa própria e recebe entre um e dois salários-mínimos. Os dados obtidos através das entrevistas passaram pelo processo de

análise de conteúdo e os elementos foram classificados por categorização temática, segundo suas semelhanças, em 9 eixos temáticos: suporte emocional, atividade física, contato social, sensação de segurança, alergia e infecções, quedas, gasto financeiro, processo de luto e significado.

O suporte emocional decorrente da posse do cão de estimação foi destaque nas entrevistas realizadas. Os principais pontos abordados foram diminuição da solidão, do estresse e da tristeza, incremento dos sentimentos de conforto e alegria, momentos de conversa e distração com os cães, sensação de companhia e aumento da autoestima. A maioria das idosas relatou sentir-se acompanhada, até mesmo aquelas que não demonstravam um vínculo afetivo forte com seus cães de estimação. Enquanto se expressavam, as idosas se mostraram sorridentes e confortáveis ao falar sobre o tema.

Com grande poder lesivo, o sentimento de solidão pode ser combatido através do convívio com cães de estimação. Stanley *et al.* (2014), afirmam que idosos donos desses animais são 36% menos propensos a relatar solidão que os não proprietários. Na mesma direção, as idosas entrevistadas no presente estudo enfatizaram o sentimento de companhia decorrente da posse do cão de estimação, conforme comentário abaixo transcrito:

[...] Acho que faz companhia e muita, viu? Oxente, quando sai todo mundo e eu tô em casa, é a minha companhia, viu? [...] Eu acho que mudou muito, viu? Porque antes a gente não tinha muito o que fazer, um casal de velhos, né? (risos) Às vezes um cachorro alegre muito a pessoa. A pessoa não fica tão triste. Eles chegam com uma alegria tão grande que parece que transmite para a gente, né? Se tiver sentindo alguma coisa, a gente brinca um pouquinho com eles que passa. Influi muito na gente, viu? E é bom! (IDOSA 13)

Uma pesquisa qualitativa realizada na Suécia teve como objetivo explorar as experiências de vida de idosos e seus animais de companhia, após a ocorrência de um Acidente Vascular Encefálico (AVE). Os participantes afirmaram que o animal desviou a atenção da doença e contribuiu para pensamentos mais agradáveis, sendo um suporte no momento em que se sentiam deprimidos e uma razão para lutar pela recuperação. Constatou-se, também, que os animais transmitiram um sentimento de pertença aos idosos que moravam sozinhos (JOHANSSON; AHLSTRÖM; JÖNSSON, 2014).

[...] Azul veio em um momento assim divisor de águas. Eu estava entrando na menopausa, meus filhos adolescentes, meu pai faleceu, me aposentei. E olhe que me preparei bem para a aposentadoria, mas fui surpreendida por outras questões. Então o cachorro foi tranquilizador. [...] O cachorro é um suporte maravilhoso. Porque a partir do momento que você está com uma criaturinha que te faz rir quando você está chateada, te faz um carinhozinho. Engraçado, ele percebe quando estamos assim, ele fica lá pedindo carinho até você sair daquela preocupação sua e ir lá fazer carinho. É como se ele me tirasse daquele universo em que tô estressada. (IDOSA 5)

Em sintonia com o apontado na literatura existente sobre a matéria, o exame dos dados coletados no presente artigo levou à constatação de que o suporte emocional conferido pelos cães às idosas é um efeito positivo da convivência domiciliar de idosos com cães de estimação, uma vez que a maioria dos relatos evidenciou sentimentos de alegria, relaxamento, autoconfiança, bem-estar e satisfação com a vida. Esse apoio emocional se mostrou tão importante ao ponto de a IDOSA 6 afirmar não sentir mais depressão devido à companhia de seu cão de estimação e a IDOSA 9 ressaltar que acredita que quem cria um animal com amor não tem depressão. Todo esse suporte contribui de maneira significativa para a saúde mental, como também, indiretamente, para a saúde física dos idosos, prevenindo possíveis doenças e atenuando sintomas.

Diversas idosas relataram praticar algum tipo de atividade física com seus cães de estimação, principalmente, caminhadas. Existiram relatos de brincadeiras com bolas, garrafas plásticas, vassoura, até simples ações, como enxugar e escovar o pelo de seus cães. Uma das idosas afirmou praticar, até mesmo, natação com sua cadela, quando as duas vão à praia juntas, como demonstrado no trecho a seguir:

[...] Eu passeio com ela logo de manhã cedinho, ele me acompanha para onde eu for, volta, toma banho, vida normal. Brinco com ela. Ela nada, quando a gente vai para a praia, ela nada comigo. (IDOSA 9)

Ferreira (2012) verificou em sua pesquisa que os idosos gostariam de ter um animal de estimação para que ele os motivasse a sair e caminhar. No presente estudo, o cão de companhia, de igual modo, apresentou-se como um fator de motivação para atividades físicas:

[...] Eu vivia muito só e deitada, com ele (cão) eu não posso me deitar. Ele fica querendo ficar comigo, aí eu termino brincando. Saio para passear com ele, mas à noite e de manhãzinha quando termino de fazer as coisas, vou dar uma caminhadinha. (IDOSA 14)

Garcia *et al.* (2015) buscou examinar as associações transversais entre a propriedade do cão e as medidas de atividade física em uma amostra bem caracterizada e diversificada de mulheres na pós-menopausa. Possuir um cão foi associado a uma maior probabilidade de andar um quantitativo igual ou superior a 150 minutos por semana e a 14% menos probabilidade de ser sedentária em comparação com as idosas que não possuíam um cão. Verificou-se, desse modo, que a posse de cães está associada ao aumento da atividade física em mulheres idosas, particularmente entre mulheres que moram sozinhas.

Observou-se, portanto, que o estímulo à prática de atividades físicas, seja em caminhadas com os cães, seja em cuidados e brincadeiras dentro de casa, é outro efeito positivo que a convivência com o animal proporciona para a saúde da população idosa. Considerando

que tais práticas preservam a capacidade funcional do idoso e previnem o surgimento de doenças crônicas, a convivência domiciliar com cães, neste aspecto, é extremamente importante para o idoso.

Em relação ao contato social, algumas idosas relataram encontrar pessoas desconhecidas, bem como fazer novas amizades, principalmente, durante os passeios com os cães. A maioria afirmou manter uma rede de contatos em sua própria região de residência, como ruas vizinhas, praças e condomínios, lugares nos quais costumam passear com mais frequência. Outro lugar de interação citado nas entrevistas foi o pet shop para banho e tosa e clínicas veterinárias para consultas e vacinas. A idosa a seguir relatou conversar com outras pessoas enquanto aguarda atendimento veterinário:

[...] Parece um filho quando você está no pediatra, várias mães conversam, a mesma coisa é no veterinário, a gente troca ideias, olha, o meu fez aquilo, olha, o teu é tão bonitinho, tem quantos anos? Olha, faz isso. (IDOSA 1)

Na maioria das sociedades, o “ficar velho” é sinônimo de exclusão de uma vida social, construída e legitimada ao longo dos anos. Nessa fase da vida, inicia-se a perda de pessoas próximas, como cônjuges e amigos, separação dos filhos e colegas de trabalho, devido ao início de aposentadoria. Todos esses fatores tendem a diminuir a rede de contato social do idoso, o que pode desencadear uma série de efeitos negativos em sua saúde (GUEDES *et al.*, 2017).

[...] Tenho muitas amizades, chego na praça tem uma moça que tem uma cachorrinha chamada Lilás, ela é solteirona e cuida de uma mãe doente. Ela leva Lilás para todos os cantos. É uma alegria quando a gente se encontra, os cachorros adoram. (IDOSA 17)

A caminhada com cães levou os participantes de uma pesquisa à conexão com a natureza, com outras pessoas e também com o próprio cão. Caminhar com um cachorro incentivou o contato social e o animal foi considerado um “quebra-gelo”. Por vezes, breves interações dos idosos com desconhecidos se transformaram em amizades firmes. Embora o contato social intensificado tenha sido relatado como um resultado da caminhada com o cão, ele foi percebido, também, como uma necessidade em circunstâncias específicas, por exemplo, um senhor idoso que vive sozinho (WESTGARTH *et al.*, 2017).

De modo semelhante à literatura encontrada, o presente artigo constatou que a posse de um cão de companhia ajuda na manutenção da vida social do idoso, o que fortalece sua saúde física e mental e contribui para uma maior qualidade de vida. Dessa forma, o contato social proporcionado pelos companheiros caninos é mais um fator benéfico ao idoso.

Algumas idosas afirmaram que se sentiam mais seguras na presença de seus cães de estimação. Essa sensação conferiu maior autonomia e confiança às idosas para que permanecessem em suas próprias casas ou realizassem pequenas atividades acompanhadas por seus cães com maior tranquilidade, como passar por locais considerados de algum modo inseguro por elas.

[...] Chamo ele para ir lá atrás da casa, tenho medo, aí ele vai na frente para ver se tem bicho. E quando tem algo fora do contexto, ele começa a dar um sinal diferenciado. Ele late e fica olhando, então já sabemos que está acontecendo algo. É uma criaturinha que eu tenho dentro de casa como se fosse meu guarda-costas. É como se ele me desse suporte para entrar e sair de casa. (IDOSA 5)

Sabe-se que entre os inúmeros serviços hoje prestados pelos cães à sociedade, a atividade de guarda e sentinela, desde os primórdios, é a mais reconhecida e utilizada pelo homem (SAKATA, 2015). Mais de uma idosa chegou a chamar seus cães de estimação de guardas. Uma delas até referiu dormir sem outras pessoas em sua casa, porém, na presença do animal. A conduta do cão de monitorar e avisar quanto a pessoas ou situações estranhas foi destaque em suas falas.

[...] Eu digo também que são meus guardas (risos). Já cheguei a dormir sozinha, sem outra pessoa em casa, mas sempre com eles por perto. Qualquer zoada ela late e eu falo com ela e vejo se está tudo bem. (IDOSA 6)

Degeling e Rock (2012) constataram em sua pesquisa que a presença de um cão de estimação nas caminhadas de idosos proporcionou, de alguma forma, a sensação de segurança para eles, especialmente, quando esses passeios eram realizados tarde da noite. Uma das idosas se expressou neste sentido ao falar sobre a diferença de caminhar sem o seu cão, devido ao falecimento do animal: “Estava ficando escuro e normalmente eu nunca penso sobre isso porque Shep (cão) estava comigo e ele sempre foi meus outros olhos e ouvidos. De repente eu pensei: Oh, talvez eu tenha que prestar mais atenção agora! Eu preciso ser um pouco mais consciente porque eu não tenho mais Shep!”.

Dessa forma, a sensação de segurança sentida pelas idosas traz, novamente, um efeito positivo para essa população, uma vez que promove o relaxamento e o bem-estar do grupo em suas próprias residências, além de aumentar sua independência e autoconfiança.

Os efeitos negativos da convivência de idosos com cães de estimação também foram relatados nas entrevistas. Vale ressaltar, no entanto, que, quando o assunto se voltou para possíveis malefícios advindos de seus cães, a maioria das idosas teve um comportamento de proteção do animal, tendendo a amenizar alguns acontecimentos.

Em relação a alergias e infecções provenientes de seus cães de companhia, algumas idosas relataram ter contraído infecções cutâneas e outra afirmou ter crises alérgicas, embora, nesse último caso, a entrevistada negou que a causa fosse o animal. As idosas associaram, predominantemente, as fezes e a urina dos animais como causadoras de doenças e afirmaram com firmeza que mantinham os cães e os ambientes em que transitavam sempre limpos.

[...] Eu peguei um germe aqui na minha mão e deu trabalho para acabar com esse germe, viu. Acho que foi arrancando a grama, ele faz xixi ou fezes na grama, né. Tratei e fiquei boa. (IDOSA 12)

[...] Eu já tinha alergia antes, ontem eu espirrei tanto que parecia que o cérebro ia sair pela venta, como fala o matuto. Não foi por causa dela, eu já tinha antes. Passa tempo sem nada, no frio volta. Tô dizendo que ela dorme comigo e nunca tive nada, nem na pele. (IDOSA 15)

Apesar dos relatos de contaminações, alguns estudos afirmam que animais de estimação não irão transmitir, necessariamente, infecções aos idosos. Evidências apontam que não existem laços epidemiológicos que comprovem a transmissão de parasitas intestinais, estafilococos multirresistentes ou *Clostridium difficile* de animais de estimação para idosos que convivem ou costumam frequentar locais que possuem esses animais (ELY *et al.*, 2011; GANDOLFI-DECRISTOPHORIS *et al.*, 2012; RABOLD *et al.*, 2018).

Em relação às alergias, Dotti (2014) afirma que pessoas que vivem em contato com animais criam resistência e podem desenvolver imunidade perante alguns tipos de alergias, recomendando, inclusive, que crianças possam estar expostas ao contato com animais para aumentar e desenvolver anticorpos frente a possíveis alergias.

Constatou-se, desse modo, que a transmissão de infecções é um efeito negativo da convivência domiciliar com idosos. Apesar do baixo potencial lesivo das possíveis infecções, elas não devem ser desconsideradas. Na presente pesquisa, as idosas demonstraram conhecer a necessidade de medidas de limpeza, especialmente em relação às fezes e à urina dos cães, mesmo assim, algumas delas necessitaram de tratamento para combater pequenas infecções de pele. Quanto à alergia, idosas alérgicas a cachorros podem apresentar sintomas como espirros ou coceiras, até reações mais fortes, como dificuldade respiratória, a depender do nível de sensibilização de cada indivíduo, sendo, também, um efeito negativo à saúde do idoso.

Algumas idosas relataram ter medo de se machucar ou cair em momentos de interação com seus cães, principalmente quando esses animais são de grande porte. Outras afirmaram ter caído, prevalecendo pequenos tombos, e, somente, um evento mais grave, com necessidade de intervenção cirúrgica. Relataram, também, receio com as unhas dos cães, já que as mesmas podem causar arranhões em suas peles. Nenhuma das participantes referiu ter sofrido mordeduras de seus animais, tanto dos cães atuais, como os de convivência passada.

[...] Como tenho muitas varizes nas pernas, tenho medo, porque sou diabética e ela tem unhas que arranham. (IDOSA 10)

[...] Já tropecei nela, quando fui passear ela passou na minha frente, queda feia. Tive que operar o menisco. Se meu osso não fosse forte, tinha quebrado minha perna. (IDOSA 17)

Messias e Neves (2009) realizaram uma revisão de literatura sobre os fatores extrínsecos associados às quedas em idosos. Os autores concluíram que entre os principais fatores de risco extrínsecos relacionados a quedas em idosos está a presença de animais de estimação.

Por outro lado, um estudo buscou verificar a relação da presença de um cão de estimação e o relato de morbidades, incidência de quedas e qualidade de vida em idosos residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais. Os autores concluíram que a presença de cães no domicílio não representou um fator que interferisse na qualidade de vida, bem como não esteve associada ao adoecimento dessa população. Em relação ao risco de quedas, constataram que a presença de um cão não contribuiu para evitar, tampouco para causar quedas em idosos (MARTINS *et al.*, 2015). Considerando que existe a possibilidade de quedas em idosos que convivem com cães de estimação, especialmente o grupo de idosos que já possui alguma incapacidade, use órteses ou bengalas, sinta dores constantes e use muitos medicamentos, o fator em questão não pode ser desconsiderado, sendo um efeito negativo para a saúde dessa população.

Quase todas as idosas mencionaram que um dos pontos negativos de ter um cão de estimação é o gasto financeiro com alimentos, medicações e vacinas, necessários aos animais. Relataram, também, que cuidar de um cão é uma grande responsabilidade e que dá trabalho, principalmente com a limpeza das fezes e da urina do animal.

[...] O gasto financeiro é como se fosse um filho. Você tem que alimentá-los, levar para o médico quando fica doente, para tomar vacina, são filhos, filhos de quatro patas (risos). (IDOSA 16)

Um estudo de revisão buscou identificar e discutir os principais artigos referentes aos efeitos de animais de estimação para a saúde de idosos. Entre os diversos achados, destacou-se como negativo o custo financeiro para manter um animal de estimação em casa (CHERNIACK, P.; CHERNIACK, A., 2014).

Percebeu-se que o gasto financeiro com cães de estimação varia de pessoa para pessoa. Apesar dessa variação, a maior parte das entrevistadas considerou que o custo fixo com alimento e medicação é alto, caracterizando-se, por esse lado, como um aspecto negativo para o idoso. Considerando ainda que, na maioria dos casos, a população idosa possui uma renda restrita aos cuidados com a própria saúde, gastar dinheiro com o cuidado

de um animal poderia prejudicar seu orçamento. Por outro lado, a posse de cão de estimação traz muitos benefícios à saúde do idoso e pode ser classificada, igualmente, como mais um investimento em favor da sua vida.

Muitas idosas relataram os sentimentos de tristeza e saudade durante o processo de luto decorrente do falecimento de seus cães de estimação anteriores, como também o medo da perda dos cães atuais. A maioria se mostrou consciente da morte de seus animais e da importância de se preparar para esse momento. Algumas das idosas fizeram caretas e faces de desgosto ao falar no assunto.

[...] Meu outro cachorro que o carro matou, eu fiquei três dias chorando. Fiquei muito triste porque senti muita falta dele. É um lado muito ruim, muito ruim. É triste, é como uma criança, a gente pega amor. (IDOSA 12)

Scheibeck *et al.* (2011) afirmam em sua pesquisa que o sentimento de pesar que envolve os idosos após a morte dos animais é comparável ao sofrimento que se segue quando as pessoas perdem um amigo querido ou parente. Identificou-se, inclusive, comportamentos de luto e rituais como montar um túmulo e visitar cemitérios para animais de estimação, o que significa preservar ativamente a memória do cão e quaisquer experiências e emoções relacionadas

a ele. Os cemitérios de animais mostram a importância dos animais para seus donos e o valor igual dos animais e humanos quando se trata de luto e de lidar com a perda.

Constatou-se que o processo de luto vivido pelos idosos com a perda de seus companheiros caninos é capaz de trazer grande angústia, a depender do nível de ligação e afeição existente entre eles. A maioria dos idosos demonstra um vínculo forte com seus cães, necessitando, nestes casos, de maior apoio para a superação do evento. Dessa forma, o processo de luto e suas manifestações são aspectos negativos da convivência domiciliar com cães de estimação.

Ao chegar ao final da entrevista, as idosas responderam a seguinte pergunta: “O que (nome do cão de estimação) significa para a senhora?”. Observou-se, majoritariamente, a formação de vínculos afetivos de grande intensidade com seus cães de companhia.

Os relatos demonstraram um profundo carinho sentido pelas idosas em relação aos seus cães de estimação, o que pode ser evidenciado a partir das palavras e expressões por elas utilizadas para descrevê-los: “alegria”, “membro da família”, “companheiro”, “sentimento bom”, “amor”, “amigão”, “anjo de quatro patas”, “filho” e “segurança”. Destacou-se, entre as descrições, o sentimento de extrema fidelidade sentido em relação aos animais, conforme ressaltou a IDOSA 12: “companheiro fiel”.

Outra investigação apontou, também, grande afeição sentida pelos idosos em relação aos seus cães. Os animais de companhia foram descritos pelos idosos pelas suas

personalidades e comportamentos em “fofinhos”, “reconfortantes”, “agradáveis”, “encantadores”, “afetuosos”, “quase como humanos”. Um cachorro foi descrito como “muito sociável” e “absolutamente não um cão de guarda”, o participante afirmou, ainda, que o cão queria ser amigo de todos que vinham visitá-lo. Outro cão foi descrito como “filho da família” (JOHANSSON; AHLSTRÖM; JÖNSSON, 2014).

Por outro lado, algumas idosas ponderaram os seus depoimentos na presente pesquisa, demonstrando um maior afastamento afetivo com seus cães, ao descreverem seus animais apenas como “um cachorro” ou “um animal de estimação”. Diferenciando-se da maioria dos relatos, a IDOSA 10 demonstrou que, apesar de conviver e cuidar de seu cão de estimação, por sua vontade, não gostaria de estar com o animal em casa. É possível que ela considere que o espaço disponível ou o cuidado dispensado por ela ao cão não sejam adequados, motivo pelo qual afirmou que o daria a um parente.

CONCLUSÕES

O convívio com cães de companhia traz inúmeros benefícios à saúde de idosos, entretanto, existem, também, aspectos negativos dessa convivência. Tais aspectos podem ter menor ou maior potencial lesivo, a depender do grupo específico de idosos que possua um cão de estimação.

Constata-se, todavia, que os efeitos positivos da convivência domiciliar de idosos com cães de estimação superam os efeitos negativos para a saúde dessa população. Uma vez inseridos em um ciclo de vida saudável com seus cães, hábil a lhes proporcionar suporte emocional, estímulo a caminhadas, melhor socialização e sensação de segurança no dia-a-dia, os idosos não só promovem sua saúde física e mental, como previnem o aparecimento de agravos, minorando, inclusive, os possíveis riscos advindos da própria posse de um cão de estimação, como a probabilidade de quedas.

Assim sendo, o convívio domiciliar com cães de estimação é uma forma inovadora e bastante eficaz para o bem-estar dos idosos, no entanto, sua indicação deve ser avaliada para grupos específicos dessa população. Os idosos que não possuam algum tipo de comprometimento grave da imunidade, alta sensibilização a pelo de animais ou um risco aumentado para quedas irão se beneficiar de maneira majoritária da posse um cão de companhia. Sugere-se, dessa forma, a realização de mais pesquisas relativas ao convívio de idosos com cães de estimação, considerando que existem poucos registros de tais investigações e que os idosos são um grupo populacional de risco ao adoecimento, que pode, particularmente, nesta fase, ser privilegiado pelo convívio domiciliar com cães de companhia.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, José Eustáquio Diniz. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, ano IV, n. 40, p. 8-15, mar./abr./ maio 2014. Disponível em: http://anakarkow.pbworks.com/w/file/etch/98620316/2014_Alves_Transicao%20demografica%20transicao%20da.pdf. Acesso em: 5 maio 2018.
2. BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 6. ed. Lisboa: Almedina, 2011.
3. BERRY, Alessandra *et al.* Developing effective animal-assisted intervention programs involving visiting dogs for institutionalized geriatric patients: a pilot study. *Psycho-geriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, Tokyo, v. 12, n. 3, p. 143-150, 2012. DOI: 10.1111/j.1479-8301.2011.00393.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22994611>. Acesso em: 5 maio 2018.
4. CHERNIACK, Paul; CHERNIACK, Ariella. The benefit of pets and animal-assisted therapy to the health of older individuals. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, London, v. 2014, article ID 623203, 2014. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/cggr/2014/623203/>. Acesso em: 8 ago. 2018.
5. DEGELING, Chris; ROCK, Melanie. 'It was not just a walking experience': reflections on the role of care in dog-walking. *Health Promotion International*, United Kingdom, v. 28, n. 3, p. 397-406, 2012. DOI: 10.1093/heapro/das024. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/28/3/397/635706>. Acesso em: 8 ago. 2018.
6. DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. *The Sage handbook of qualitative research*. 3. ed. Thousand Oaks: Sage, 2005.
7. DOTTI, Jerson. *Terapia e Animais*. 2. ed. São Paulo: Livrus, 2014.
8. ELY, Luísa Scheer *et al.* Prevalência de enteroparasitos em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 637-646, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n4/a04v14n4.pdf>. Acesso em: 6 out. 2017.
9. FERREIRA, Aldo Pacheco. Benefícios terapêuticos por emprego de los animales de compañía en el cuidado de salud de las personas mayores. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Bogotá, v. 11, n. 22, p. 58-66, 2012. Disponível em: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/3289>. Acesso em: 6 out. 2017.
10. GANDOLFI-DECRISTOPHORIS, Paola *et al.* Evaluation of pet contact as a risk factor for carriage of multidrug-resistant staphylococci in nursing home residents. *American Journal of Infection Control*, St. Louis, v. 40, n. 2, p. 128-133, 2012. Disponível em: [https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(11\)00331-2/fulltext](https://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(11)00331-2/fulltext). Acesso em: 6 out. 2017.
11. GARCIA, David O. *et al.* Relationships between dog ownership and physical activity in postmenopausal women. *Preventive Medicine*, United States, v. 70, p. 33-38, Jan. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.10.030>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743514003995>. Acesso em: 8 ago. 2018.
12. GUEDES, Marcelo Barbosa Otoni Gonçalves *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01185.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2018.

13. JOHANSSON, Maria; AHLSTRÖM, Gerd; JÖNSSON, Ann-Cathrin. Living with companion animals after stroke: experiences of older people in community and primary care nursing. *British Journal of Community Nursing*, London, v. 19, n. 12, 2014. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2014.19.12.578>. Acesso em: 6 out. 2017.
14. MARTINS, Maria Aparecida Alves *et al.* A presença do cão e sua relação com o relato de morbidades, incidência de quedas e a qualidade de vida de um grupo de idosos em um município da região Sudeste do Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, Vitória, v. 17, n. 1, p. 113-121, jan./mar. 2015. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v17i1.12458>. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/12458>. Acesso em: 8 ago. 2018.
15. MENNA, Lucia Francesca *et al.* Evaluation of social relationships in elderly by animal-assisted activity. *International Psychogeriatrics*, England, v. 24, n. 6, p. 1019-1020, 2012. DOI: 10.1017/S1041610211002742. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22265354>. Acesso em: 5 maio 2018.
16. MESSIAS, Manuela Gomes; NEVES, Robson da Fonseca. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 275-282, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232009000200275&script=sci_abstract. Acesso em: 8 ago. 2018.
17. MORSE, Janice M.; FIELD, Peggy Anne. *Qualitative research methods for health professionals*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1995.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 5 maio 2018.
19. PEREIRA, Maria Júlia Fragoso; PEREIRA, Luzinete; FERREIRA, Maurício Lamano. Os benefícios da Terapia Assistida por Animais: uma revisão bibliográfica. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 4, n. 14, p. 62-66, 2007. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201407>. Acesso em: 6 out. 2017.
20. RABOLD, Denise *et al.* The zoonotic potential of *Clostridium difficile* from small companion animals and their owners. *Plos One*, San Francisco, v. 13, n. 2, e0193411, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193411>. Disponível em: https://www.openagrar.de/receive/openagrar_mods_00037112. Acesso em: 8 ago. 2018.
21. SAKATA, Marcus Vinícius Akira. O emprego do cão farejador no cumprimento de mandados de busca e apreensão pela polícia militar do estado de Mato Grosso. *Revista Científica de Pesquisa em Segurança Pública*, Cuiabá, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revistacientifica.pm.mt.gov.br/ojs/index.php/semanal/article/view/260>. Acesso em: 5 maio 2018.
22. SCHEIBECK, Roswitha *et al.* Elderly people in many respects benefit from interaction with dogs. *European Journal of Medical Research*, v. 16, n. 12, article number: 557, 2011. Disponível em: <https://eurjmedres.biomedcentral.com/articles/10.1186/2047-783X-16-12-557>. Acesso em: 8 ago. 2018.
23. STANLEY, Ian *et al.* Pet ownership may attenuate loneliness among older adult primary care patients who live alone. *Aging & Mental Health*, Cambridge, v. 18, n. 3, p. 394-399, 2014. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2013.837147>. Acesso em: 6 out. 2017.

24. STUMM, Karinne Eliel *et al.* Terapia Assistida por Animais como facilitadora no cuidado a mulheres idosas institucionalizadas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 2, n. 1, p. 205-212, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2616>. Acesso em: 5 maio 2018.
25. VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000300020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 5 maio 2018.
26. VIEIRA, Fernanda Toledo *et al.* Terapia assistida por animais e sua influência nos níveis de pressão arterial de idosos institucionalizados. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 93, n. 3, p. 122-127, 2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/111963>. Acesso em: 5 maio 2018.
27. WESTGARTH, Carri *et al.* I walk my dog because it makes me happy: a qualitative study to understand why dogs motivate walking and improved health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Switzerland, v. 14, n. 8, article number: 936, 2017. DOI: 10.3390/ijerph14080936. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/8/936>. Acesso em: 8 ago. 2018.

“

Envelhecer em cidades rurais:
transtornos mentais comuns em
pessoas idosas e na maturidade

- ┆ Ludwig Félix Machado **Leal**
UEPB
- ┆ Mísia Carolyne Pereira de **Morais**
UEPB
- ┆ Karolina Mirella Oliveira Pereira **Costa**
UFPE
- ┆ Josevânia da **Silva**
UEPB

RESUMO

Este estudo tem por objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais comuns em pessoas com 50 anos ou mais residentes em cidades rurais. Trata-se de um estudo exploratório, epidemiológico, descritivo e de caráter transversal de abordagem quantitativa. A amostra deste estudo é constituída por 400 pessoas com idades igual ou superior a 50 anos, residentes em municípios rurais da Paraíba. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados: a) Questionário sociodemográfico; b) *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Os dados foram analisados através de estatística descritiva e bivariada. A partir das análises, verificou-se uma prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) de 31% (n=122) entre os participantes. A média total do SRQ-20 foi significativamente maior para o grupo dos participantes com sintomas relacionados ao TMC (M=11,24; 2,61). As pessoas com TMC apresentaram maiores médias, com diferenças estatisticamente significativas, nos fatores queixas somáticas, pensamento depressivo/ansioso e a perda da energia vital, quando comparado com o grupo de pessoas sem o TMC. Se faz necessária a identificação precoce dos transtornos mentais comuns em pessoas na maturidade e velhice, uma vez que este conjunto de sintomas impactam no exercício das atividades diárias e são, por vezes, confundidos como sintomas “próprios” da velhice.

Palavras-chave: Envelhecimento, Ruralidades, Transtornos Mentais Comuns, Vulnerabilidade.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno presente em diversos países do mundo. Em parte, este envelhecimento está associado a melhorias nas condições de vida das populações, além dos avanços ocorridos na ciência, tecnologia, dentre outras áreas (SILVA, PICHELLI; FURTADO, 2017). Considera-se, ainda, que o envelhecimento populacional reflete a combinação de três aspectos, tais como: redução da natalidade, redução da mortalidade em coortes adultas sucessivas e aumento da expectativa de vida na velhice (NERI, 2007, p.27).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017) demonstrou a projeção para o número de pessoas com mais de 50 anos no Brasil. Até 2020, serão mais de 53 milhões de pessoas com 50 anos ou mais, quase o dobro se compararmos com senso do IBGE no ano 2000, quando o número de pessoas com mais de 50 anos era pouco mais de 26 milhões. A expectativa de vida dos brasileiros, em 2019, é de 76,50 anos, podendo aumentar para 76,74 até 2020, um crescimento de mais de 10% se comparado com os números do ano 2000, quando a expectativa de vida não passava dos 70 anos.

Outro aspecto que caracteriza o envelhecimento populacional é o seu caráter heterogêneo (COSTA; SOARES, 2016). Os modos de envelhecer variam conforme contextos sociais, culturais, econômicos, dentre outros. Para Neri (2007), ao definir o que é o envelhecimento, bem como o seu início e os eventos marcadores desse período, precisa-se levar em consideração os parâmetros sociais. O envelhecimento é, portanto, uma experiência heterogênea, ou seja, pode acontecer de modo único e diferente para os indivíduos, sendo assim, um fenômeno também subjetivo.

Em face ao envelhecimento da população, muitos estudos nacionais (ARAÚJO; RIBEIRO; PAUL, 2016; CÂNDICA; LOURENÇO, 2017; MOSER, 2019) e internacionais (WHITLEY; BENZEVAL; POPHAM, 2018; SOUTHWELL et al., 2018) têm discorrido sobre o envelhecimento bem-sucedido. Em geral, os estudos reconhecem que a promoção do envelhecimento bem-sucedido requer investimentos no campo das políticas públicas em saúde e assistência social, assim como melhorias nas condições de vida da população e, também, o acesso à renda e à escolaridade. No entanto, no Brasil, essas melhorias variam de acordo com o contexto geográfico e sociocultural, principalmente quando se compara contextos urbanos e rurais, sendo estes últimos os que apresentam maiores dificuldades.

O envelhecimento no contexto rural é um fenômeno crescente, e está relacionado, em parte, com o êxodo rural de jovens camponeses para a cidade em busca de emprego e estudos, permanecendo nestes espaços as pessoas mais idosas (ALCÂNTARA; LOPES, 2012). Ademais, os pequenos municípios apresentam, frequentemente, dificuldades na estruturação de redes de referência em saúde, o que dificulta o acesso a certas ações e intervenções em saúde, colaborando para vulnerabilidade das pessoas idosas (SILVA et al., 2017).

Dentre as demandas de saúde das populações residentes em cidades rurais, a literatura tem destacado a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (MACÊDO et al.,

2018; FURTADO et al., 2019), que são caracterizados por um conjunto de sintomas, como ansiedade, depressão, queixas somáticas, irritabilidade, decréscimo de energia vital, dentre outros (SILVA et al., 2018; FURTADO et al., 2019).

Este conjunto de sintomas são comumente chamados de “doença dos nervos” pelas pessoas do senso comum (ARÔCA, 2009). Embora não possua a gravidade de uma patologia psicótica, os transtornos mentais comuns impactam no exercício das atividades diárias, apresentando-se como um problema de saúde pública (FURTADO et al., 2019).

Elevada prevalência de transtornos mentais comuns em pessoas idosas (SILVA et al., 2017) e em mulheres (FURTADO et al., 2019) tem sido evidenciada pela literatura. Em pessoas idosas, os sintomas indicativos de Transtornos Mentais Comuns são por vezes confundidos como sintomas próprios da velhice, o que prejudica o manejo adequado. Assim, esta pesquisa teve por objetivo estimar a prevalência de transtornos mentais comuns em pessoas com 50 anos ou mais residentes em cidades rurais.

METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa

Participantes

Esta pesquisa contou com a participação de uma amostra representativa de 400 pessoas, com idades variando entre 50 a 92 anos ($M=61$; $DP=8,62$), sendo 70% do sexo feminino. O “n” amostral foi definido a partir do critério de seleção amostral adotado por Gil (2017), que determina um intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e a prevalência estimada em 50%. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 50 anos; residir em cidade rural (com até 10 mil habitantes) da Paraíba há, no mínimo, seis meses; participar de forma voluntária da pesquisa.

Instrumentos

- *Questionário sociodemográfico* com questões versando sobre renda, escolaridade, cidade de residência, idade, religião, estado civil e sexo.
- *Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20)*: esse instrumento possui 20 questões que compõem a escala e têm duas possibilidades de resposta (sim/não). Foi criado pela Organização Mundial de Saúde e validado no Brasil por Gonçalves, Stein, Kapczinski, (2008). Por meio dele é possível detectar a morbidade psiquiátrica na população geral (rastreamento de transtornos mentais não-psicóticos), ou seja, po-

de-se investigar sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos. Cada resposta afirmativa pontua com o valor 1 para compor o escore final através do somatório destes valores. A presença de 8 ou mais desses sintomas está associada a morbidade psiquiátrica significativa.

Procedimentos

Tendo sido aprovada pelo comitê de ética, a pesquisa foi iniciada com a coleta de dados. Os participantes convidados foram informados acerca do estudo, sobre o caráter voluntário da participação, seguido da assinatura do “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Após isso, foi solicitado a cada participante, de forma individual, que respondesse ao questionário. Durante todos os procedimentos de pesquisa, foram considerados os aspectos éticos, conforme dispõe a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Tratamento e análise dos dados

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e de posição (frequência, porcentagem, média, Desvio Padrão) e bivariada (Teste t de Student e Qui-quadrado). Para tanto, os dados foram processados através do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos participantes

Em relação ao perfil sociodemográfico, a idade dos participantes variou entre 50 e 90 anos ($M=61$; $DP=8,62$), sendo a maioria do sexo feminino, aposentada, casada e residindo em cidades rurais da macrorregião de Campina Grande. Observa-se ainda um baixo nível de escolaridade, cerca de cinco anos de escolaridade. Além disso, da maioria dos participantes possuem renda entre um e dois salários. Estes e outros dados podem ser observados na tabela abaixo:

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes (*n=400)

Variáveis		Frequência	Porcentagem
Sexo (400)	Masculino	120	30
	Feminino	280	70
Faixa etária (400)	50-59 anos	202	50,5
	60-69 anos	1	29,3
	70-79 anos	69	17,3
	80 anos ou mais	12	3,0

Variáveis	Frequência	Porcentagem	
Escolaridade (n=389)	Sem escolaridade	86	22,1
	Ensino fundamental I	163	41,9
	Ensino fundamental II	54	13,9
	Ensino Médio	53	13,6
	Superior	33	8,5
Situação Laboral (n=292)	Empregado	97	33,2
	Desempregado	41	14
	Aposentado	154	52,7
Renda mensal familiar (n=328)	Sem renda	1	0,3
	Menos que 1 salário	77	23,5
	1-2 salários	218	66,7
	3-4 salário	30	9,2
	Mais que 5 salários	1	0,3
Estado Civil (n=397)	Casado	262	66
	Solteiro	45	11,3
	Divorciado	31	7,8
	Viúvo	59	14,9
Macrorregião	João Pessoa	105	26,3
	Campina Grande	132	33
	Sousa	93	23,3
	Cajazeiras	70	17,5
Religião (n=396)	Católica	338	85,4
	Evangélica	54	13,6
	Espírita	1	0,3
	Outra	3	0,8

*n: o número da amostra foi de 400 participantes. Contudo, alguns participantes não responderam todas as questões, por isso a diferença no número do n amostral em algumas variáveis.

Estudos feitos em outras regiões do Brasil, em contextos urbanos, também apontam similaridades quanto ao perfil sociodemográfico dos participantes. Na pesquisa de Borim, Barros e Botega (2016), com idosos da cidade de Campinas – SP, verificou-se uma maioria composta por participantes do sexo feminino (57,2%), casada (57,6%), com baixo nível de escolaridade (34,4%) e aposentada (49,5%). Outros pesquisadores também já destacaram aspectos que apontam para a vulnerabilidade social deste grupo etário (PINTO et al., 2014).

Transtornos Mentais Comuns

Para identificar a ocorrência ou não de Transtornos Mentais Comuns em pessoas na maturidade e na velhice, foram feitas análises a partir do SRQ-20. Como dito anteriormente, o SRQ-20 trata-se um instrumento de rastreamento para sintomas relacionados à presença de transtorno mentais comuns. Para tanto, considerou-se o ponto de corte de respostas afirmativas aos seus itens para índices iguais ou superiores a 8 (Mary & Williams, 1985; Gonçalves, 2008).

A partir das análises, verificou-se uma prevalência de TMC de 31% (n=122), índice considerado elevado quando comparado com pesquisas realizadas no Brasil (ANSEMI et al., 2008; ARAÚJO et al, 2007;). Estudo realizado por Costa e Ludemir (2005) em contexto rural do Nordeste verificou índice de TMC de 36%, destacando também que essa prevalência em áreas rurais está próxima da apresentada em áreas urbanas. Na pesquisa de Borim et al.

(2016) a prevalência de TMC foi de 30%. Já nos estudos de Soares e Meucci (2018) realizado em contextos rurais do município de Rio Grande (RS), a prevalência geral de TMC foi de 36%. Em Catalão (GO) verificou-se prevalência de 31% (LUCCHESI *et al.* 2014).

Foi realizada a comparação das médias (Teste t) totais de respostas afirmativas para o SRQ-20 total e por fatores em razão de grupos critérios (com TMC e sem TMC), conforme exposto na tabela a seguir.

Tabela 2. Média global e por fatores no SRQ-20 apresentadas pelas participantes.

Fatores	Sem TMC (n=273)		Com TMC (n=122)		t(gI)*	P
	M	DP	M	DP		
Queixas somáticas	0,88	1,02	2,27	1,09	14,312(393)	0,002
Humor depressivo/ansioso	0,88	1,02	2,79	0,91	17,715(393)	0,333
Perda da energia vital	1,03	1,13	3,51	1,34	18,906 (393)	0,002
Pensamentos depressivos	0,23	0,50	1,45	1,14	14,725 (393)	0,000
SRQ-20 total	3,25	2,25	11,24	2,61	30,954 (393)	0,079

* Teste t de Student

Como esperado, a média total do SRQ-20 foi significativamente maior para o grupo dos participantes com sintomas relacionados ao TMC (M=11,24; 2,61), confirmando a confiabilidade deste instrumento para o rastreamento dos transtornos mentais comuns na população geral (MARY & WILLIAMS, 1985; GONÇALVES, 2008). Observa-se que as pessoas com transtornos Mentais Comuns apresentam médias superiores em todos os fatores do SRQ-20, com diferenças estatisticamente significativas para os fatores “Queixas Somáticas”, “Perda da Energia Vital” e “Pensamentos depressivos”. Assim, tendo em vista verificar quais itens por fator apresentaram maiores índices de frequência de resposta, a Tabela a seguir demonstra tais frequências.

Tabela 3. Frequência das respostas afirmativas dos participantes aos itens do SRQ-20 distribuídos por fatores.

Fatores	Itens	(f)	%
Queixas somáticas	<i>Sensações desagradáveis no estômago</i>	139	35,1
	<i>Dores de cabeça frequentes</i>	134	33,8
	<i>Dorme Mal</i>	150	37,8
	<i>Tremor nas mãos</i>	87	21,9
	<i>Má digestão</i>	108	27,2
	<i>Falta de apetite</i>	110	27,7
Humor Depressivo/ansioso	<i>Tensa/preocupada</i>	192	48,4
	<i>Tristeza</i>	165	41,6
	<i>Fica com medo com facilidade</i>	116	29,2
	<i>Choro frequente</i>	112	28,2
Perda da Energia Vital	<i>Dificuldade em tomar decisões</i>	129	32,5
	<i>Sensação de cansaço o tempo todo</i>	138	34,8
	<i>Cansa com facilidade</i>	129	32,6
	<i>Não consegue pensar com clareza</i>	130	32,7
	<i>Trabalho diário como sofrimento</i>	73	18,4
	<i>Insatisfação com a vida</i>	116	29,2
Pensamentos depressivos	<i>Perda do interesse pelas coisas</i>	90	22,7
	<i>Não se acha capaz de ter um papel útil na vida</i>	71	17,9
	<i>Sente-se inútil</i>	56	14,1
	<i>Ideação suicida</i>	26	6,5

f = frequência; % = porcentagem.

Observa-se que, dentre as “Queixas somáticas”, o *dormir mal* apresenta-se como aspecto mais assinalado pelos participantes. Em relação ao “Humor Depressivo/Ansioso”, destaca-se sentimentos de *tensão e preocupação*. O estudo de Silva *et al* (2018) destacam tais sintomas (dormir mal e tensão e preocupação) para os fatores citados, mostrando que estes podem ser mais prevalentes entre os idosos em geral.

No tocante a “Perda de energia vital”, para os participantes a *Sensação de cansaço o tempo todo* foi o que mais pesou na avaliação. Outros resultados corroboram para destacar esse aspecto como relevante na percepção de perda de energia vital dos idosos participantes (BORIM, BARROS e BOTEGA, 2016; SILVA *et al.* 2018).

Por último, no fator “Pensamentos Depressivos”, a *Perda de interesse pelas coisas* foi o aspecto mais frequentemente assinalado pelos participantes. A respeito desse fator, Borim *et al.* (2016) apresentam que a presença de sintomatologia depressiva está associada a uma série de comprometimentos da saúde do indivíduo, com piora na qualidade de vida e maior utilização dos recursos de saúde. Outros estudos realizados com idosos, tanto em contextos urbanos como rurais, também verificaram resultados similares (LUCCHESI *et al.* 2014; LIMA, 2014; SILVA *et al.* 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil das pessoas com 50 anos ou mais de idade, residentes em cidades rurais, aponta para um envelhecimento caracterizado pela vulnerabilidade social (baixa renda e escolaridade), além da feminização da velhice, o que também é característico do envelhecimento populacional da realidade brasileira. A prevalência de TMC foi de 31% (n=122), índice considerado elevado em comparação com outras pesquisas realizadas no Brasil, tanto em contextos rurais como urbanos.

Os participantes com TMC apresentaram maiores médias, com diferenças estatisticamente significativas, nos fatores queixas somáticas, pensamento depressivo/ansioso e a perda da energia vital, quando comparado com o grupo de pessoas sem o TMC. Assim, se faz necessária a identificação precoce dos transtornos mentais comuns em pessoas na maturidade e velhice, uma vez que este conjunto de sintomas impactam no exercício das atividades diárias e são, por vezes, confundidos como sintomas “próprios” da velhice.

■ REFERÊNCIAS

1. ALCÂNTARA, L R; LOPES, M J M. **Estrutura de Serviços e Acesso a Consumos em Saúde por Idosos em um Contexto Rural do Sul do Brasil**. REDES, Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 1, p. 94 – 114, jan/abr 2012.
2. ARAÚJO, L; RIBEIRO, O; PAUL, C. **Envelhecimento bem sucedido e longevidade avançada**. *Actas de Gerontologia*, 2: 1-11, 2016.
3. ARÔCA, S R S, *et al*. **Qualidade de vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do sofrimento dos nervos em mulheres**. PhD Thesis, 2009.
4. BORIM, F S A; BARROS, M B d A; BOTEGA, N J. **Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1415-1426, July 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3111-2013000700015X&lng=en&nrm-iso>. access on 16 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-3111X2013000700015>.
5. CANÊDO, A C; LOURENÇO, R A. **Determinantes do envelhecimento bem-sucedido**. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 16.1: 51-55, 2017.
6. CARMO, M E; GUIZARDI, F L. **O Conceito de Vulnerabilidade e Seus Sentidos Para as Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social**. Brasília: Cad. Saúde Pública, 2018.
7. CARVALHO, C M R G; ARAÚJO, L F (orgs). **Envelhecimento e Práticas Gerontológicas**. Curitiba, PR: CRV, 2017 – coedição: Teresina, PI: EDUFPI/2017. 444p. 2017.
8. DINIZ, L F M; FUENTES, D; CONSENZA, R M (orgs). **Neuropsicologia do Envelhecimento: Uma Abordagem Multidimensional**. São Paulo: Artmed Editora Ltda, 2013.

9. FURTADO, F.M.S.F; Saldanha, A. A. W; MOLEIRO, C. M. M. M; SILVA, J. **Transtornos Mentais Comuns em mulheres de cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas.** *Saúde e Pesquisa*, 12.1: 129-140, 2019.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2011) Censos Demográficos. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: jan. 2019.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2017). **Anuário Estatístico do Brasil.** Anu. Estat. Brasil, Rio de Janeiro, v.77, p 1-1 – 8-47, 2017.
12. LIMA, P J P. Prevalência **de Transtornos Mentais Comuns em Comunidades Rurais em Atibaia/SP – Brasil.** *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.7, n.15, p.101-121, 2015.
13. MOSER, Antônio. O envelhecimento da população brasileira e seus desafios. *RevistaEclesiástica Brasileira*, 2019, 70.277: 132-152.
14. NERI, A L (org). **Desenvolvimento e Envelhecimento.**3ª edição. Campinas: Papirus, 2007.
15. PINTO, L L T; ROCHA, S Va; VIANA, H P S; RODRIGUES, W K M; VASCONCELOS, L R C. **Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais.** *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 17(4):819-828, 2014.
16. SILVA, P A d S d; ROCHA, S V; SANTOS, L B; SANTOS, C A d; AMORIM, C R; VILELA, A B A. **Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Ibicuí-BA, 23(2):639-646, 2018.
17. SOARES, PSM, MEUCCI, R D. **Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS.** *CienSaudeColet* [periódico na internet] (2018/ Nov). [Citado em 16/05/2019]. Está disponível em:<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/epidemiologia-dos-transtornos-mentais-comuns-entre-mulheres-na-zona-rural-de-rio-grande-rs/17044?id=17044>
18. SOUTHWELL, PJ; CROCKETT J, B D. GulliferJ.Successful Ageing with COPD: Physical and Psychosocial Adaption to Functional Decline. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 15.5: 439-445, 2018.
19. WHITLEY, E.; BENZEVAL, M.; POPHAM, F. OP82# **Population priorities for successful ageing.** *JournalofEpidemiology&Community Health*, 72.Suppl_1, 2018.

“

Envelhecimento saudável nas unidades básicas de saúde da família (UBSFS) de Campina Grande/PB: relato de uma experiência extensionista

- | Lucia Maria **Patriota**
- | Vania Maria Oliveira **Farias**
- | Michele Peres de **Oliveira**
- | Cleomar Jamyson da Silva **Melo**
- | Anna Raquel Andrade **Gonzaga**
- | Sandra Amélia Sampaio **Silveira**
- | Bruna Valeska Barros **Silva**
- | Maria do Socorro Pontes de **Souza**

RESUMO

O presente artigo apresenta o relato da experiência desenvolvida através do Projeto de Extensão intitulado “Promoção da Saúde e Envelhecimento Saudável nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) de Campina Grande/PB” cujo objetivo é desenvolver atividades socioeducativas que contribuam para a afirmação dos direitos dos idosos, incentive a participação e socialização dos mesmos. O projeto está vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba/PROBEX/Cota 2019. Adotamos uma metodologia dinâmica, colaborativa e dialógica. Para tanto, vimos trabalhando com oficinas temáticas, dinâmicas de grupo, rodas de conversa, tendo como enfoque principal a sensibilização para a problemática do envelhecimento. O projeto está em andamento e, durante o período de março a maio de 2019, foram realizadas três oficinas abordando o processo de envelhecimento nas UBSFs do Rocha Cavalcante, Cinza e Verdejante. Os trabalhos têm possibilitado a compreensão do envelhecimento para além de sua dimensão demográfica e biológica, têm contribuído para desconstrução da concepção de velhice como período de perdas e doenças, além de fortalecer o estabelecimento e ampliação de vínculos entre os idosos e entre os idosos e a equipe de saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento, Saúde, Promoção da Saúde, UBSF.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento representa uma inegável conquista da humanidade e ao mesmo tempo um grande desafio, tendo em vista que viver mais não significa necessariamente viver melhor. O prolongamento da vida é, sem dúvida, uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida.

A mudança no perfil etário da população nos coloca diante de uma realidade que tem demandado respostas concretas da família, da sociedade em geral e do Estado, obrigado a atender a um público numeroso, com necessidades específicas e complexas. De acordo com Faleiros (2014) é preciso olhar a complexidade desse campo e suas múltiplas determinações nas relações com a demografia, com as perdas biológicas, de funcionalidade e sociais, no processo de trabalho, de trocas em diversos âmbitos (família, amigos, gerações, cultura) e de estilos de vida.

A ocorrência de problemas sociais cujas causas não são individuais e atingem um coletivo de pessoas idosas, a exemplo da violência contra o idoso e da vulnerabilidade social a que estão expostos parte dos usuários idosos das UBSFs, nos motivaram a elaborar o Projeto de Extensão intitulado “Promoção da Saúde e Envelhecimento Saudável nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) de Campina Grande/PB” cujo objetivo geral é desenvolver atividades socioeducativas que contribuam para a afirmação dos direitos dos idosos, incentive a participação e socialização dos mesmos e para o processo de envelhecimento saudável nos Grupos de Idosos das UBSFs de Campina Grande.

A relevância social do projeto, cuja execução é aqui apresentada, está na possibilidade de oportunizarmos momentos de construção e troca de saberes, de fortalecimento do protagonismo político de cada um idoso, ressaltando a lógica do direito à saúde, o direito a um envelhecimento saudável, primando pela integralidade do atendimento e, assim, contribuir para o fortalecimento, a expansão e qualificação do cuidado com a população idosa nas UBSFs.

Há ainda de se considerar a relevância acadêmica do projeto ao oportunizar aos estudantes de serviço social a inserção, de forma contextualizada, na realidade dos serviços de saúde e na questão do envelhecimento, especificamente. As UBSFs constituem-se em espaços privilegiados para a atenção integral à saúde do idoso.

Para operacionalização das ações propostas no projeto adotamos uma metodologia dinâmica, colaborativa e dialógica. Dessa forma, vimos trabalhando com oficinas temáticas, dinâmicas de grupo, rodas de conversa, tendo como enfoque principal a sensibilização para a problemática do envelhecimento. O projeto está em andamento e, durante o período de março a maio de 2019, foram realizadas três oficinas abordando o processo de envelhecimento nas UBSFs do Rocha Cavalcante, Cinza e Verdejante

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é hoje um fenômeno universal, característico tanto dos países desenvolvidos como, de modo crescente, dos países em desenvolvimento. O que no passado era privilégio de alguns poucos passou a ser uma experiência de um número crescente de pessoas em todo o mundo. Envelhecer no final deste século já não é proeza reservada a uma pequena parcela da população (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Do ponto de vista demográfico e individual, o envelhecimento é definido pelo número de anos vividos. Assim, são considerados idosos aqueles que alcançaram 60 anos de idade (BRASIL, 2013).

Biologicamente o envelhecimento é definido como um processo de mudanças genéticas que se evidenciam pela diminuição da plasticidade comportamental, aumento de vulnerabilidades, acúmulo de perdas evolutivas, enfim, pelo declínio físico/fisiológico. (NERI, 2001 apud TEIXEIRA, 2017).

Na visão da gerontologia social a velhice é entendida, não como fase terminal da vida, ou como um segmento isolado, mas como um processo e resultado da vida individual e social e de suas desigualdades nas relações e práticas estruturadas no processo de correlação de forças (FALEIROS, 2014).

Em princípio definido pelo aspecto biológico e como um fenômeno natural, marcado por perdas/reduções funcionais do organismo, o fato é que o envelhecimento compreende um fenômeno biopsicossocial (TEIXEIRA, 2017). Para a referida autora, paralelo a evolução cronológica e ao declínio biológico coexistem fenômenos de natureza bio psíquico, social e econômico que levam a distintas formas de envelhecimento. Isso implica dizer que não existe uma velhice, mas velhices.

Nesse sentido, conforme Faleiros (2014), processa-se uma desconstrução das categorias “velhice, envelhecimento, longevidade” como categorias homogêneas, considerando-se a desigualdade, a heterogeneidade e a diversidade social, cultural, biológica e psicológica que marcam este complexo fenômeno.

No Brasil, durante algum tempo, alimentou-se o conceito de país jovem, enquanto, a partir de 1960, com o declínio da taxa de fecundidade, as projeções começaram a apontar para o crescimento da população idosa. Em 2011 havia 23,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, passando de 9,0% em 2001 para 12,1% em 2011, aumento de 34,4%. É de se ressaltar que o grupo com 80 anos ou mais chegou, em 2011, a 1,7% da população, com aproximadamente 3.319.000 de pessoas. No total da população idosa, 55,7% são mulheres, 84,1% vivem nas cidades, sendo pessoa de referência em 63,7% dos domicílios. (IBGE, 2012).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2012, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) prevê para o grupo de idosos de 60 anos ou mais de idade, um aumento na participação relativa da população de 13,8% em 2020, para 33,7% em 2060, com a população idosa superando o grupo de crianças com até 14 anos de idade após 2030 (FALEIROS, 2017).

De acordo com dados da PNAD Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, divulgada pelo IBGE no corrente ano, a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, o que representa um crescimento de 18% desse grupo etário. As mulheres são maioria expressiva, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). (IBGE, 2018).

Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar de uma melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que estas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Esta conquista maior do século XX se transforma, no entanto, em um grande desafio. O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas não basta por si só (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

O prolongamento da vida só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida. Entretanto, cotidianamente, os idosos brasileiros convivem com medo de violências, falta de assistência médica e de hospitais e escassas atividades de lazer, além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões.

Entre os mecanismos legais de proteção ao idoso destacamos aqui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). A PNSPI, de 1999 e atualizada em 2006, ressalta como uma de suas diretrizes, a promoção do envelhecimento ativo e saudável, possibilitando a manutenção da capacidade funcional e autonomia do idoso. As ações propostas incluem a facilitação da participação, pelos idosos, em grupos de lazer e terceira idade, implantação de avaliações individuais e coletivas que possibilitem determinar o risco funcional dos idosos, entre outras.

De acordo com o IBGE o conceito de pessoa de referência diz respeito ao responsável pela família ou que assim fosse considerada pelos demais membros da família. Há ainda que se destacar o Decreto no 8.114/2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e que tem como finalidades propor a criação de ambientes propícios para a sua efetivação, incentivo ao apoio da família e a convivência comunitária e intergeracional, seguindo os eixos da emancipação e protagonismo, promoção e defesa dos direitos, informação e formação.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta a Atenção Básica (AB) como a porta de entrada para a atenção à saúde do idoso. A AB é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer (BRASIL, 2006).

Desde 1994, o Ministério da Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma estratégia prioritária para a organização da AB e estruturação do sistema de saúde. Esta trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. No cotidiano das equipes de saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs), as ações coletivas e/ou os trabalhos em grupo são alguns dos recursos indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social, configurando-se em importantes espaços educativos para a promoção de saúde do idoso.

OS GRUPOS DE IDOSOS E SUA IMPORTÂNCIA NO CONTEXTO DAS UBSFS

Inicialmente destacamos a importância das atividades em grupo enquanto espaços socioeducativos fundamentais para a promoção da saúde e desenvolvimento humano, além de se afirmar a atividade educativa enquanto primordial na apropriação de novas formas da pessoa idosa relacionar-se consigo mesma, com os outros e com o mundo.

Um grupo - seja ele de idosos ou não - é sempre constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a autoestima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2006).

No geral, os grupos de idosos nas UBSF têm por objetivos promover a saúde, fortalecer o vínculo com a equipe, estabelecer trocas de experiências e integração entre as pessoas da comunidade, proporcionar mudança de rotina, o lazer e a socialização.

O fato é que o envelhecimento rápido da população brasileira traz profundas conseqüências na estruturação das redes de atenção à saúde. A própria portaria que instituiu a

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera que o conceito de saúde para o idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica, além de que é função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo (BRASIL, 2006).

Os grupos representam tanto um espaço de educação em saúde, entendida a partir de uma visão de educação como processo participativo de afirmação de sujeitos e construção de cidadania, como uma fonte de estímulo à organização local, pois facilitam o exercício da cidadania, através de projetos comunitários. Constituem-se em alternativa para que as pessoas retomem papéis sociais e/ou outras atividades de ocupação do tempo livre (físicas, de lazer, culturais ou de cuidado com o corpo e a mente) e o relacionamento interpessoal e social. Esses espaços agregam pessoas com dificuldades semelhantes e possibilitam o convívio, fato de grande importância, visto que a solidão é uma queixa frequente entre idosos.

Vários autores, como Debert (1996) e Lobato (2004) tem afirmado que os grupos de idosos operam mudanças em seus participantes quanto ao resgate da auto-estima, superação de doenças, recuperação da memória, além de propiciar novos conhecimentos e desenvolvimento da sociabilidade. Fazer parte de uma sociedade implica estar em contato com pessoas e grupos sociais diversos, de várias gerações, com valores e ideias diferentes, mas sempre buscando estabelecer uma rede de relações que possibilitem participar da vida social.

Lobato (2004) considera que as atividades em grupo de idosos são importantes por proporcionarem aprendizado e capacitação para que os idosos cuidem de sua própria saúde, estimulando o desejo de associação e ao mesmo aprendam a respeitar e a ouvir o outro e a si mesmo, encontrando alternativas para os problemas discutidos com seus pares.

No caso específico do serviço social, Goldman (2005) assevera que o assistente social deve atuar, sempre que possível, com os demais profissionais, numa ação interdisciplinar que congregue esforços no seu fazer cotidiano e na aliança de parceiros para a consolidação dos direitos dos idosos, principalmente os da seguridade social que envolve saúde, previdência e assistência social.

São importantes também ações profissionais na esfera da educação, não só para os idosos, mas para todas as gerações, para que aprendam a conhecer e a respeitar os idosos, para que estabeleçam laços sociais de intercâmbio intergeracionais e para que se preparem para a velhice.

Tal assertiva só vem reiterar a importância do trabalho aqui apresentado no processo de formação de estudantes de serviço social, possibilitando a rica experiência destes com a prática extensionista e com a questão do envelhecimento, demanda presente nos mais diferentes espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais.

RELATO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NAS UBSFS

Conforme já mencionado anteriormente, a experiência aqui apresentada está vinculada ao projeto de extensão intitulado “Promoção da Saúde e Envelhecimento Saudável nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) de Campina Grande/PB” que tem por objetivo geral desenvolver atividades socioeducativas que contribuam para a afirmação dos direitos dos idosos, incentive a participação e socialização dos mesmos e como objetivos específicos oportunizar aos idosos um espaço permanente de troca de experiências e saberes; abordar junto aos Grupos questões relacionadas ao processo de envelhecimento enfocando aspectos biopsicossociais; propiciar aos idosos a socialização de informações sobre seus direitos; contribuir para o fortalecimento dos Grupos como um espaço permanente de socialização dos idosos das UBSFs; e promover ações socioculturais junto aos Grupos.

O projeto está vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba/PROBEX/Cota 2019 e conta com a participação de três professoras do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, quatro alunos do curso de Serviço Social e uma assistente social vinculada à Secretaria Municipal de Saúde.

Adotamos para execução desse projeto uma metodologia participativa, dinâmica e dialógica. Compreendemos que uma metodologia participativa permite um contato mais próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, possibilita um rico aprendizado, respeitando a autonomia e valorizando a criatividade dos sujeitos. Nesse sentido recorremos ao referencial da educação em saúde que segundo Vasconcelos (2004) compreende um instrumento de construção da ação de saúde mais integral e mais adequada à vida da população.

Para tanto buscamos trabalhar com oficinas temáticas, mostra de vídeos, dinâmicas de grupo, debates, reflexões e palestras nas referidas UBSFs, tendo como enfoque principal a sensibilização para a problemática do envelhecimento, além de outras questões relacionadas ao idoso, como a questão da violência contra o idoso, os direitos dos idosos, a rede de proteção social ao idoso.

As atividades do projeto estão sendo executadas nas UBSFs do Rocha Cavalcante, do Cinza e do Verdejante, bairros da periferia de Campina Grande, e tem como público prioritário idosos usuários dos serviços oferecidos pelas Unidades Básicas de Saúde e os Grupos de Idosos das referidas unidades.

No período de abril a maio do corrente ano desenvolvemos três oficinas nas quais abordamos a temática: “Identificando e refletindo sobre mitos e tabus existentes em torno do envelhecimento”. Tal atividade teve por objetivos evidenciar a velhice como uma conquista da humanidade e contribuir com reflexões que possam desmistificar a velhice como um período de perdas e doenças.

Definida a programação, datas e locais, partimos para a divulgação das atividades. Esta foi feita nas unidades de saúde durante os atendimentos cotidianos, salas de espera e nos territórios correspondentes com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde que divulgaram a programação durante suas visitas domiciliares. Também foram confeccionados convites impressos e afixado cartaz nas unidades.

As atividades foram iniciadas com a apresentação de cada idoso presente. Em seguida foi apresentado ao grupo o projeto de extensão, bem como a periodicidade das atividades e a equipe que o compõe. Dando sequência, procedemos com a reprodução da música do grande compositor Adoniran Barbosa, *Envelhecer é uma arte*. A reflexão em torno da letra da referida música nos permitiu evidenciar que mesmo sendo o envelhecer um processo marcado por mudanças de natureza física, emocional e social, ele também nos traz ganhos. Esse fato foi, inclusive, bastante destacado nas falas dos idosos presentes. Alguns foram incisivos ao afirmar que vivem seu melhor momento, que o envelhecimento lhes trouxe muito amadurecimento e o acúmulo de experiências de vida.

Nesse processo de troca de experiências e conhecimento, alguns idosos referem o fato de que sentem no seu cotidiano que a sociedade, de forma geral, não se encontra preparada para viver e conviver com o idoso.

De fato, parece se reproduzir na sociedade dois extremos no que diz respeito a velhice. Uma leitura que tende a desvalorizar a figura do velho, a exemplo das mais clássicas fábulas infantis, nas quais as bruxas e as madrastas, sempre são representadas por velhinhas feias e malvadas ou a leitura que romantiza e/ou infantiliza a velhice, negando ou limitando ao idoso a sua autonomia.

Essa romantização da velhice, na sociedade capitalista, passa inclusive pela recusa/negação da palavra velho. O velho é tido como algo imprestável, que está em desuso ou que estaria próximo de se acabar, e isso acarreta para a velhice certa negatividade, resultando em má aceitação da utilização do termo e o que a ele se associa, chegando a ser até mesmo um insulto, ou seja, nega-se a sua própria condição humana, uma vez que envelhecer diz respeito a todos nós. Isso evidenciou-se nas falas de vários participantes que fizeram questão de ressaltar que “eu não sou velho, velho é a estrada”.

Entendemos que a adoção de termos os mais variados para se referir ao idoso precisa ser objeto de reflexão. Como nos afirma Neri:

Eu costumo dizer que estas expressões [melhor idade, idade de ouro etc.] são eufemismos. O velho precisa assumir sua condição e não se envergonhar da sua velhice. E as pessoas, de um modo geral, precisam respeitar esse fato. Velho é velho, idoso, e ponto final. Chamar de “senhor/senhora da terceira idade” não vai mudar essa condição. O velho precisa ser respeitado. A sociedade precisa desenvolver estruturas que garantam um envelhecimento sadio. (NERI, 2002 apud BENEDITO, 2017, p. 224)

No segundo momento das oficinas realizadas abrimos espaço para que cada participante compartilhasse a sua vivência/experiência em envelhecer, destacando pontos negativos e positivos da velhice.

Identificamos que para alguns, esse processo é marcado pelo surgimento de doenças, desrespeito, abandono, solidão, discriminação e limitação de direitos. Por outro lado, alguns idosos, destacaram que a velhice representa um período da vida em que adquiriram mais maturidade, experiência e com isso assumiram o protagonismo de suas vidas. Aliás, cabe aqui destacar que nos discursos dos idosos participantes das oficinas, de forma muito enfática, existe uma necessidade permanente da incorporação da autonomia e do seu próprio protagonismo. Isso aponta para a necessária reflexão de nossos processos de trabalho junto a esse segmento. É preciso ter cuidado para não se tutelar o idoso. Como nos assevera Lobato (2004), trabalhar numa perspectiva de garantir a autonomia do idoso significa fortalecê-lo e instrumentalizá-lo em suas lutas por participação, cidadania e justiça social.

Após a conclusão das falas dos idosos presentes, que foram todas colocadas em um mural, partimos para a reflexão de tudo que foi posto pelo grupo. Nesse momento foi mais uma vez enfatizado que envelhecer não significa somente perdas, mas, sobretudo, mudanças e estas impactam de forma particular cada pessoa. Ressaltamos junto aos mesmos que não podemos homogeneizar o envelhecimento e a velhice.

Em relação aos aspectos apontados como negativos, verificamos que muitos deles são questões totalmente possíveis de serem modificados, melhorados, a exemplo do desrespeito, da discriminação, da violência, a limitação de direitos. Procuramos levantar questionamentos a respeito de como tais questões poderiam ser enfrentadas e os idosos participaram avidamente das reflexões apontando para a necessidade de mais investimentos na educação, na saúde, nas condições de vida da população.

Por fim, procedemos a síntese das reflexões elaboradas e a um momento de socialização/confraternização entre os presentes, sendo esse momento marcado por conversas paralelas entre os participantes que já se mostravam ansiosos pelos próximos encontros, indagando-nos sobre quando este seria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliamos de forma muito positiva as atividades até aqui desenvolvidas. Alcançamos nossos objetivos tanto no que desrespeito a participação dos idosos, como em relação às várias reflexões que foram levantadas no e pelo grupo.

O presente projeto de extensão tem se configurado em uma importante estratégia no sentido de aproximar a academia dos serviços, chamando a atenção para a importância de se discutir o processo de envelhecimento e ainda dando suporte teórico e metodológico na abordagem da temática para a instituição, como afirma Lobato (2014, p. 151):

A nosso ver as atividades de assessoria, desenvolvidas pelo assistente social ou por docentes das unidades de ensino de serviço social, por meio de ações extensionistas, podem contribuir para a capacitação nas questões do envelhecimento, que envolvam a garantia de direitos dos idosos, buscando qualificar a ação de profissionais dos programas de saúde do idoso.

Nesse sentido, as atividades desenvolvidas e aqui relatadas dão uma enorme contribuição para as discussões em torno da questão do envelhecimento, fomentando a construção de uma contracultura em relação à velhice e visando o bem-estar destes idosos, numa perspectiva de emancipação e reconhecimento de seus direitos.

No que se refere às contribuições para o processo de formação dos discentes envolvidos no projeto, não temos dúvida de que esta é uma experiência ímpar, uma vivência transformadora em relação ao processo de envelhecimento e as formas de abordagens do fenômeno no exercício profissional. A prática extensionista permite ao aluno dar concretude ao compromisso social da universidade e ao seu futuro profissional com a sociedade, possibilitando ao estudante a vivência de experiências significativas que lhe deem condições de refletir acerca das grandes questões do mundo atual, entre elas o envelhecimento populacional.

■ REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. _____. Legislação sobre o idoso. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2013.
3. BENEDITO, J. de C. Melhor idade para que? As novas terminologias para designação da velhice. In: TEIXEIRA, S. M. (Org). Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.
4. DEBERT, G. G. As representações do papel do idoso na sociedade. In: Anais do 1o Seminário Internacional sobre Envelhecimento. Brasília, 1996.
5. FALEIROS, V. de P. Envelhecimento no Brasil do Século XXI: transições e desafios. In: Revista Argumentum, v. 6, n.1, p. 6-21, jan./jun. 2014.
6. FALEIROS, V. de P. Prefácio. In: TEIXEIRA, S. M. (Org). Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.
7. GOLDMAN, S. N. Envelhecimento e ação profissional do Assistente social. In: Caderno especial no 08.. Rio de Janeiro, Brasil, 2005.
8. IBGE. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
9. _____. Agência de notícias do IBGE. PNAD Contínua - Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Editoria: Estatísticas Sociais, 26/04/2018.

10. KALACHE, A.; VERAS R.; RAMOS R. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. In: Revista de Saúde Pública, v. 21, 1987.
11. LIMA-COSTA, A.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. In: Cadernos de Saúde Pública, v.19, n. 3, 2003.
12. LOBATO, A. T. G. L. Considerações sobre o trabalho do assistente social com idosos. In: BRAVO, M. I. S. et al. Saúde e Serviço Social. São Paulo: Cortez, 2004.
13. LOBATO, A. T. G., Envelhecimento e políticas sociais: possibilidades de trabalho do assistente social na área de saúde do idoso. In: DUARTE, M. J. DE OLIVEIRA; ALMEIDA, C. C. L.; MONNERAT, G. L.;
14. SOUZA, R. G., (Org.) Política de Saúde hoje: interfaces & desafios no trabalho de assistentes sociais. Campinas-SP: Papel Social, 2014.
15. TEIXEIRA, S. M. (Org). Envelhecimento na sociabilidade do capital. Campinas: Papel Social, 2017.
16. VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. In: PHYSIS. Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 14, 2004.

“

Estratégias interdisciplinares de atenção ao paciente com diabetes para redução dos valores de hemoglobina glicada

▮ Raylan Golinski **Costa**
UEPG

▮ Erildo Vicente **Muller**
UEPG

▮ Melina Lopes **Lima**
UEPG

▮ Pollyanna Kássia de Oliveira **Borges**
UEPG

▮ Kamila Agda Becher **Lins**
UEPG

▮ Cristina Berger **Fadel**
UEPG

RESUMO

O presente trabalho objetivou analisar, na literatura, estratégias interdisciplinares de atenção ao portador de diabetes mellitus, e verificar seu impacto sobre a hemoglobina glicada antes e depois de uma intervenção. Trata-se de revisão integrativa da literatura com os Palavras-chave “team”, “diabetes”, e “hemoglobin”, nas bases de dados SciELO (Web of Science), SCOPUS, MEDLINE/PubMed, LILACS, e IBECs. Após leitura criteriosa, 19 trabalhos foram selecionados. Os métodos interdisciplinares mais empregados foram: discussão de casos; plano de cuidados, educação em saúde; e cuidado colaborativo. Os principais resultados após a intervenção da equipe interdisciplinar foram: queda da hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol, frequência cardíaca, além da melhora na qualidade de vida, função escolar, adesão ao tratamento, comunicação, confiança, e motivação. Conclui-se que a abordagem interdisciplinar é uma estratégia eficaz na redução da hemoglobina glicada.

Palavras-chave: Equipe Interprofissional, Diabetes Mellitus, Hemoglobina Glicada.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) caracteriza-se por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos decorrente de carência na ação ou secreção da insulina, promovendo o aumento das concentrações séricas de glicose, a hiperglicemia (SBD, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015) e a Associação Americana de Diabetes (ADA) (2018), é possível classificar o diabetes mellitus em diabetes mellitus tipo 1 (DM 1), diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), diabetes gestacional e outros tipos específicos de DM. No DM 1 há uma destruição das células β pancreáticas, responsáveis pela produção de insulina, promovendo a deficiência de insulina e conseqüentemente a hiperglicemia. Em contrapartida, a DM 2 está relacionado com defeito na ação ou secreção da insulina, promovendo a sua redução ou escassez.

O diabetes mellitus representa um grave problema de saúde pública, visto que está relacionado a elevados custos financeiros, decorrentes de altas taxas de hospitalizações, grande demanda na utilização de serviços de saúde, gastos com insulina, antidiabéticos orais e outros medicamentos essenciais para indivíduos com diabetes (SBD, 2017).

Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes estimou que 8,8% da população mundial de 20 a 79 anos de idade é portadora de diabetes e que em 2040, se as proporções atuais persistirem, calcula-se que haverá 642 milhões de indivíduos com DM no mundo (IDF, 2015). No Brasil estima-se que há mais de 16 milhões de adultos entre 20 e 79 anos com diabetes (IDF, 2019), sendo crescente a prevalência com o aumento da idade (ISER et al., 2015). Essa elevada frequência é responsável por altas taxas de mortalidade anualmente (WHO, 2015).

Dentre os agravos causados pelo diabetes, os distúrbios cardiovasculares representam a principal causa de morte de indivíduos portadores da doença, sendo responsável por aproximadamente 50% dos óbitos decorrentes da doença em muitos países (SBD, 2017). Ainda, danos extensos e irreversíveis aos olhos, rins, nervos, pequenos e grandes vasos e alterações da coagulação sanguínea também podem estar relacionados a elevadas taxas de glicose sanguínea de maneira constante (SBD, 2017).

Em especial entre idosos o controle glicêmico tem relevada importância, pois indivíduos mais velhos tendem a maior risco de hiperglicemia crônica, com projeção de agravamento do declínio cognitivo e aumento de eventos cardiovasculares (VAN DUINKERKEN & RYAN, 2020), sendo fundamental a adequação nutricional e a prática de exercícios para a prevenção e o tratamento do quadro.

Para o monitoramento do diabetes mellitus utiliza-se principalmente o teste de Hemoglobina Glicada (HbA1c), sendo que este método consiste na quantificação da média glicêmica do indivíduo em um período de aproximadamente três meses (PINHEIRO,

2010). É fortemente evidenciado que níveis elevados de HbA1c, em longo prazo, estão diretamente relacionados com o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, retinopatia e distúrbios renais (BIRTWISTLE et al., 2017), sendo fundamental que se realize o exame de Hemoglobina Glicada em indivíduos diagnosticados com diabetes, de forma frequente, para o monitoramento dos níveis glicêmicos e prevenção de consequências relacionadas à doença (SCHWANDT et al., 2017).

Devido à elevada e crescente prevalência de indivíduos com diabetes, torna-se importante a ampliação do entendimento da doença e de suas complicações, bem como a aplicação dos conhecimentos sobre parâmetros bioquímicos para o monitoramento, visando à melhora da qualidade de vida destes indivíduos, redução de custos e diminuição de taxas de mortalidade decorrentes da doença. Como superação para o desafio do tratamento desta doença crônica, cujos cuidados devem envolver o sistema de saúde, familiares e pacientes, destaca-se o trabalho desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, o qual se expõe de maneira bastante complexa. Uma postura integrada entre diferentes profissionais, onde haja o compartilhamento de habilidades e conhecimentos especializados na busca por um tratamento singular para cada paciente, considerando as suas especificidades e o seu momento de vida tende a melhorar o entendimento do paciente, a sua adesão ao tratamento e a redução de suas complicações (SBD, 2017; ADA, 2018; NANCARROW, 2013).

Assim, investir na construção de vínculo entre profissionais e pacientes portadores de diabetes mellitus, com vistas a ampliar a sua participação ativa no processo saúde e doença e criar uma postura de corresponsabilidade com o seu tratamento configura-se objeto atual e relevante.

No entanto, poucos são os estudos que apontam caminhos práticos e flexíveis sobre qual o trabalho interdisciplinar ao paciente com DM possa ser percorrido de forma significativa em prol de sua qualidade de vida (NANCARROW, 2013).

Nesse contexto vislumbra-se espaço para um debate sobre os resultados encontrados por estudos que se propuseram a abordar a questão da interdisciplinaridade em casos de atenção aos pacientes com diabetes para a redução dos valores de HbA1c, e deles extrair conclusões que permitirão novas abordagens sobre a temática.

Diante do exposto o objetivo do estudo é analisar na literatura atual, estratégias interdisciplinares de atenção ao portador de diabetes mellitus, e verificar seu impacto sobre a hemoglobina glicada antes e depois da intervenção.

MÉTODO

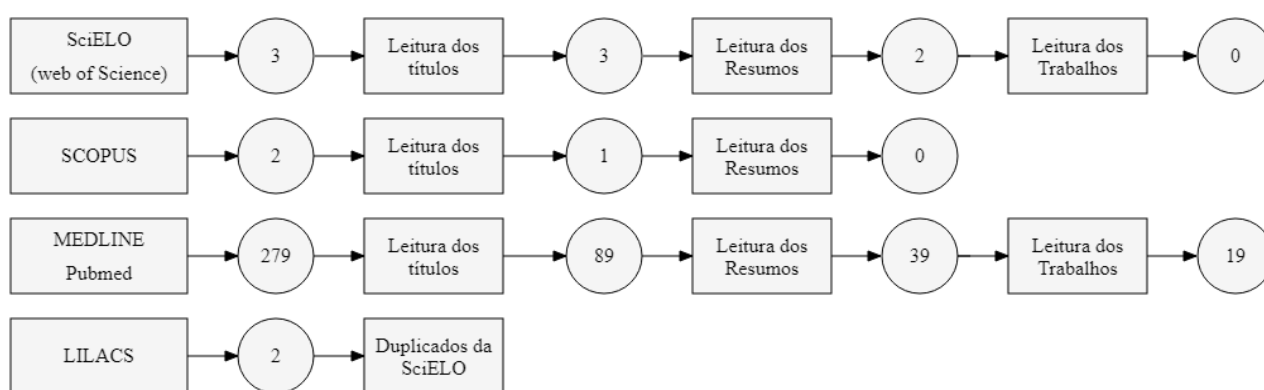
Trata-se de estudo de revisão integrativa da literatura com dados coletados do interstício de 2014 a 2018, delineada a partir de seis etapas: 1) seleção de hipóteses ou

questões norteadoras para a revisão; 2) seleção dos estudos que irão compor a amostra; 3) definição das características dos estudos; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) interpretação e discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão dos estudos incluídos (SOUZA et al., 2010).

A busca de informações foi realizada nas seguintes bases de dados: SciELO (Web of Science), SCOPUS, MEDLINE/PubMed, LILACS, e IBECS. Os descritores utilizados foram: team AND diabetes AND hemoglobin. Foram incluídos os trabalhos que realizaram alguma intervenção interdisciplinar em pacientes com diabetes, com controle da HbA1c antes e após a intervenção. Foram excluídos os trabalhos que não especificaram os membros da equipe envolvidos, os trabalhos uniprofissionais, os trabalhos que não caracterizaram ação interdisciplinar, os que não dosaram a HbA1c antes ou após a intervenção, as revisões e as duplicatas. Foram pesquisados artigos em português, inglês e espanhol.

A Figura 1 mostra a representação do mecanismo utilizado para a coleta de dados.

Figura 1 – Descrição dos indicadores empregados no estudo e suas fontes de informações.



Fonte: o autor.

Conforme descrito na Figura 1, na base de dados SciELO (Web of Science) foram encontrados três trabalhos. Após leitura dos resumos, um foi imediatamente desclassificado, resultando em dois trabalhos, os quais, após leitura na íntegra, foram igualmente excluídos devido a não caracterização de atenção interdisciplinar.

Na base SCOPUS dois trabalhos foram encontrados, sendo que após leitura dos títulos, o primeiro foi desclassificado e, após a leitura do resumo, o segundo foi desclassificado, não restando trabalhos selecionados.

Já na base de dados MEDLINE/PubMed, 279 trabalhos foram encontrados. Após leitura dos títulos, 89 trabalhos foram selecionados e após leitura dos resumos, 39 trabalhos foram selecionados. Após a leitura dos trabalhos na íntegra, 20 foram desconsiderados devido a não caracterização da interdisciplinaridade, restando 19 (Figura 1). Na base LILACS, dois

trabalhos apareceram, ambos duplicados da SciELO (Web of Science). Por fim, da busca na base IBECS, resultou um trabalho, que foi excluído após a leitura do título (Figura 1).

RESULTADOS

Os principais achados deste estudo estão sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição dos estudos, segundo autor, ano, sujeitos envolvidos e outras características (n=19).

Autor (Ano)	Objetivo	Tipos de estudo	Atores envolvidos na ação interdisciplinar	Métodos interdisciplinares empregados	Principais achados	Evidência
Houlden et al. (2018)	Otimizar todos os aspectos do cuidado de saúde do paciente diabético no pré-operatório	Retrospectivo, observacional, analítico	Endocrinologista, nutricionista e enfermeiro	Desenvolvimento e revisão de um plano de cuidados	↓ da HbA1c e do peso	2C
Alfayez et al. (2017)	Avaliar o impacto do farmacêutico na equipe interdisciplinar no controle de glicemia de diabéticos	Retrospectivo, Observacional analítico	Endocrinologistas, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos	Trabalho próximo do farmacêutico com o médico	↓ significativa na HbA1c e ↓ na PA	2C
Nagelkerk et al. (2018)	Implantar uma prática colaborativa interprofissional através de educação para melhorar a saúde de diabéticos e melhorar a prática clínica	Transversal, quase experimental, analítico	Estudantes e profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, agentes de saúde	Discussão de casos. Cuidado colaborativo. Reuniões, visitas, telefonemas, educação. Grupo focal.	↓ significativa na HbA1c, triglicéridio, lipídio e glicemia.	2C
Twigg et al. (2017)	Replicar um protocolo farmacêutico para segurança do paciente diabético de alto risco	Prospectivo, observacional, analítico (coorte)	Farmacêuticos, terapeutas respiratórios, especialistas em equipamentos médicos e um profissional de referência para realizar as prescrições de saúde	Educação em auto-gestão do diabetes	↓ de 90% dos pacientes com A1C > 9,0%	2B
Chwastiak et al. * (2017)	Implementar a assistência colaborativa para DM 2 e transtornos comportamentais complexos de saúde em uma comunidade urbana afiliada a rede de cuidados primários	Retrospectivo, observacional analítico (coorte)	Provedor de cuidados primários, gerente de cuidados, enfermeiro, nutricionista), psiquiatra, e médico	Discussão de casos, cuidado colaborativo, plano de cuidados, educação, intervenção motivacional, coordenação de cuidados	↓ significativa da HbA1c	2B
Parker et al. (2016)	Avaliar os resultados do atendimento em equipe para pacientes com DM. Educar os alunos no atendimento interdisciplinar.	Transversal, quase experimental, analítico	Farmacêutico, enfermeiro, optometria, administrador de saúde e fisioterapia	Educação inter e prática colaborativa. Planejamento em equipe	↓ significativa da HbA1c	2C
Ali et al. * (2016)	Comparar o efeito da multi-estratégia versus o tratamento usual em pacientes com DM mal controlada	Experimental, analítico (ensaio clínico)	Coordenador de atendimento, nutricionista, enfermeiro, médico	Discussão de casos entre médico e coordenador de caso não médico	Maior ↓ de HbA1c, PAS, PAD e LDL, no grupo intervenção	1B

Autor (Ano)	Objetivo	Tipos de estudo	Atores envolvidos na ação interdisciplinar	Métodos interdisciplinares empregados	Principais achados	Evidência
Eisenstat et al. * (2017)	Investigar se uma abordagem abrangente de treinamento com foco no uso eficaz da insulina poderia melhorar o controle da glicemia	Transversal, quase experimental	Médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e administradores	Cuidado colaborativo, discussão de casos em equipe	↑ prescrição de insulina, ↓ significativa na HbA1c	2C
Basudev et al. * (2016)	Avaliar a eficácia de uma clínica virtual de DM, em pacientes de difícil controle	Experimental, analítico (ensaio clínico)	Enfermeiros, médico e especialista em diabetes	Planejamento de um plano de tratamento individualizado	Melhora no controle glicêmico	1B
Price-Haywood et al. * (2017)	Avaliar a PA e a glicemia em pacientes com cuidado farmacêutico e usual	Retrospectivo, observacional	Médico e farmacêutico	Planejamento compartilhado, cuidado colaborativo	Não houve diferença significativa na HbA1c e PA	2C
Floyd et al. (2017)	Determinar se a intervenção multidisciplinar melhora o controle glicêmico e resultados psicossociais em adolescentes diabéticos	Observacional transversal	Endocrinologista pediátrico, enfermeiro, nutricionista, assistente social	Sessões de grupo e individuais com a equipe multi e a família. Tratamento colaborativo. Consultas compartilhadas	HbA1c estável. Melhora significativa QV, função escolar, aderência e comunicação	2C
Emerson et al. * (2016)	Testar a telemedicina e os treinadores de saúde em uma intervenção de sensibilização da saúde em diabéticos de alto risco	Experimental, analítico (ensaio clínico)	Técnico de saúde, médico, assistente social, farmacêutico e terapeuta	Planejamento individualizado e discussão de casos realizado pela equipe multi, visita virtual	Controle da glicemia	1B
Berry et al. (2016)	Avaliar uma abordagem interdisciplinar e testar a eficácia de visitas de grupo de diabetes adaptadas a pacientes de baixa renda em uma prática médica baseada na comunidade	Retrospectivo, observacional analítico (coorte)	Enfermeiro, médico, diretor do centro de saúde, aluno de pós doutorado, educador em saúde, e um membro do clero	Planejamento dos grupos de educação compartilhado pela equipe multi, Sessões de grupo.	↓ significativa na HbA1c, nos triglicerídeos, na FC e LDL	2B
Martin et al. (2015)	Avaliar o impacto de uma clínica de DM interdisciplinar, facilitada por farmacêutico	Longitudinal, quase experimental, analítico	Médico, enfermeiro, farmacêutico e nutricionista	Revisão do caso em equipe	↓ significativa da HbA1c	4
Bluml et al. (2014)	Melhorar os indicadores de diabetes, com um modelo comunitário de atendimento em áreas de alto risco	Longitudinal, quase experimental, analítico	Farmacêutico, médico, enfermeiro, provedor, administrador, gestor, membro da comunidade	Visitas conjuntas com pacientes por uma combinação de profissionais	↓ significativa da HbA1c, LDL, triglicerídeos e colesterol total	2C
Xin et al. * (2014)	Avaliar o impacto da intervenção farmacêutica entre pacientes com DM2	Transversal, observacional, analítico, multicêntrico	Farmacêutico, médico	Discussão de casos	↓ significativa da HbA1c, LDL, triglicerídeos e PA	2C
Christie et al. * (2014)	Avaliar um programa educacional com abordagem psicológica para melhorar o controle glicêmico	Experimental, analítico (ensaio clínico)	Enfermeiro, nutricionista, médico	Sessões de educação em grupo	Melhora no relacionamento familiar, conhecimento, confiança, e motivação	1B

Autor (Ano)	Objetivo	Tipos de estudo	Atores envolvidos na ação interdisciplinar	Métodos interdisciplinares empregados	Principais achados	Evidência
Liou et al.* (2014)	Investigar a eficácia do cuidado compartilhado combinado com <i>telecare</i> em diabéticos de uma comunidade rural	Observacional, analítico (caso controle)	Enfermeiro, nutricionista, especialista em diabetes, médico	Cuidado compartilhado por videoconferência, discussão de metas	↓ significativa na HbA1c no grupo intervenção	2B
Hull et al.* (2014)	Avaliar os resultados de pacientes com DM2 usando redes de práticas gerais	Longitudinal, quase experimental, analítico	Médico, enfermeiro	Pacote de cuidados, reuniões de equipe, para gestão de casos e educação	↓ da HbA1c, PA e colesterol	4

HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes mellitus; FC: frequência cardíaca; HAS: hipertensão arterial sistêmica; HDL: lipoproteína de alta densidade; LDL: lipoproteína de baixa densidade; QV: qualidade de vida; PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica. ACS: agente comunitária de saúde.

* Estudo não menciona a terminologia interdisciplinar, apesar de assumir nitidamente essa característica.

Fonte: o autor.

Dos 19 trabalhos revistos, 12 eram dos Estados Unidos, 3 da Inglaterra, 2 da China, 1 do Canadá, e 1 da Índia e Paquistão. A maioria tinha como população-alvo o adulto com DM2 (9). Em sete trabalhos não foi especificado o tipo de DM. Apenas dois trabalhos foram realizados com crianças e jovens com DM 1, e somente 1 estudo com idosos. A maioria dos estudos investigou diabéticos de difícil controle (12).

Em relação aos tipos de estudos, a maioria (n=8) era de observação de resultados terapêuticos (descritivos ou analíticos), 4 ensaios clínicos randomizados, 3 estudos de coorte, 4 estudos quase experimentais, do tipo pré e pós-teste de intervenção.

As categorias profissionais de nível superior que participaram das equipes multiprofissionais, com ações interdisciplinares, foram: nutricionista; enfermeiro; farmacêutico; assistente social; educador físico; fisioterapia; terapeuta comportamental; médico endocrinologista, nefrologista, psiquiatra e especialista em diabetes.

Quanto à formação dos atores envolvidos nos estudos, encontrou-se: membros da comunidade treinados, técnicos e agentes de saúde, estudantes de graduação e pós-graduação em saúde, profissionais da saúde graduados, especialistas, pós doutores, professores e religiosos.

Os métodos interdisciplinares empregados foram: discussão de casos (9), plano de cuidados (7), educação (7), cuidado colaborativo (6), visitas (3), revisão de casos (2), reuniões (2), consultas compartilhadas (2), grupo focal (1), intervenção motivacional (1), coordenação de cuidados (1), integração da família e paciente na tomada de decisões (1), e trabalho próximo (1). Todos os métodos mencionados foram realizados em conjunto por pelo menos dois membros da equipe.

As tecnologias empregadas para subsidiar o trabalho interdisciplinar foram: telefone, videoconferência, painéis eletrônicos, mensagens, e-mails e nuvens na internet.

Os principais achados após a intervenção da equipe interdisciplinar foram: queda na hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol, frequência cardíaca; e melhora na qualidade de vida, função escolar, adesão ao tratamento, comunicação, confiança, e motivação.

Em relação ao nível de evidência, de acordo com Oxford Centre for Evidence-based Medicine (2009), a maioria dos trabalhos tem nível de evidência 2C (9), seguidos de 1B (4), 2B (4) e nível 4 (2).

Na seleção dos estudos, chamou atenção o fato de dez trabalhos não mencionarem caráter interdisciplinar, apesar de trabalharem nessa perspectiva. Em contrapartida, outros artigos se denominaram interdisciplinares, apesar de sua forma de trabalho evidenciar uma abordagem exclusivamente multidisciplinar.

Outro ponto observado foi o aumento de trabalhos interdisciplinares nos últimos dois anos (8).

DISCUSSÃO

A Hemoglobina Glicada (HbA1C) possui um papel de extrema importância para avaliar o controle glicêmico de pacientes com diabetes, sendo um dos principais testes para o diagnóstico do diabetes ($HbA1c \geq 6,5\%$), podendo ser empregada no monitoramento dos pacientes acometidos pela doença (SBD, 2017; ADA, 2018).

A HbA1c é ainda considerada o melhor parâmetro bioquímico para prever complicações crônicas em pacientes com diabetes, estando suficientemente comprovada a relação entre valores elevados de HbA1c e o aumento dos riscos de complicações microvasculares (SBD, 2017; ADA, 2018).

Neste mesmo sentido, um controle glicêmico rigoroso e adequado é associado a uma diminuição significativa no desenvolvimento e progressão de complicações microvasculares (retinopatia, neuropatia e nefropatia diabética (BIRTWISTLE et al., 2017; ADA, 2018)). Há, também, evidências de que o controle glicêmico intensivo, utilizando principalmente as metas de HbA1c, após longo prazo de acompanhamento, também possa reduzir a incidência de eventos cardiovasculares como infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico em pacientes com DM (ADA, 2018). Cada ponto percentual de queda na HbA1C pode reduzir ainda 40% do risco de complicações microvasculares (doenças dos olhos, rins e nervos) (CDC, 2011).

Nesta circunstância, um dos trabalhos selecionados destacou que o controle glicêmico tem importante papel na prevenção de complicações decorrentes do diabetes, trazendo a relação de que a redução de 1% no nível de HbA1c pode levar a uma incidência 37% menor de complicações microvasculares e queda de 21% de risco de óbito devido ao diabetes (PARKER et al., 2016). Sob essa perspectiva, recomenda-se a realização do teste

de HbA1c em todos os pacientes com DM como componente das estratégias de cuidado e monitoramento (ADA, 2018).

Existe um consenso na literatura quanto à importância da implementação de estratégias interdisciplinares como formas eficazes para acompanhamento dos pacientes com DM (SBD, 2017; ADA, 2018), apesar de a presente revisão ter trazido um número reduzido de trabalhos com essas características.

Dentre os trabalhos revistos, a maioria obteve resultados de associação positiva entre a interdisciplinaridade e a redução da HbA1c, sugerindo que a estratégia interdisciplinar foi eficaz em reduzir os valores de HbA1c nos pacientes atendidos, quando comparados aos valores nos grupos em que não houve esta intervenção (HOULDEN et al., 2017; ALFAYEZ et al., 2017; NAGELKERK et al., 2018; TWIGG et al., 2017; CHWASTIAK et al., 2017; PARKER et al., 2016; ALI et al., 2016; EISENSTAT et al., 2017; EMERSON et al., 2016; BERRY et al., 2016; BERRY et al., 2016; BLUML et al., 2014; XIN et al., 2014; LIOU et al., 2014; HULL et al., 2014).

Apenas em quatro trabalhos, dos dezenove revisados, não houve redução estatisticamente significativa da HbA1c nos grupos que utilizaram estratégias interdisciplinares comparados aos grupos de cuidado usual (FLOYD et al., 2017; CHRISTIE et al., 2014; PRICE-HAYWOOD et al., 2017; BASUDEV et al., 2015).

Em um desses trabalhos em que não houve diferença significativa, há a descrição de que apesar de não ter havido diferença nos níveis de HbA1c dos pacientes acompanhados na clínica virtual em relação ao grupo de cuidados usuais, houve um impacto na prestação dos cuidados gerais, em que os casos revisados destacaram aspectos sistêmicos, levando à otimização terapêutica e estabelecimento de metas com os pacientes (BASUDEV et al., 2015). Neste trabalho específico, destaca-se ainda que pode ter havido uma influência positiva da clínica virtual sobre o cuidado usual prestado pelos profissionais de saúde, levando a melhorias gerais nos resultados de HbA1c tanto dos pacientes incluídos no grupo de cuidado usual quanto da clínica virtual (BASUDEV et al., 2015).

Em outro estudo em que não houve redução dos valores de HbA1c, foi verificada a manutenção da estabilidade após a intervenção de consultas compartilhadas, trazendo uma resposta positiva neste aspecto, uma vez que os pacientes selecionados (adolescentes com DM1) apresentavam valores instáveis, com tendência de piora nos nove meses anteriores à intervenção (FLOYD et al., 2011).

No terceiro trabalho que não apresentou diferença na HbA1c entre os grupos, após intervenção interprofissional, houve um componente importante de um maior entendimento da doença, mudanças de hábitos alimentares, manejo dos valores glicêmicos e exercício físico, além de uma melhora no relacionamento familiar em um público de crianças e adolescentes com DM1 de difícil controle (CHRISTIE et al., 2014).

O último trabalho que não verificou diferença no alcance da meta de HbA1c estabelecida (< 8,0%), durante 22 meses de acompanhamento entre o grupo que recebeu o cuidado convencional e o grupo que foi acompanhado de modo interprofissional com a inserção do cuidado farmacêutico, destacou como resultado positivo, que os pacientes acompanhados pelo farmacêutico clínico tiveram uma maior frequência de contato com os profissionais da atenção primária convencional do que os pacientes que não receberam atendimento sob o modelo de assistência colaborativa (PRICE-HAYWOOD et al., 2017).

Nesse contexto, acredita-se que o impacto relativo do modelo de assistência farmacêutica colaborativa possa ter sido atenuado pela abordagem geral do centro de saúde, uma vez que os membros da equipe de atendimento compartilhavam dos mesmos registros de informação para atendimento clínico e das mesmas ferramentas de apoio, sendo o acesso aos medicamentos e serviços laboratoriais de baixo custo fundamentais para a tomada de decisão clínica (PRICE-HAYWOOD et al., 2017).

Desta forma, a ausência de diferenças significativas relacionada aos valores de HbA1c não indica necessariamente que não houve benefícios clínicos da intervenção interdisciplinar para os pacientes de maneira global (PRICE-HAYWOOD et al., 2017), havendo efeitos positivos em outros parâmetros avaliados, como melhora significativa na qualidade de vida, função escolar, função psicossocial, adesão ao tratamento e comunicação, além de benefícios nos relacionamentos familiares, conhecimento, confiança e motivação para manejar a doença (FLOYD et al., 2011; CHRISTIE et al., 2014).

A melhoria da HbA1c de pacientes submetidos a intervenção interdisciplinar foi atribuída à: atuação da equipe de enfermagem no acompanhamento dos pacientes (PARKER et al., 2016); participação de farmacêuticos em equipes de tratamento de diabetes (BLUML et al., 2014), tanto na atenção primária quanto em pacientes hospitalizados (XIN et al., 2014; ALFAYEZ et al., 2017; MARTIN et al., 2015; TWIGG et al., 2017); atividades interprofissionais de educação em saúde, repercutindo em alterações benéficas de hábitos de vida, com destaque para o aumento da autonomia destes pacientes no controle e auto-cuidado do diabetes, possibilitando a redução dos riscos para complicações futuras (BERRY et al., 2016); e cuidado compartilhado, por meio de videoconferências, em áreas rurais (LIOU et al., 2014).

Um dos trabalhos demonstrou que o cuidado interprofissional levou 75% dos pacientes atendidos a alcançarem a meta de HbA1c $\leq 7.5\%$ e 95% $\leq 8.5\%$, durante cinco meses de acompanhamento antes da realização de cirurgia bariátrica (HOULDEN et al., 2018). Este resultado tem grande valor, uma vez que os pacientes com valores mais elevados de HbA1c no pré-operatório apresentam um maior risco de desenvolver complicações pós-operatórias, principalmente infecções (HOULDEN et al., 2018).

Há, também, o ponto de destaque de que os cuidados interprofissionais podem ser importantes para a manutenção dos níveis de HbA1c dentro das metas após o procedimento

cirúrgico, visando atenuar os riscos de complicações decorrentes do DM em longo prazo (HOULDEN et al., 2018).

Um dos trabalhos revelou melhora significativa nas reinternações (6,8% x17,9%) no grupo com intervenção interdisciplinar, além da melhora na HbA1c (XIN et al., 2014). Quando há falha no cuidado ao paciente crônico na rede de atenção à saúde, pode ocorrer agudização da doença, com necessidade de internação hospitalar. Quando não há acompanhamento constante, mudança no estilo de vida e adesão ao tratamento, nova internação hospitalar pode ser necessária (TESTON, 2016), comprometendo tanto a qualidade de vida dos doentes crônicos, quanto onerando o sistema de saúde. Dentro deste cenário, a estratégia de cuidado interdisciplinar se apresenta como uma estratégia essencial de prevenção de reinternações.

Ainda em relação aos estudos com benefícios de redução significativa da HbA1c após a intervenção interdisciplinar, Nagelkerk e colaboradores (2018) e Twigg e colaboradores (2017) ressaltaram a importância de ferramentas que busquem uma melhor comunicação entre os membros da equipe interdisciplinar e entre estes e os pacientes, fortalecendo a construção de vínculos, os quais favorecem o envolvimento dos participantes. Além disso, foi citada a necessidade de incentivo a estratégias de promoção à saúde, sendo fundamentais outras formas de intervenções não medicamentosas que visem beneficiar os pacientes com diabetes (NAGELKERK et al., 2018). Destacou-se ainda, nos resultados encontrados nesta revisão, a necessidade de otimização de recursos e esforços coletivos para que as práticas interprofissionais sejam implantadas (HULL et al., 2014).

Espera-se que os resultados positivos alcançados com a prática interprofissional possam fornecer subsídios que fundamentem as decisões para a alocação de recursos financeiros e organizacionais nas estratégias coletivas e interprofissionais, podendo trazer melhorias clínicas significativas no cuidado ao paciente com diabetes (HULL et al., 2014).

A principal limitação citada nos trabalhos analisados foi o tamanho reduzido da amostra. Estudo de Emerson e colaboradores (2016) apresentou apenas quatro pacientes em cada grupo de seguimento durante o período de acompanhamento do estudo (EMERSON et al., 2016). Em contrapartida, os três trabalhos com os maiores tamanhos amostrais variaram de 1.146 a 11.427 pacientes acompanhados e submetidos a testes de HbA1c (EISENSTAT et al., 2017; BLUML et al., 2014; ALI et al., 2016). No trabalho de Eisenstat e colaboradores (2017), foram acompanhados 9.540 pacientes no ano de 2011, 10.403 em 2012, 10.695 em 2013 e 11.427 em 2014 (EISENSTAT et al., 2017). Blum e colaboradores (2014) contaram com uma amostra inicial de 1.836 pacientes, dos quais 1667 tiveram resultados de HbA1c e foram acompanhados durante um ano (BLUML et al., 2014). Ali e colaboradores (2016) dispuseram de uma amostra de 1.146 pacientes divididos em 2 grupos, sendo 575 pacientes no grupo intervenção (interprofissional) e 571 no grupo de cuidado usual (ALI et al., 2016).

Além do tamanho da amostra, foram também considerados fatores limitantes à implantação das estratégias interdisciplinares os aspectos financeiros para planejamento e estrutura para manutenção das equipes (BASUDEV et al., 2015). Ainda foram citadas limitações referentes, à falta de controle da ocorrência de hipoglicemias, à ampla variabilidade das características populacionais (etnia, renda, idade), à ausência da determinação dos medicamentos utilizados e de mudanças nos hábitos de vida antes e durante a intervenção, e à ausência de inclusão de um grupo controle em alguns trabalhos para fins de comparação (HOULDEN et al., 2018; PARKER et al., 2016).

Podem ser mencionadas como limitações da presente revisão integrativa a determinação do período para inclusão dos trabalhos, a seleção das bases de dados pesquisadas, uma vez que trabalhos relevantes podem ter sido publicados em outras bases que não as selecionadas, e por fim, a utilização como parâmetro fundamental de análise a dosagem de HbA1c, a qual, em que pese sua fundamental importância no monitoramento dos pacientes com diabetes, não é o único método para controle glicêmico e acompanhamento para prevenção de complicações da doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias interdisciplinares na forma de trabalho em equipe, com a inclusão de diferentes profissionais da área da saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos, entre outros) têm sido recomendadas pela literatura. Um melhor manejo e uma maior eficácia para o alcance de metas de controle glicêmico em pacientes com diabetes torna-se relevante, buscando fornecer o cuidado integral a estes indivíduos, resultando em uma melhor qualidade de vida e menor incidência de complicações relacionadas à doença, em especial na fase do envelhecimento humano.

Com a análise dos trabalhos selecionados nesta revisão foi possível verificar que as estratégias envolvendo equipes interprofissionais, nas quais os pacientes com diabetes recebiam acompanhamento em diferentes aspectos, foram bastante eficazes em levar a uma redução significativa nos valores de HbA1c, inclusive com superioridade significativa em relação ao cuidado convencional.

No entanto, novos estudos são necessários para buscar estabelecer quais métodos de atuação interdisciplinar podem ser mais ou menos eficazes no controle glicêmico e no alcance de metas terapêuticas em pacientes com diabetes, tendo como objetivo estabelecer, em longo prazo, o impacto de intervenções interdisciplinares nos desfechos clínicos dos pacientes acompanhados, como mortalidade e incidências de complicações.

Ainda, revela-se a importância de estudos que possam, ao mesmo tempo, sistematizar e flexibilizar condutas em saúde envolvendo profissionais, pacientes e familiares, de modo individual e também para o planejamento de ações coletivas no âmbito dessa prevalente doença crônica.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes -2018. *Diabetes Care. The Journal of Clinical and Applied Research and Education*, v. 41 (Suppl.1), 2018.
2. ALFAYEZ, Osamah M; YAMI, Majed S Al; FAZEL, Maryam T. The impact of pharmacists providing direct patient care as members of interprofessional teams on diabetes management. *Saudi Pharmaceutical Journal*, v. 25, n.7, p. 1019–1021, nov. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681303/>>. Acesso em: 17 nov. 2018. doi:[10.1016/j.jsps.2017.03.005]
3. ALI, Mohammed K. et al. Effectiveness of a Multicomponent Quality Improvement Strategy to Improve Achievement of Diabetes Care Goals: A Randomized, Controlled Trial. *American College of Physicians*, v. 165, n.6, p. 399–408, sep. 2016.doi:10.7326/M15-2807
4. BASUDEV, N. et al. A prospective randomized controlled study of a virtual clinic integrating primary and specialist care for patients with Type 2 diabetes mellitus. *Diabetic Medicine*, v. 33, p. 768–776, sep. 2015. doi:10.1111/dme.12985
5. BERRY, Diane C. et al. Imbedding Interdisciplinary Diabetes Group Visits Into a Community-Based Medical Setting. *The Diabetes Educator*, v. 42, n. 1, p. 96–107, feb. 2016. doi:10.1177/0145721715620022
6. BIRTWISTLE; Richard. et al. Hospital admission rates and emergency department use in relation to glycated hemoglobin in people with diabetes mellitus: a linkage study using electronic medical record and administrative data in Ontario. *CMAJ Open*, v.5,n.3, p.E557-E564. 2017. doi: 10.9778/cmajo.20170017
7. BLUML, Benjamin M. et al. Improving outcomes for diverse populations disproportionately affected by diabetes : Final results of Project IMPACT : Diabetes. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, v. 54, n. 5, p. 477–485, Sept.Oct. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1331/JAPhA.2014.13240>>. Acesso em: 17 nov. 2018.
8. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States**. Atlanta: WHO, 2011. Disponível em: <www.cdc.gov/diabetes/pubs/pdf/ndfs_2011.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.
9. CHRISTIE, Deborah. et al. Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation - the CASCADE study. *Health Technology Assessment*, v. 18, n. 20, p. 1–236,mar. 2014.doi: 10.3310/hta18200
10. CHWASTIAK, Lydia A. et al. A Collaborative Care Team to Integrate Behavioral Health Care and Treatment of Poorly-Controlled Type 2 Diabetes in an Urban Safety Net Primary Care Clinic. *General Hospital Psychiatry*, v.44, p.10-15, jan.feb. 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0163834316302146?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 nov. 2018. doi:10.1016/j.genhosppsych.2016.10.005
11. EELCO, Van Duinkerken, RYAN, Christopher M. Diabetes mellitus in the young and the old: Effects on cognitive functioning across the life span.*Neurobiology of Disease*,v. 134, n.104608, feb 2020.doi: 10.1016/j.nbd.2019.104608.

12. EISENSTAT, Stephanie A. et al. Development and Implementation of a Collaborative Team Care Model for Effective Insulin Use in an Academic Medical Center Primary Care Network. **American Journal of Medical Quality**, v. 32, n. 4, p. 397–405, 2017. doi: <https://doi.org/10.1177/1062860616651715>
13. EMERSON, John F. et al. A Multidisciplinary Intervention Utilizing Virtual Communication Tools to Reduce Health Disparities: A Pilot Randomized Controlled Trial. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 13, n. 31, p. 1–14, jan. 2016. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph13010031>
14. FLOYD, Baraka D. et al. Stabilization of glycemic control and improved quality of life using a shared medical appointment model in adolescents with type 1 diabetes in suboptimal control. **Pediatric Diabetes**, v. 18,n.3, p. 204–212, may. 2017. doi: <https://doi.org/10.1111/pedi.12373>.
15. HOULDEN, Robyn L.; YEN, Joy L.; MOORE, Sarah. Effectiveness of an Interprofessional Glycemic Optimization Clinic on Preoperative Glycated Hemoglobin Levels for Adult Patients with Type 2 Diabetes Undergoing Bariatric Surgery. **Canadian Journal of Diabetes**,v. 42, n. 5, p.514-519, oct. 2018. Disponível em: <[https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671\(17\)30391-X/fulltext](https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671(17)30391-X/fulltext)>. Acesso em: 17 nov. 2018. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.12.011>
16. HULL, Sally. et al. Improving outcomes for patients with type 2 diabetes using general practice networks: a quality improvement project in east London. **BMJ Quality & Safety**, v. 23,n. 2, p. 171–176, feb. 2014.doi:10.1136/bmjqs-2013-002008
17. IDF. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 9 ed. 2019. Disponível em: diabetesatlas.org/en/resources. Acesso em:25 ago.2020.
18. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Epidemiologia do Diabetes mellitus; 2015**. Disponível em: <www.idf.org>. Acesso em: 01 jul. 2018.
19. ISER, Betine Pinto Moehlecke et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v.24, n.2,p.305-14, 2015. doi:10.5123/S1679-49742015000200013
20. LIOU, Jhao-Kun. et al. Brief Communications: Shared Care Combined with Telecare Improves Glycemic Control of Diabetic Patients in a Rural Underserved Community. **Telemedicine and e-Health**, v. 20, n. 2, p. 175–178, feb. 2014. doi:10.1089/tmj.2013.0037
21. MARTIN, Sarah Levin. et al. A Pharmacy Student – Facilitated Interprofessional Diabetes Clinic With the Penobscot Nation. **Centers for Disease Control and Prevention**, v. 12, n. E190, p. 1–6, nov. 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.150295>
22. NAGELKERK, Jean. et al. Improving outcomes in adults with diabetes through an interprofessional collaborative practice program. **Journal of Interprofessional Care**, v. 32, n. 1, p. 4–13, jan 2018. doi: 10.1080/13561820.2017.1372395
23. NANCARROW, Susan A. et al. Ten principles of good interdisciplinary team work. **Human Resources for Health**, v. 11, n. 19, p.1-19, may. 2013. doi: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
24. CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. **Oxford Centre for Evidence-based Medicine-Levels of Evidence**. 2009. Disponível em: <<https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

25. PARKER, Ramona Ann.; HOOK, Linda D.; JONES, Mary Elaine. Glycemic control : Can nurse practitioners on interprofessional collaborative practice teams enhance clinical outcomes ? **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v.28, n.12, p. 652–658, dec.2016. doi:10.1002/2327-6924.12391
26. PINHEIRO, P. **Diabetes Mellitus: Diagnóstico e Hemoglobina Glicosilada**. 2010. Disponível em: ><https://www.mdsaude.com/2010/06/glicemia-hemoglobina-glicosilada.htm>> Acesso em: 10 jul. 2018.
27. PRICE-HAYWOOD, Ebone G. et al. Clinical Pharmacist Team-Based Care in a Safety Net Medical Home: Facilitators and Barriers to Chronic Care Management. **Population Health Management**, v. 20, n. 2, p. 123–131, apr. 2017. doi: <https://doi.org/10.1089/pop.2015.0177>
28. SCHWANDT A., et al. Both the frequency of HbA_{1c} testing and the frequency of self-monitoring of blood glucose predict metabolic control: A multicentre analysis of 15 199 adult type 1 diabetes patients from Germany and Austria. **Diabetes Metab Res Ver**, v.33, n.7,p. e2908, may 2017. doi:10.1002/dmrr.2908
29. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017.
30. TESTON, E. F.et al. Reinternação hospitalar precoce na perspectiva de doentes crônicos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 3, p. 330–337, maio/jun. 2016. doi: 10.15253/2175-6783.2016000300005
31. TWIGG, Geoffrey. et al. Pharmacist-Managed Diabetes Center Interventions Ensure Quality and Safety in Elderly Patients. **The Consultant Pharmacist**, v. 32, n. 5, p. 299–310, may 2017. doi:10.4140/TCP.n.2017.299
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diabetes: Fact sheet**. n.312. 2015. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> Acesso em:17 ago. 2018.
33. XIN, Chuanwei. et al. The impact of pharmaceutical care on improving outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus from China : a pre- and postintervention study. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 36, n. 5, p. 963–968, oct. 2014.doi:10.1007/s11096-014-9978-x

“

Experiencia y regulación de la tristeza en la red de apoyo social. Un estudio comparativo en cuatro grupos de edad

┆ María Florencia **Giuliani**
UNMDP- CONICET

┆ María **Pavón**
UNMdP

┆ Josefina **Pantusa**
UNMdP

┆ Ivan **Fuentes**
UNMdP

┆ Sofía **Pusterla**
UNMDP- UBA

RESUMEN

Se exploró la experiencia y regulación de la tristeza en los vínculos de la red de apoyo social de personas entre 20 y 90 años mediante un diseño no experimental. Se obtuvo una muestra intencional de 400 sujetos, emparejados según género, con una cuota de 100 casos por grupo de edad (20 a 30, 40 a 50, 60 a 70 y 80 a 90 años) de la ciudad de Mar del Plata, Argentina. Los resultados indican patrones diferenciales respecto del motivo por el cual se genera y la manera en que se regula la tristeza en vínculos intra e intergeneracionales. Los intercambios entre diferentes generaciones fueron más costosos para la dinámica emocional de las personas, mientras que lo contrario ocurre con sucedidos entre pares.

INTRODUCCIÓN

El fenómeno del envejecimiento poblacional impacta generando nuevos escenarios psicosociales, con modificaciones en el seno de las familias y en las relaciones inter e intrageneracionales. Estas se suman a las ganancias y pérdidas que se derivan por el paso de cada etapa del curso vital. Con respecto a los cambios en las familias, se genera un aumento de las formas verticalizadas. Debido al incremento de la esperanza de vida, viven miembros de varias generaciones en un mismo momento, aunque no necesariamente convivan en un mismo hogar. Por otra parte, con la disminución de la natalidad, hay menos parientes laterales (hermanos, tíos y primos), lo que promueve que aumenten las relaciones intergeneracionales y disminuyan las intrageneracionales (Roque & Fassio, 2012).

Estos vínculos inter e intrageneracionales pueden ser estudiados desde el constructo de la red de apoyo social, entendida esta como el grupo restringido de relaciones familiares y no familiares subjetivamente importantes y diferentes de vínculos más distantes. Funcionan con una mayor o menor cohesión impactando sobre los estados emocionales, siendo de gran importancia para el logro del bienestar y la satisfacción vital (Arias, 2009). Asimismo, se asocian positivamente con la salud mental y física (Zamarrón Cassinello, 2006).

El modelo de apoyo social de Antonucci y Kahn (Fuller Iglesias, Webster & Antonucci, 2015) afirma que las redes son mayoritariamente compuestas por amigos y familiares. Las redes son influidas por factores personales y contextuales y, a su vez, ellas influyen en el desarrollo individual. Son dinámicas y se desarrollan a lo largo del curso vital: en cuanto a sus miembros, por ejemplo, los jóvenes suelen tener padres, los adultos de mediana edad padres e hijos y los viejos sólo hijos (Fuller Iglesias, Webster & Antonucci, 2015). Las redes son el contexto natural de integración intergeneracional. En contraste, la vida social extrafamiliar está organizada según una política de edades, en las que las personas atraviesan diversas organizaciones e hitos sociales según su edad (Neugarten, 1996), acompañados generalmente por pares, amigos y parejas.

En cuanto a la experiencia emocional, las relaciones con familiares son descritas como más ambivalentes que las amistades: son clasificadas como vínculos que aunque impliquen intercambios negativos y distantes, pueden ser al mismo tiempo especiales e íntimas (Fingerman, 1998; Fung, Yeung, Li & Lang, 2009). Las relaciones familiares son obligatorias –sus rupturas son muy poco frecuentes- y duraderas, lo que facilita que se den intercambios negativos o indeseados. En cambio, las amistades, en caso de no ser positivas, tienden a disolverse. En este sentido, algunos antecedentes señalan que la reciprocidad es diferente en las relaciones de pares y entre familiares (Rook, 1987). En esta investigación se encontró que la reciprocidad entre amigos es un requisito de la relación, mientras que entre los familiares no lo es, ya que estos vínculos eran obligatorios por su carácter de familia. Ahora bien, dentro

del ámbito familiar han documentado reglas específicas para la reciprocidad. Un estudio halló que la reciprocidad no es igual en padres e hijos aunque estos sean adultos (Birditt, Polenick, Van Bolt, Kim, Zarit & Fingerman, 2017), ya que los padres tienden siempre a cuidar a sus hijos y los hijos siempre a buscar la autonomía respecto de los padres.

Los casos citados se centran en el estudio de intercambios negativos, definidos como tensiones y conflictos (Fung, Yeung, Li & Lang, 2009, Fingerman, Kim, Birditt & Zarit, 2016). Al tratarse de intercambios negativos en relaciones íntimas, la consecuencia emocional de estos eventos suele provocar un impacto negativo importante, dada la importancia subjetiva de la relación. En este estudio nos interesa estudiar una emoción particular emergente en los vínculos íntimos, la tristeza. Esta emoción es especialmente importante en los vínculos interpersonales debido a su elevada frecuencia a lo largo de todo el curso vital (Rivers, Brackett, Katulak, & Salovey, 2007; Kunzmann, Rohr, Wieck, Kappes & Wrosch, 2017) y por las conductas que facilita (Fernández Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz & Domínguez Sánchez, 2010). La tristeza se desencadena frente a situaciones de pérdida de una meta valiosa propia o de alguien cercano (experiencia vicaria) y genera que el nivel de funcionamiento general del individuo baje, centrando su atención en sí mismo, favoreciendo la introspección. Al mismo tiempo, esta actitud de retraimiento facilita que las personas cercanas busquen activamente al sujeto, brindando apoyo social para compartir la experiencia. Por lo tanto, una de las características funcionales de esta emoción sería reforzar los vínculos sociales (Fernández Abascal, García Rodríguez, Jiménez Sánchez, Martín Díaz & Domínguez Sánchez, 2010).

Aunque la tristeza pueda tener un impacto positivo, generalmente es necesario regularla para mantener los niveles de bienestar. En el caso de la tristeza, la regulación emocional adecuada, se asocia con el altruismo y la empatía, mientras que el déficit en ella se relaciona con síntomas de ansiedad y depresión (Zeman, Shipman, & Suveg, 2002).

En términos generales, las estrategias de regulación emocional favorecen la consecución de las metas, como pueden ser el logro de objetivos, la satisfacción de necesidades o el mantenimiento definiciones del sí mismo (Koole Van Dillen & Sheppes, 2011). Existen diversas estrategias de regulación emocional (Gross, 2013; Giuliani, Villar, Arias & Serrat, 2015) cuya pertinencia depende de la adecuación al contexto, emoción y características del sujeto. En esta investigación nos focalizamos en la estrategia de la búsqueda de apoyo (BA), dado que es una estrategia que necesita de vínculos para su desarrollo (Giuliani, Villar, Arias & Serrat, 2015) y ha sido documentada su importancia para la regulación de la tristeza (Extremera, González-Herero, Rueda & Fernández-Berrocal, 2012). La búsqueda de apoyo consiste en deliberadamente generar el contacto y pedir contención emocional a otra persona, con el objetivo de reparar el estado de ánimo. También se indaga la conducta contraria, es decir, evitar socializar la emoción con algún miembro de la red. Esta conducta

implica la aplicación de una estrategia de regulación emocional denominada Selección de situaciones. La misma es definida como la evitación de situaciones para no experimentar estados emocionales indeseados, generalmente, un estado emocional negativo (Gross, 2013). En este caso se propone su estudio como una estrategia a aplicar cuando ya se está experimentando la tristeza dada su elevada frecuencia en los vínculos cercanos.

La literatura indica que existen patrones diferenciales en la aplicación de estas estrategias según el grupo de edad. Los adultos mayores tienden a utilizar la selección de situaciones y a no emplear la búsqueda de apoyo emocional cuando sienten emociones displacenteras en general, pese a sus efectos positivos para la regulación emocional y la calidad de vida (Carstensen, Fung & Charles, 2003; Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato & Losada Baltar 2008; Fung, Yeung, Li & Lang, 2009; Emery & Hess 2011; Zimmermann & Iwanski 2014). Los jóvenes, al contrario, tienen una mayor tendencia a buscar apoyo social en los amigos que otros grupos etarios (Fuller Iglesias, Webster & Antonucci, 2015).

En relación a los antecedentes empíricos, en la revisión se encontró información poco específica sobre la experiencia de tristeza en los vínculos de mayor intimidad intra e intergeneracionales. Las escasas investigaciones específicas disponibles son de origen anglosajón y se focalizan en estudiar el apoyo dado de los abuelos a los nietos, y no en sentido contrario (Huo, Kim, Zarit, Fingerman, 2017) o entre adultos de mediana edad y sus padres e hijos (Fingerman, Kim, Birditt & Zarit, 2016). Chervonsky y Hunt (2017) realizaron un metanálisis sobre la expresión y supresión emocional en el reportaron que no se verifican diferencias según el grupo de edad en la expresión de la tristeza, pero no incluía la diferenciación según la generación del partenaire. En el contexto latinoamericano encontramos que las investigaciones son mayoritariamente centradas en la experiencia infantil y desarrollada en México (Sánchez-Aragón, & Díaz-Loving, 2009, Franco & Aragón, 2010) y en Brasil (Dias Borges, Vikan, & Gravås, 2000; Duarte, Brito, & Reis, 2016).

En este estudio se propone un enfoque de comparación de grupos en un arco temporal más amplio, desde los 20 a los 90 años, lo que posibilita una visión de las relaciones familiares y amistades tanto intra como intergeneracionales. Específicamente se propone indagar estos vínculos cercanos como un contexto donde se genera la tristeza, donde se busca contención al experimentarla y donde se evita su expresión.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Para alcanzar los objetivos propuestos, se implementó un diseño de investigación no experimental, de tipo transversal/correlacional cuantitativo.

La **población** en estudio estuvo constituida por personas de ambos sexos que vivían de manera permanente en la ciudad de Mar del Plata. Se seleccionó una **muestra**

no probabilística intencional compuesta por 400 sujetos de la ciudad de Mar del Plata, agrupados de acuerdo a cuatro grupos etarios: 1) de 20 a 30 años, 2) de 40 a 50 años, 3) de 60 a 70 años y 4) de 80 a 90 años – estos últimos vivían en hogares particulares y no presentaban deterioro cognitivo-.

En el grupo 1 el promedio de edad de los participantes fue de 25,55 años. El 61% de los entrevistados tenía pareja estable al momento de la administración. Respecto al grupo conviviente, un 53% vivía con su familia que podía ser de origen o propia, un 32% vivía solo con su pareja, un 13% vivía solo y el 2% vivía con un amigo/a. En cuanto al nivel de instrucción, el 42% tenía estudios superiores completos, el 29% estudios superiores incompletos, el 28% secundaria completa y el 1% solo contaba con la primaria completa.

En el grupo 2 el promedio de edad de los participantes fue de 45,49 años. El 66% de los entrevistados tenía pareja estable al momento de la administración. Respecto al grupo conviviente, un 62% vivía con su familia, un 23% vivía solo, un 13% vivía con su pareja y un 2% vivía con un amigo/a. En cuanto al nivel de instrucción, el 52% contaba con estudios superiores completos, el 31% contaba con el nivel secundario completo, el 14% tenía incompletos sus estudios en el nivel superior, y el 3% tenía la primaria completa.

En el grupo 3 el promedio de edad de los participantes fue de 64,11 años. El 50% de los entrevistados tenía pareja estable al momento de la administración. Respecto al grupo conviviente, un 37% vivía solo con su pareja, un 33% vivía con su familia, y un 29% vivía solo. En cuanto al nivel de instrucción, el 32% tenía la secundaria completa, el 29% estudios superiores incompletos, el 25% tenía estudios superiores completos y el 13% la primaria completa.

En el grupo 4 el promedio de edad de los participantes fue de 82,89 años. El 53% de los entrevistados no tenía pareja al momento de la administración. Respecto al grupo conviviente, un 39% vivía solo, un 33% vivía solo con la pareja y un 28% vivía con la familia.

En cuanto al nivel de instrucción, el 46% tenía terminados sus estudios primarios, el 37% contaba con la secundaria completa, el 14% tenía estudios superiores completos y el 1% el nivel superior incompleto.

Las personas que conformaron la muestra fueron contactadas tanto en variadas organizaciones de la ciudad de Mar del Plata como en espacios públicos. Las mismas fueron invitadas a participar voluntariamente. Se garantizó, mediante el uso de consentimiento informado escrito, que la información brindada fuera confidencial y se resguardó el anonimato.

Procedimiento y Técnicas de recolección de datos:

Para cumplir con los objetivos propuestos se llevó adelante el siguiente procedimiento. A la muestra total se le administró un **cuestionario de datos sociodemográficos** conformado por preguntas cerradas y abiertas que exploran variables de base que permitan

caracterizar la muestra seleccionada: género, edad, tipo de hogar, conformación de grupo conviviente, nivel de instrucción, ocupación, etc. Asimismo, se les administró previamente la **Entrevista Estructurada de Fuentes de apoyo social** (Vaux & Harrison, 1985). la misma evalúa características estructurales y funcionales de la red de apoyo social. En base a la información recolectada por el instrumento de Red de Apoyo social, se les solicitó a los participantes que a través de un **Cuestionario de frases incompletas** identificaran los vínculos que, habiendo sido mencionados previamente en la red, asocian más frecuentemente con la emoción de tristeza, así como aquellos que buscan o evitan al enfrentar situaciones de tristeza. Las frases incompletas permiten efectuar una exploración de manera no directiva y resultan especialmente adecuadas para la obtención de significados sin la mediación directa del entrevistado. Las mismas fueron ampliamente utilizadas en la investigación demostrando tener adecuada validez y una buena estabilidad test/retest (Villar, Celdrán, Fabà, & Serrat, 2014).

Tipo de análisis de datos:

La información brindada se analizó a través de la generación de conteos de frecuencia de aparición de vínculos y cálculos de puntuaciones porcentuales. Se seleccionaron sólo aquellos vínculos que fueron nombrados por cinco participantes un grupo de edad o cumpliendo alguna función. Se realizó estadística inferencial para analizar asociaciones entre variables.

RESULTADOS

Se presentan en primer lugar los resultados sobre los vínculos que se identificaron como fuente de tristeza. El primer hallazgo consistió en que el 69.25% (n=277) de los entrevistados identificó a algún miembro de la red que les genera esta emoción. Se comparó esta respuesta según grupo de edad, encontrando que no existió un patrón específico para esta respuesta según grupo de edad ($X^2= 4.54$, $p> 0.05$).

En cuanto a la conducta de evitación, se encontró que el 57.75% (n=231) de los entrevistados seleccionó no tener contacto intencionado con alguno de sus apoyos cuando siente tristeza. La prueba de X^2 indicó que las personas jóvenes evitaron menos de lo esperado por azar y, en contraste, las más mayores, más de lo esperado a personas de su red de apoyo ($X^2= 8.06$, $p< 0.05$).

Además, se indagó la búsqueda de acompañamiento y sostén cuando se experimenta tristeza. Se encontró que el 74.75% (n=299) de los participantes informó buscar a un miembro de la red para esta función. En este caso, los más jóvenes volvieron a utilizar este recurso más de lo esperado por azar, mientras que los mayores, menos que lo esperado ($X^2= 24.41$, $p< 0.01$).

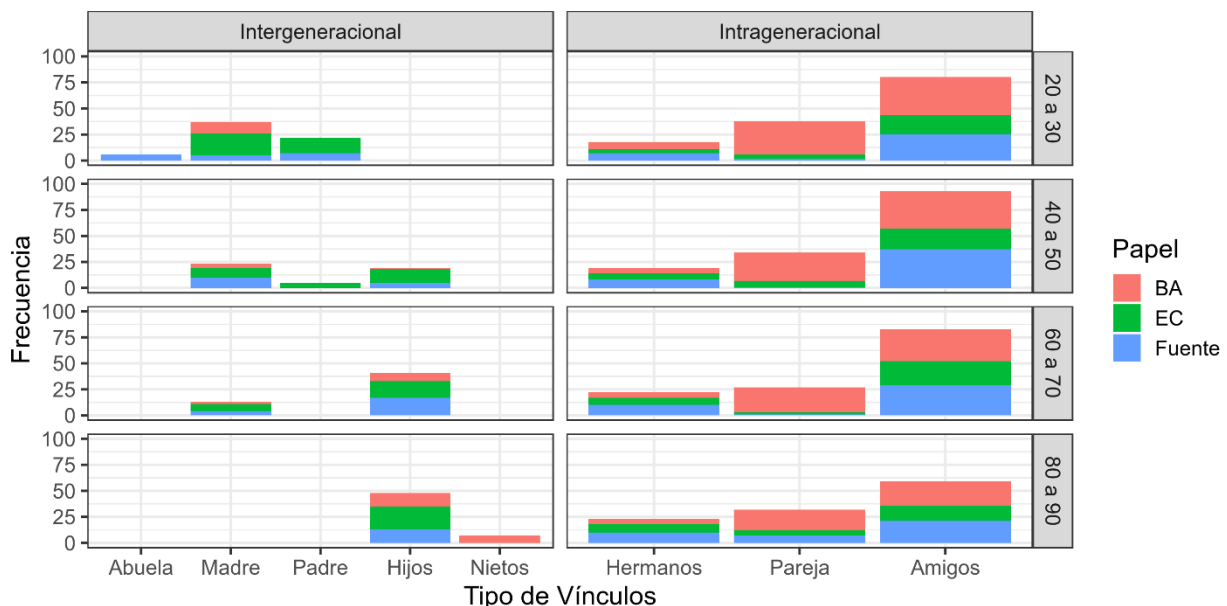
Grupo de edad	Fuente		Búsqueda de apoyo		Selección de personas	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
20 a 30 años	63%	37%	91%	9%	79%	21%
40 a 50 años	73%	27%	74%	26%	66%	34%
60 a 70 años	75%	25%	71%	29%	67%	33%
70 a 80 años	66%	34%	61%	39%	61%	39%
χ^2	4.54		24.41**		8.06*	

Nota: df = 3. Las frecuencias y los porcentajes son equivalentes dado que participaron 100 sujetos de cada grupo de edad. *p < .05, **p < .01

Posteriormente se compararon las funciones de los vínculos en cada grupo de edad, para identificar si los vínculos cumplen papeles específicos en el proceso de generación y regulación de la tristeza.

Respecto del grupo de menor edad, se encontró que las abuelas son la única relación que sólo funciona como fuente de tristeza, el resto de los vínculos cumplieron al menos dos funciones. Los participantes indicaron que el vínculo con el padre funcionaba como fuente de tristeza y, a su vez, seleccionaron no tener contacto con éste cuando experimentaban la emoción. Los vínculos restantes, amigos, madres y parejas presentaron múltiples roles. La pareja pudo ser caracterizada como primordialmente dadora de apoyo, mientras que a las madres mayoritariamente se las evitó (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribución de frecuencias de los roles que se atribuyen a los vínculos en la experiencia de tristeza.



Las personas de mediana edad informaron que los padres cumplieron solamente el papel de ser evitados cuando se siente tristeza. Los amigos, hermanos y las madres funcionaban tanto en este rol, como siendo fuente y apoyo frente a esta emoción. Por su parte, el papel central de los hijos fue el de ser preservados de compartir estas experiencias, mientras que el de las parejas fue de brindar mayoritariamente apoyo frente a la tristeza (Ver Gráfico 1).

Las personas entre 60 y 70 años identificaron a todos los vínculos en los tres papeles indagados, pero en este caso no incluyeron al padre dentro de las personas de la red que participan en algún aspecto de la experiencia de la tristeza. Probablemente, estas personas no contaban con su padre, debido a la menor expectativa vital de los hombres. Las caracterizaciones más contrastantes fueron las atribuidas a las madres, que mayoritariamente se las evitó, con las parejas, a las que describieron claramente como dadoras de apoyo (Ver Gráfico 3). Los hijos aparecieron como una importante fuente de tristeza, a la vez que fueron evitados cuando se siente esta emoción.

Las personas entre 80 y 90 años presentaron grandes similitudes con el grupo anterior –casi todos de los vínculos cumplieron los tres papeles-, pero, en este caso, ya la madre tampoco apareció entre los vínculos nombrados, otra vez, probablemente debido a que haya fallecido. En contraste, se incluyeron a los nietos, que cumplieron sólo la función de brindar apoyo. Llamativamente, los hijos fueron caracterizados mayoritariamente como personas frente a las cuales se evita expresar la tristeza (Ver Gráfico 1)

DISCUSIÓN

Este estudio permite analizar las características importantes de la experiencia de tristeza en el contexto de la red de apoyo en la actualidad.

En primer lugar, lo que se encuentra es la presencia de los vínculos familiares evolutivamente esperables de las diferentes etapas vitales (Fuller Iglesias, Webster & Antonucci, 2015). Los más jóvenes incluyeron a padres y abuelos, y viceversa. Lo más novedoso respecto a este nivel de análisis es que incluso las personas entre 60 y 70 años seleccionaron a sus madres dentro de sus redes de apoyo y les dieron un lugar importante dentro de la experiencia y regulación de la tristeza. Esto es un indicador de los cambios concretos que se generan en las redes de apoyo social y en la vida cotidiana social de las personas a partir de los procesos demográficos de envejecimiento poblacional (Roque & Fassio, 2012).

Los resultados indicaron que los miembros de la red de apoyo fueron fuente de tristeza en la mayor parte de las personas de todos los grupos de edad. Al indagar las estrategias de regulación de esta emoción encontramos que las personas entre 20 y 30 años buscaron apoyo en sus redes en mayor medida que los otros grupos de edad. Además, también evitaron menos a las personas de su red. El perfil contrario fue hallado en las personas entre 80 y 90 años, dado que evitaron encontrar a personas de su red más que los restantes grupos de edad. Este dato podría indicar un interjuego entre las estrategias de regulación emocional y las metas vitales de los grupos etarios (Charles & Carstensen, 2007; Erikson, 1985): que las personas más jóvenes buscan apoyo como una manera de buscar información nueva para comprender su experiencia, mientras que las mayores tienen el comportamiento

contrario. En un estudio previo (Giuliani, Zariello, Scolni & Goris Walker, 2013) se encontró que las personas mayores informan que eligen no expresar sus emociones para cuidar sus vínculos, dado que su experiencia negativa podría provocar dolor a otros. Las personas jóvenes, al contrario, sólo inhiben sus emociones en contextos formales, por ejemplo laborales, donde expresar sus emociones podría implicar resultados negativos. Ellos perciben que compartir sus emociones en contextos íntimos es algo positivo y deseable. El actual estudio brindó aportes acerca de que esta lógica de comportamiento también podría aplicarse cuando se siente tristeza, y específicamente al abocarse a la red de apoyo social informal. Es posible formular otra hipótesis. Estudios previos han señalado que los adultos mayores presentan menores habilidades de comunicación emocional debido a los contextos en que han sido socializados. Debido a esto, es posible que consideren la expresión de emociones como un potencial daño en lugar de percibir sus beneficios para la experiencia personal y para los vínculos (Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato & Losada Baltar 2008).

Los resultados también indicaron que la conducta de evitación, además de ser aplicada en mayor medida por los adultos más mayores, es prototípica de los vínculos intergeneracionales.

Al comparar los roles indagados para los vínculos -generar, contener e inhibir la expresión de tristeza- se encontró que hubo patrones comunes en los diferentes grupos de edad en función de si eran o no relaciones intergeneracionales. Los vínculos con personas de la misma generación (hermanos, parejas y amigos) pudieron ser caracterizados como relaciones en donde se genera, tanto como se inhibe y se expresa la tristeza. Dentro de estos vínculos se han podido diferenciar los modos de funcionamiento específico de los tres vínculos. En el caso de los hermanos se generó tristeza en una frecuencia similar a la que se evitó su expresión, y sólo en una menor medida se buscó apoyo. Es decir, este vínculo pareció tener un balance emocionalmente negativo, ya que se generó tristeza pero se evitó buscar contención de esa emoción. A diferencia de esto, con los amigos se generó y se buscó contención de la tristeza en medida similares, por lo que podríamos hablar de relaciones recíprocas. Finalmente, la pareja apareció como un vínculo que casi exclusivamente provee apoyo emocional frente a la tristeza. En este sentido, se observa que estos comportamientos se ajustan a las reglas vinculares diferenciales sobre la amistad y la familia, especialmente los hermanos (Rook, 1987).

En contraste, se encontraron que las relaciones que se establecen con otras generaciones (con hijos, padres y abuelos) se caracterizaron más por ser fuente de tristeza y por funcionar como una barrera a la expresión de la misma, que como ser una fuente de apoyo. En el caso de los más jóvenes, sólo el vínculo con la madre apareció como fuente de apoyo, pero esta función fue menos frecuente que la de ser evitada o ser una fuente de

tristeza. De manera convergente, los hijos también fueron descritos como una importante fuente de tristeza y como vínculos con los que no se compartió esta emoción. Esto se mantuvo también en las personas de más de 80 años, cuando sus hijos probablemente estaban atravesando la mediana edad o incluso la vejez, es decir, donde no necesariamente requieren del cuidado emocional de sus padres y-o abuelos. Tal como reportaron Birditt, Polenick, Van Bolt, Kim, Zarit y Fingerman (2017), las reglas del cuidado intergeneracional pueden no modificarse a lo largo del curso vital. El mantenimiento rígido de este patrón podría evitar que se potencie el recurso que implica contar con la contención de la mayor cantidad de familiares que forman parte del convoy vital en la vejez.

Una excepción a este patrón fueron las respuestas de los jóvenes entre 20 y 30 años y las personas de 80 a 90 años. Los primeros señalaron a los abuelos sólo como una fuente de tristeza, mientras que las personas entre 80 y 90 indicaron que sus nietos eran solo una fuente de apoyo. Estos datos, complementarios, parecieron indicar que este vínculo funciona de una manera unidireccional, fueron los abuelos quienes buscaron apoyo y fueron los nietos quienes lo brindaron. Este novedoso patrón relacional podría deberse al hecho inédito de que los abuelos cuentan con nietos adultos (Roqué & Fassio, 2012).

En síntesis, se pudo considerar que una característica común a los vínculos intergeneracionales fue la falta de reciprocidad, en contraste con los que se establecen con pares. Si bien esto está documentado (Rook, 1987), es importante destacar que el cuidado mutuo y la reciprocidad son atributos que definen a la red de apoyo social. Este tipo de dinámica parecería dar un cierto balance negativo a la experiencia emocional a las relaciones con personas mayores o menores, dado que fueron descritos como vínculos en los que se genera la tristeza pero donde no se la puede expresar. Este tipo de comportamiento puede tener múltiples motivaciones, dado que puede implicar tanto cuidado de sí mismo como del otro, pero potencialmente tiene el mismo resultado: la pérdida de intimidad en la relación. Esto es especialmente importante en la tristeza, debido a que su función adaptativa es la de buscar apoyo en otros para facilitar procesos de autorreparación frente a la pérdida (Rivers, Brackett, Katulak, & Salovey, 2007).

Respecto a las limitaciones de este estudio se pudo identificar que hubo ausencia de participación de grupos familiares, por lo que las conclusiones respecto de las relaciones padres-hijos, abuelos-nietos, debieron ser interpretadas desde el punto de vista de quien responde. Si bien es muy probable que aquellos entre 80-90 años tengan nietos entre 20-30, no se contó con dicho dato. En próximas investigaciones sería de interés centrarse en familias y evaluar la experiencia de tristeza en miembros de diferentes generaciones.

Otro aspecto a mejorar en futuros diseños es la evaluación de otras estrategias de regulación emocional. Si bien las dos estrategias seleccionadas son las únicas en las que están necesariamente implicadas otras personas, sería de interés contar con más información

sobre la experiencia y regulación de la tristeza, para obtener información más integral sobre estos procesos. Por último, se destacó que la limitación remite al carácter no probabilístico del muestreo. Esto implicó que no fue posible generalizar los resultados a la población. Sin embargo, para subsanar esta debilidad se obtuvo una muestra de 400 casos para compensar, al menos parcialmente, posibles sesgos. En este sentido, se destacó que los resultados mostraron consistencia interna.

Los hallazgos más importantes de este estudio fueron, en síntesis, que los intercambios que se dieron en la red de apoyo entre las diferentes generaciones parecen tener un cariz costoso para la dinámica emocional de las personas. Si bien los vínculos intergeneracionales se caracterizan como un nuevo y potencialmente positivo recurso, tal como ocurre de abuelos hacia nietos, en este caso los datos parecieran indicar que el tipo de intercambio que se estableció no suele incluir el apoyo frente a esta emoción negativa. Tal vez se siga considerando que el cuidado entre los miembros de las diferentes generaciones se entienda como preservar al otro del dolor, más que como apertura y acompañamiento. Sin embargo, mantener este comportamiento a largo plazo podría redundar en que en estos vínculos se pierda intimidad y confianza (Zeman, Shipman, & Suveg, 2002). En contraste, las relaciones intrageneracionales (amigos, hermanos y parejas) tuvieron un perfil “multivalente”, se generó tristeza, se expresó y también, pero en menor medida, se inhibió su expresión.

Estos hallazgos permitieron formular novedosas e interesantes preguntas sobre las dinámicas interaccionales familiares frente a la tristeza: ¿Qué motivaciones y significados subyacen a estos comportamientos de inhibición de expresión de la tristeza en la red de apoyo social? ¿Qué efectos tienen en quien inhibe la expresión y en la relación? Frente a los desafíos del envejecimiento poblacional y las nuevas formas de familia donde priman los vínculos intergeneracionales, ¿es posible generar nuevas formas de relacionarse que impliquen la reciprocidad y contención de la tristeza? Generar tanto intervenciones comunitarias como nuevas investigaciones promoverá que el potencial de los vínculos intergeneracionales florezca, mejorando la calidad de las redes de apoyo social de las familiares verticales que caracterizan al siglo XXI.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Mg. Claudia Josefina Arias por su guía y generosidad durante todo el proceso de desarrollo de esta investigación. Asimismo, agradecemos a todos los participantes que con su confianza y buena predisposición hicieron posible nuestro estudio.

REFERÊNCIAS

1. Arias, C. J. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1(1), 147158.
2. Birditt, K. S., Polenick, C. A., Van Bolt, O., Kim, K., Zarit, S. H., & Fingerman, K. L. (2017). Conflict Strategies in the Parent–Adult Child Tie: Generation Differences and Implications for WellBeing. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*,.
3. Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and emotion*, 27(2), 103123.
4. Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). Emotion regulation and aging. *Handbook of emotion regulation*, 6, 307327.
5. Chervonsky, E., & Hunt, C. (2017). Suppression and expression of emotion in social and interpersonal outcomes: A meta-analysis. *Emotion*, 17(4), 669-683. <http://dx.doi.org/10.1037/emo0000270>
6. Dias Borges, M. D. G. B., Vikan, A., & Gravås, S. (2000). Tentativa de crianças em lidar com as emoções de raiva e tristeza. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 49-70.
7. Duarte, T. E., Brito, B. F. L., & Reis, A. H. (2016). Parents Dealing with the Expression of Sadness by their Children. *Psico-USF*, 21(1), 111-124.
8. Emery, L., & Hess, T. M. (2011). Cognitive consequences of expressive regulation in older adults. *Psychology and aging*, 26(2), 388402.
9. Erikson, E. H. (1985). *The life cycle completed*. New York: Norton.
10. Extremera, N.; GonzálezHerero, V.; Rueda, P.; & FernándezBerrocal, P. (2012). Me siento triste ¿y ahora qué hago? Análisis de las estrategias de regulación que utilizan las personas emocionalmente inteligentes. *Psicología Conductual* , 20 (1). 197209
11. FernándezAbascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid: Universitaria Ramon Areces.
12. Fingerman, K. L. (1998). The good, the bad, and the worrisome: Emotional complexities in grandparents' experiences with individual grandchildren. *Family Relations*, 403414.
13. Fingerman, K. L., Kim, K., Birditt, K. S., & Zarit, S. H. (2016). The ties that bind: Midlife parents' daily experiences with grown children. *Journal of Marriage and Family*, 78(2), 431450.
14. Franco, B. E. R., & Aragón, R. S. (2010). Rastreado en el pasado... formas de regular la felicidad, la tristeza, el amor, el enojo y el miedo. *Universitas Psychologica*, 9(1), 179-197.
15. Fuller Iglesias, H. R., Webster, N. J., & Antonucci, T. C. (2015). The complex nature of family support across the life span: Implications for psychological wellbeing. *Developmental psychology*, 51(3), 277.
16. Fung, H. H., Yeung, D. Y., Li, K. K., & Lang, F. R. (2009). Benefits of negative social exchanges for emotional closeness. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(5), 612621.
17. Giuliani, M. F., Villar, F., Arias, C. J., & Serrat, R. (2015). Development and structural validation of a scale to assess regulation of anger and sadness in interpersonal situations. *Anuario de Psicología*, 45(1).

18. Giuliani, M. F., Zariello, M. F., Walker, G. G., & Scolni, M. G. (2013). Disimulación Emocional. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*. 16, 97118.
19. Gross, J. J. (Ed.).(2013). *Handbook of emotion regulation*. United States: Guilford publications.
20. Huo, M., Kim, K., Zarit, S. H., & Fingerman, K. L. (2017). Support Grandparents Give to Their Adult Grandchildren. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 208.
21. Koole, S. L., Van Dillen, L. F., & Sheppes, G. (2011). *The selfregulation of emotion. En Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. Handbook of selfregulation: Research, theory, and applications, Guilford Publications*
22. Kunzmann, U.; Rohr, M.; Wieck, C.; Kappes, C.; & Wrosch, C. (2017) Speaking About Feelings: Further Evidence for Multidirectional Age Differences in Anger and Sadness. *Psychology and Aging* . 32, (1), 93–103.
23. MárquezGonzález, M., Fernández de Trocóniz, M. I., Montorio Cerrato, I., & Losada Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*, 20(4).
24. Neugarten, B. L. (1996). *The meanings of age: Selected papers*. University of Chicago Press.
25. Rivers, S. E., Brackett, M. A., Katulak, N. A., & Salovey, P. (2007). Regulating anger and sadness: An exploration of discrete emotions in emotion regulation. *Journal of Happiness Studies*, 8(3), 393427.
26. Rook, K. S. (1987). Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of personality and social psychology*, 52(6), 1132.
27. Roqué, M., & Fassio, A. (2012). *Gerontología comunitaria e institucional*. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo. Presidencia de la Nación.
28. Sánchez-Aragón, R., & Díaz-Loving, R. (2009). Reglas y preceptos culturales de la expresión emocional en México: su medición. *Universitas Psychologica*, 8(3), 793-830.
29. Vaux, A., & Harrison, D. (1985). Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 245265.
30. Villar, F., Celdrán, M., Fabà, J., & Serrat, R. (2014). Barriers to sexual expression in residential aged care facilities (RACFs): comparison of staff and residents' views. *Journal of advanced nursing*, 70 (11), 25182527.
31. Zamarrón Cassinelle, M. D. (2006). *El bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores Lecciones de Gerontología, II, 52
32. Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: Predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31(3), 393398.
33. Zimmermann, P., & Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotionspecific developmental variations. *International Journal of Behavioral Development*, 38(2), 182194.

34. Zubieta, E., Fernández, I., Vergara, A. I., Martínez, M. D., y Candia, L. (1998). Cultura y Emoción en América. *Boletín de Psicología*. 61, 65-90

“

Idosos em uma universidade da terceira idade: um olhar na perspectiva de desvelar suas ocupações

▮ Jeice Sobrinho **Cardoso**
UFPA

▮ Janaína Machado de **Moraes**
UFPA

▮ José Lucas Oliveira de **Sena**
UFPA

▮ Kátia Maki **Omura**
UFPA

▮ Fernanda Luciana Monteiro **Augusto**
UFPA

▮ Airle Miranda de **Souza**
UFPA

▮ Mara Daniele de Sousa **Sarmento**
UFPA

▮ Víctor Augusto Cavaleiro **Corrêa**
UFPA

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi compreender ocupações realizadas pelos (as) idosos (as) em uma Universidade da Terceira Idade (UNITERCI). O estudo é de natureza qualitativa e foi realizado em uma UNITERCI. Participaram 10 (dez) idosos ativos, sendo utilizada a entrevista semiestruturada para coleta de dados. Os achados foram analisados por meio da análise do conteúdo. Os resultados da pesquisa desvelam o ocupar-se do idoso em uma universidade da terceira idade como possibilidade de empoderamento ocupacional e as mudanças ocupacionais vividas nesta fase da vida, destacando a experiência como um importante espaço para a saúde, para a cidadania e para o sentimento de pertencimento dos idosos, bem como a redução do isolamento e da solidão que proporcionam locus de interação com outras pessoas, com o meio ambiente e atividades, favorecendo a justiça ocupacional.

Palavras-chave: Idoso, Universidade da Terceira Idade, Ocupações.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é compreendido como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas (FREITAS, 2013). É considerado idoso pela Organização Mundial da Saúde (2015) a pessoa com 60 anos ou mais, se residentes em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais se em países desenvolvidos, sendo denominadas as pessoas acima de 60 anos como idosa e, assim, participantes da terceira idade, embora o determinante cronológico não seja suficiente para as diversas mudanças no envelhecer. De acordo com Simões e Sapeta (2017), falamos de “velhices” e não de “velhice”, pois o envelhecimento dá-se por fatores de culturas, grupos, interações e experiências que não permitem reduzi-lo a um único e simples conceito.

Múltiplos fatores podem estar relacionados a tal definição, o que implica uma variedade de conceitos e abrangências, sendo fomentadas a partir de olhares e situações, muitas vezes, diferenciadas, como é o caso da formulação de políticas públicas, leis, documentos, os quais buscam definir e organizar tal público de acordo com determinadas características ou mesmo limites estatísticos. Contudo, o envelhecimento populacional é uma realidade inegável, onde estima-se que, 33% da população poderá ter 60 anos ou mais. Tal estimativa de crescimento é resultado de um aumento a taxas elevadas de expectativa de vida, consequência, em parte, da inércia demográfica, ou seja, uma proporção importante do crescimento já está determinada pela estrutura etária atual (CAMARANO, KANSO; FERNANDES, 2016). Por outro lado, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011) destaca que, em 2010, o censo demográfico constatou que a população brasileira era em média de 190.755.199 milhões de pessoas, sendo que o contingente de pessoas idosas, que possuem 60 anos ou mais, era de aproximadamente 20.590.599 milhões, ou seja, em média 10,8 % da população total, segundo Küchemann (2012).

Camarano et al., (2016) também enfatizam esse aumento da população idosa que, esta, em 1980, representava apenas 6,1% do total da população. Em 2010, esse percentual subiu para 11% da população total. De acordo com as autoras, sobre os idosos com 80 anos ou mais, em 1980 representavam 0,5% da população total, em 2010, representou 1,5% da população total.

No que se refere à expectativa de vida, Miranda, Mendes e Silva (2016) constataram que, em 1920, era de apenas 35,2 anos e os idosos representavam 4,0% da população. Em 2010, esses dados mudaram, a expectativa de vida subiu para 74 anos e mais de 10% da população possuíam 60 anos ou mais. Portanto, são necessários novos modos de pensar, fazer, planejar, entre outros, esta fase da vida.

A Organização Mundial da Saúde (2005) adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão, enfatizando um processo de otimização das

oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

Surgem experiências que dialogam e instigam tais perspectivas, a exemplo das Universidades da Terceira Idade (UNITERCI). As UNITERCI's, segundo Barbosa (2011), no Brasil, resultam das tendências do processo do envelhecimento humano nas mudanças demográficas da pirâmide etária nacional. Sob influências de modificações não somente demográficas, mas comportamentais, foram planejados cursos de extensão cultural à terceira idade, dentro de instituições universitárias. Essas possibilitam compreender e assistir essa população nas perspectivas de atividade, participação, reivindicação, autodeterminação e envolvimento ativo com a vida. Assim, criam-se relações de ensino-aprendizagem com aqueles que interagem com tal público, educadores aprendem com os participantes, são relações diretas sem hierarquização (NERI; YASSUDA, CACHIONI 2012).

Segundo Cachione e Ordonez (2013), as UNITERCI's também são referendadas como um espaço de troca de conhecimento e que auxiliam as pessoas idosas na interação com novas tecnologias. Além disso, ainda de acordo com as autoras, as UNITERCI'S favorecem a qualidade de vida, redes de suporte, saúde física e mental.

De acordo com Maciel (2015), a UNITERCI tem o objetivo de estimular as pessoas idosas à inserção e participação ativa e sociopolítica, buscando garantir os direitos como cidadãos. Segundo Barbosa (2011), o público-alvo são idosos com 60 anos ou mais, havendo possibilidade de inserção de pessoas com idade inferior, mas acima de 50 anos, dependendo da análise de cada situação. No entanto, de acordo com Assis, Dias e Necha (2016), mesmo diante das evidências que ressaltam a importância das UNITERCI'S na promoção da cidadania da pessoa idosa, não foi suficiente para a implementação em todas as regiões brasileiras, conseqüentemente, o acesso de todos os idosos a esse tipo de programa está limitado.

Neste sentido, entende-se a participação dos idosos em uma UNITERCI, insere estes em um rol de ocupações que passam a fazer parte do dia-a-dia do idoso. Para Dickie (2011), a ocupação é compreendida como um meio prático de auto expressão, de geração ou de experimentação de significados. É o elemento ativo da existência humana no desempenho cotidiano de atividades, seja de forma contemplativa, reflexiva, baseada na meditação ou na ação.

A Ciência Ocupacional reúne interesses e pesquisadores que buscam saber como as pessoas se ocupam e como esta relação interfere na saúde, no bem estar e na participação (ARAÚJO et al., 2011). Segundo Araújo, et al (2011), entre os objetivos da Ciência Ocupacional, estão as problematizações em torno da forma, função e significado da ocupação, de modo a ser possível identificar como os seres humanos geram significado através da ocupação.

Carrasco e Olivares (2008) e Jáuregui e Lucero (2013), destacam que a forma ocupacional compreende um sistema de circunstâncias objetivas, surgindo a partir da interação do ambiente com atividade, onde a idealização cria um tempo e um determinado espaço físico e social. Quanto a função e o significado, Carrasco e Olivares (2008) e Jáuregui e Lucero (2013) ressaltam que a função, por sua vez, é identificada como o objetivo decorrente da interação dinâmica entre a pessoa e a atividade, ou seja, trata-se da finalidade de determinada atividade na concepção pessoal. Enquanto que, o significado ocupacional é evidenciado como um sistema subjetivo, onde é necessário haver interação direta com a ocupação, assim, mesmo uma ocupação sendo desempenhada por diversas pessoas, poderá ter significações diferentes, haja vista, que o significado é subjetivo. Neste sentido, esta pesquisa buscou compreender como se apresentam as ocupações realizadas pelos (as) idosos (as) em uma Universidade da Terceira Idade UNITERCI?

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Tipo da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que de acordo com Minayo (2017), responde a questões muito particulares, que se debruçada com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, ligada as relações dos processos e dos fenômenos.

Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no Programa de Extensão UNITERCI, localizada na Universidade Federal do Pará, Campus Profissional do Guamá,.

Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 10 (dez) idosos matriculados e ativos na UNITERCI. Os critérios de inclusão adotados foram: Pessoas idosas participantes do Programa de Extensão UNITERCI com idade igual ou superior a 60 anos e que aceitassem participar da pesquisa. Como critérios de exclusão: Pessoas que não participavam do Programa de Extensão UNITERCI e tivessem idade menor de 60 anos; Que não aceitassem participar da pesquisa.

Procedimentos de coleta e análise dos dados

Para a realização da pesquisa foram estabelecidos procedimentos, a saber: primeiramente, foi realizado a fase de ambientação, pela qual buscou-se conhecer o local, horário de funcionamento, o desenvolvimento dos projetos da UNITERCI, assim como a rotina dos idosos, a qual facilitou a aproximação dos pesquisadores com os mesmos. Em seguida,

deu-se início a coleta por meio de uma breve apresentação da pesquisa, convite aos idosos e seguidamente, leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizou-se a entrevista semiestruturada para coleta de dados, pois possibilitou a captação da singularidade e espontaneidade dos entrevistados, permitindo maior alcance dos objetivos traçados. A entrevista contava com duas partes: a primeira subdividida em dados gerais, dados socioeconômicos e dados sobre a participação na UNITERCI. A segunda composta das seguintes perguntas: 1 - “Como eram suas ocupações antes da participação da UNITERCI”, objetivando conhecer quais eram as atividades que realizavam cotidianamente; 2 - “Como são suas ocupações após a participação na UNITERCI”, a fim de identificar quais e como estão sendo desempenhadas suas ocupações após a inserção no programa; 3 - “Qual o sentido de ocupar-se na UNITERCI”, objetivando compreender o(s) sentido(s) por eles atribuído(s) as suas ocupações na UNITERCI e 4 - “Qual o significado destas ocupações que você desenvolve atualmente?”, buscando compreender o significado ocupacional.

A análise qualitativa dos dados deu-se a partir das respostas aos questionamentos que foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra, sendo os textos, passados por correções linguísticas, quando necessário, contudo, sem eliminar o caráter espontâneo dos relatos. Os achados foram analisados por meio da análise do conteúdo, sendo identificadas as categorias de análises. A análise de conteúdo, de acordo com Bardin (1977) trata-se de um instrumento metodológico para analisar as comunicações e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever os conteúdos.

Questões éticas

O estudo atendeu todos os preceitos da Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012, 2016) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA) (Parecer: 1.553.134). Todos os participantes deram o aceite quanto a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Para preservação da identidade dos participantes, estes receberam nomes fictícios aleatórios.

RESULTADOS

Os participantes apresentaram a média de idade de 68 anos, 1 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, renda compreendida entre 1 e 3 salários mínimos, com uma quantidade de pessoas residindo na casa entre 1 e 6. Em relação ao período de permanência no Programa da UNITERCI variou entre 1 a 3 anos. Entre os participantes, 5 (cinco) autodeclararam-se aposentados e 5 (cinco) além de informarem já estar aposentados, associaram outras atividades no dia-a-dia, como cuidadores, vendedor informal, doceira, dona do lar.

As mudanças ocupacionais e a questão do empoderamento ocupacional para idosos de uma UNITERCI

Identificou-se que a UNITERCI estimulou a participação ocupacional dos idosos, promoveu encontros. Também foram observadas modificações ocupacionais a partir do ingresso desses idosos ao programa, em que ocorreu um aumento nas ocupações que eram desenvolvidas diariamente, pois, alguns idosos, antes do ingresso na UNITERCI, não tinham tantas opções de ocupações em outros espaços além do domicílio. Observou-se ainda, que as experiências promovidas pelo programa perpassam do campo individual para o coletivo, isso pôde ser observado quando os participantes através das experiências na UNITERCI modificaram formas de pensar e de atitudes, compartilharam conhecimentos, passaram a ser mais ativos, estimulou o empoderamento, estiveram participativos dos contextos em que se ocupavam e ativos nas mudanças coletivas.

Idosos em uma universidade da terceira idade e as possibilidades de formas, sentidos e significados ocupacionais

Os participantes revelaram que modificaram as ocupações do dia-a-dia. Identificou-se que os idosos participantes desta pesquisa (res) significaram o processo de envelhecer. Por meio da participação no programa, tiveram a possibilidade de se engajar em ocupações (artesanato, dança, informática, atividade física, por exemplo), que favoreceram a criação/o encontro de redes de apoio entre si, bem como a possibilidade de fazer escolhas ocupacionais. Estes idosos escolheram quais das atividades oferecidas pelo Programa iriam incluir em seus afazeres semanais. Destaca-se também que, para alguns idosos participantes da pesquisa, os aprendizados tornaram-se meio de geração de renda, para outros, a possibilidade de se ocupar, estimulou o engajamento ocupacional, entre outras. Sendo assim, para as pessoas participantes, o programa UNITERCI pode promover, através das iniciativas, bem-estar aos idosos, mudanças ocupacionais saudáveis e significativas e participação social e ocupacional.

DISCUSSÃO

As mudanças ocupacionais e a questão do empoderamento ocupacional para idosos de uma UNITERCI

A UNITERCI trata-se de um local que abriga uma diversidade de pessoas idosas e de maneiras de se ocupar do dia-a-dia. Há aqueles que cuidam da família, trabalham na modalidade informal com vendas, artesãos, donas do lar e aposentados, por exemplo. Pessoas que trazem consigo uma história singular a qual influencia a maneira como irá vivenciar a

ocupação de ser idoso em uma UNITERCI. Nesse contexto, foi observado que a relação estabelecida dentro do programa está em investir nas várias capacidades do idoso participante, seja de interação social, experiências de vida, habilidades com a música, dança, artes manuais, entre outras.

De acordo com Cachioni e Neri (2012), desde a criação das primeiras UNITERCI's, estas objetivam um espaço onde o idoso possa estar de forma produtiva. Este pode investir seu tempo em afazeres que possam preencher significativamente o dia-a-dia, bem como uma possibilidade de contexto para conhecer pessoas. Significa dizer também que, antes das UNITERCI's, a pessoa idosa possuía um repertório de ocupações restritos apenas à casa, sem atividades físicas ou de socialização. De acordo com as autoras, existiam até os que imaginavam que, nessa fase da vida, o potencial produtivo havia acabado. No entanto, as UNITERCI's fomentam a existência de muitas habilidades, tanto para adquirir novos conhecimentos quanto para compartilhá-los.

Ainda segundo Cachioni e Neri (2012), o público idoso perpassa por diferentes gerações, portanto, necessitam conhecer e compreender um mundo em constantes mudanças tecnológicas e ideológicas. Precisam criar novas redes, ou seja, pontos de referências e apoios, sejam estas constituídas por pessoas ou locais e contatos sociais os quais - possibilitam a interação com outras pessoas. Nesse sentido, a UNITERCI pode ser um espaço propício para as relações com outros idosos, aprendizados, novas possibilidades de se engajar em ocupações, é o local em que os participantes tem a possibilidade de conviver com pessoas mais jovens ou que desempenham outras ocupações (os acadêmicos bolsistas, voluntários, estagiários), de debaterem assuntos atuais e expressarem-se com liberdade. Pode retirar o idoso do isolamento, proporcionar saúde, energia e interesse pela vida. No relato a seguir, notamos o quanto o programa modificou a forma de viver dos participantes desta pesquisa:

Antes da UNITERCI, eu não tinha uma ocupação assim, ou seja, a gente não tinha aquilo que a gente gostava, já hoje, a gente faz aquilo que gosta, entendeu? Eu não gostava de fazer aquela comida, lavar aquela roupa, varrer aquela casa, tá entendendo? Aquele serviço pra mim era horrível. E eu já tinha feito tanto tempo aquilo, que pra mim, eu tava estourada (Ana).

O trabalho doméstico antes desempenhado por Ana foi avaliado de forma negativa “*Aquele serviço para mim era horrível*”. Tal fato aponta para uma imagem construída socialmente do idoso como sendo aquele que possui poucas ou, nenhuma capacidade produtiva, aquele que passa o dia em sua casa, cuidando dos netos e familiares. Nesse sentido, de acordo com Cachioni e Neri (2012), também é proposta do Programa UNITERCI modificar a imagem de improdutividade ou de idoso como sinônimo de ociosidade perante a sociedade.

McIntyre e Atwal (2007) afirmam que, o preconceito e a discriminação são existentes na fase idosa quanto as ideias pré-concebidas da produtividade, capacidade cognitiva ou mesmo de pensamentos que focam o idoso como ser frágil, adoecido e atrasado. E que ainda

existem dois estereótipos comuns impregnados no envelhecimento segundo as autoras, o de “isolados e solitários” e de um padrão “parecido com uma criança”, levando ao pensar na dependência de cuidados.

Nessa perspectiva, Cachioni e Neri (2012) trazem que, desde a primeira oferta do programa, os estudiosos notaram os problemas que cada participante trazia consigo: solidão, mania por remédios e médicos, isolamento, depressão, doenças.

Também são identificadas as demandas afetivas, comportamentais e de saúde, os idosos chegam a um Programa com inúmeros problemas gerados a partir de uma exclusão social do idoso.

[...] quando voltei pra Belém é que vim me deparar com a realidade de que não havia mercado de trabalho para mim, por conta da idade, (...), sabe como é, a gente vai envelhecendo e o campo de trabalho vai afunilando, o preconceito, né? (Alice)

Alice, participante da UNITERCI, sempre foi muito ativa no mercado de trabalho, desempenhou essa ocupação em outro estado e quando precisou voltar para sua cidade, já estava com idade avançada considerada pelo mercado de trabalho e sente que esse foi o motivo de ser dispensada das atividades laborais.

O retorno ao trabalho auxilia no sentimento de pertencimento e produtividade do idoso, contribuindo para a manutenção da sua identidade ocupacional. Segundo Phelan e Kinsella (2009), a identidade ocupacional é construída muito a partir do contexto em que esta ocupação é realizada e a partir das vontades do indivíduo. Portanto, a manutenção de atividades significativas para o idoso é um importante fator para a manutenção da sua qualidade de vida.

Alice revelou ainda que (re)descobriu um rol de ocupações permeado de múltiplos afazeres que a colocaram novamente como ser ativa e vista socialmente.

Sem isso aqui eu não sou nada, eu gosto muito do que faço gosto do que eu aprendo e do que eu ensino também, é uma troca, né? Hoje, eu repasso meus aprendizados do crochê para as outras colegas novas que às vezes não sabem nem pegar ainda na agulha direito. Gosto muito de me aperfeiçoar no que faço [...]. Hoje, não me vejo deixando a UNITERCI, pretendo continuar enquanto eu puder e aprender a cada dia mais (Alice).

Alice descreveu a satisfação em produzir conhecimento e de repassá-los a outros. Percebe-se os objetivos de enriquecer a rotina diária com as ocupações, a socialização, a educação e as atividades culturais. As visões do idoso ocioso, frágil e adoecido foram sendo rompidas, em que idosos não queriam um dia-a-dia de poucas ocupações. Sentiam a necessidade da busca constante por conhecimento, convivência, bem como, a manutenção das habilidades que dão continuidade a qualidade do viver e autonomia sobre o processo de envelhecimento.

É necessário ao idoso o processo de independência, pois muitos podem ficar aprisionados a uma vida limitada de possibilidades e poucas oportunidades de engajamento ocupacional, intensificando, assim, os problemas relacionados ao bem-estar do idoso. Nesse sentido, Wilcock e Townsend (2011) afirmam que por uma questão de justiça, ou seja, por uma questão de direito e reconhecimento dos méritos acumulados nas etapas da vida, todos os idosos necessitam de opções de ocupações. Assim, não lhes determinando o que fazer, mas ofertando possibilidades de escolhas.

A Justiça Ocupacional reconhece as pessoas como seres ocupacionais, considerando que cada uma possui únicas e diversas capacidades e habilidades, e necessitam de muitas oportunidades ocupacionais para exercerem suas habilidades de forma significativa (Olivares-Aising, 2018). Nesse sentido, para Wilcock e Townsend (2011), a oferta de oportunidade para atendimento das necessidades e dos anseios ocupacionais das pessoas idosas significa promover programas justos, mesmo diante da singularidade de cada um, dispor mais de uma opção vai ao encontro da liberdade e autonomia da pessoa idosa.

Na UNITERCI, esse proceder se torna muito visível, pois o participante se inscreve nos projetos que mais se identificam e realizam escolhas do que buscam participar.

Eu tô fazendo só dança de salão, [...], mas teve semestre que eu fiz 3 atividades que era dança de salão, o corpo e movimento e informática, agora não. Mas eu tô esperando pra abrir a educação permanente, aí tô esperando as outras atividades. Sempre tem, nunca fica só uma coisa, se vai pra outra [...] (Antônio).

Logo, entende-se que a UNITERCI pode representar um programa justo diante das necessidades do idoso. De acordo com Wilcock e Townsend (2011), possibilitar a autonomia nas escolhas ocupacionais de pessoas idosas é contribuir para o envelhecimento ativo e saudável. Além disso, atualmente se discute o termo “*successful aging*” que em tradução livre seria algo como “envelhecimento bem sucedido”. Este termo está relacionado com as competências físicas e mentais do idoso, tendo influência nos fatores sociais, psicológicos, de saúde e das atividades que o idoso participa. O envelhecimento bem sucedido pode ser considerado um indicador de qualidade de vida, onde sinaliza o nível de autonomia e satisfação do idoso (ÖZSUNGUR, 2019).

Para a participante Dádiva, as atividades a “beneficiaram muito”, citando o Cultural e o de informática, sendo, respectivamente, denominados pelo programa “A terceira idade na Amazônia: Arte e cultura” que visa estimular a participação de idosos em discussões sobre a questão cultural, bem como experiências artesanais de construção individual e coletiva, e a “informática”, que trata da Ação Inclusão Digital e consistem em aulas de informática aos idosos. Nas palavras de Dádiva:

Ah! Depois que eu entrei para a UNITERCI eu aprendi muita coisa aqui. Muita coisa mesmo! Principalmente, esse projeto cultural aqui... ele auxilia muito... os outros cursos me beneficiaram muito também... informática[...]. (Dádiva).

Nessa perspectiva, ratificamos o que ressaltam Cardoso Neto et al., (2017), que os centros de convivência e universidades abertas da terceira idade são espaços que mantêm os idosos ativos no viver, além de lhes oportunizar o contato direto com o mundo, combatem o isolamento e o sentimento de exclusão de seu contexto. Também em concordância com McIntyre e Atwal (2007), os quais defendem que os idosos precisam criar estratégias que sejam flexíveis, se quiserem “prosperar”, se referindo ao termo prosperar como respeito ao aumento e a abundância do bem-estar, de se sentir incluso nos diferentes grupos sociais – família e amigos, por exemplo. Nesse sentido, compreende-se que quando adentram a UNITERCI, os idosos deparam-se com a autonomia no processo de engajamento ocupacional.

Por meio desse estudo, a UNITERCI também é identificada como um espaço que insere o idoso em experiências, com múltiplos projetos, tais como, de atividade física, atividades manuais, informática, dentre outros. Desvelam-se os espaços no qual vivenciam aulas expositivas, experienciam práticas corporais, entre outros. Os idosos tornam-se, criam-se, reinventam-se, reabilitam-se e habilitam-se, libertam-se e vivem um modo de envelhecer de forma emancipatória.

A minha ocupação? Vim para cá! [...]. Isso é muito gratificante, eu acho, é muito bom estar no meio de outras pessoas, conhecer outras pessoas, conversar, trocar ideia, isso aí é maravilhoso mana. Olha, se todo velho, procurasse um negócio desse, viu, para desenvolver, isso é até bom para faculdades mentais da gente, que a gente vai envelhecendo, vai enfraquecendo, isso é muito bom! É legal, gratificante estar aqui. Eu adoro vim para cá, sair de casa (Lurdes). A minha mãe morreu, todos os parentes sumiram... netas, irmã, sobrinhas... aí, tu fica sozinha em uma casa, aí tu tem que ficar conversando com um vizinho de noite e de tarde. Aí, uma, que eu não sei costurar! E outra que me aborrece! Tudo que eu sei eu quero estar inovando, então ficava difícil. Então, isso aqui para mim é uma autoajuda, uma autoestima. Porque também, às vezes, a gente ajuda outras pessoas que estão chegando. Tem pessoas idosas que não sabem fazer as coisas, aí a gente vai ensinando. Quer dizer, já é uma ajuda para mim, porque o que eu já sei eu posso passar para elas aí eu me sinto útil (Elis).

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa, emancipatória é a capacidade de tornar livre e independente (DICIO, 2018). E esse processo de independência é o que nos faz chegar ao empoderamento que por definição é a ação de passar a possuir poder, autoridade e domínio sobre a sua própria vida. Assim, empoderamento, de acordo com Baquero (2012), trata-se da habilidade das pessoas de adquirirem conhecimento e domínio sobre forças pessoais, bem como a capacidade de sentirem-se influentes nos processos determinantes de sua existência. Sendo assim, referir idoso empoderado, a partir dessa perspectiva, também significa dizer de um idoso autônomo no seu fazer, nas suas ocupações.

O processo de construção dos saberes e a participação ativa dos idosos em discussões pode ser observado, por meio do relato da participante Sophia, ao ser questionada sobre

as mudanças após o ingresso na UNITERCI, em que a mesma destacou o conhecimento que, pelo Dicionário da Língua Portuguesa, significa a ação de entender algo por meio da razão, inteligência ou experiência (DICIO, 2018). Além disso, a participante estabeleceu a relação entre o conhecimento adquirido e a disseminação e compartilhamento do mesmo, dentro do ambiente familiar, ou seja, o que é aprendido, quando a participante chega em casa, repassa-os através do diálogo com os filhos:

Ah! Mudou muito. Primeiro, os conhecimentos que a gente tem aqui, né? A gente aprende muita coisa, muitas coisas que os idosos têm direito que a gente não sabia, né? E a gente ficou conhecendo, né?... aí a gente chega em casa e passa tudo para os nossos filhos, tudo que se passou aqui durante a manhã para os meus filhos tomarem conhecimento porque quando a gente conversa a gente passa tudo para eles... colocando sempre os direitos dos idosos, né? Então foi muito bom... quer dizer, aumentou meu conhecimento sobre os idosos [...] (Sophia).

Sophia declara que a aquisição de conhecimentos e saberes, como por exemplo, sobre direitos, cidadania e participação social a oportuniza a inferir que a aquisição, a transmissão e a busca ativa de conhecimento proporcionaram melhoras na qualidade do viver, bem como na participação ativa nas discussões e tomadas de decisão.

Para Freire (1987), o empoderamento não é um processo que acontece de forma individualizada, pelo contrário, é uma libertação social, ocorre de forma coletiva. Uma vez livre de preconceitos, exclusões, limitação ou inibição da autonomia ou estigmas - sejam eles de qualquer dimensão, intelectual, social, de gênero, idade, funcionalidade, a pessoa precisa repassar o novo conhecimento à frente. De acordo com o autor, de nada serve o conhecimento retido apenas para si, é necessário repassá-lo a outros (FREIRE, 1987).

Na visão Freireana, o empoderamento individual, fundado numa percepção crítica sobre a realidade social, é fundamental, mas a aprendizagem precisa ter relação com a transformação social (BAQUERO, 2012). Desse modo, à medida que a idosa Sophia apresentou seus novos conhecimentos sobre direitos dos idosos no ambiente familiar, como relatado no trecho: “A gente aprende muita coisa, muitas coisas que os idosos têm direito que a gente não sabia, né? E a gente ficou conhecendo, né? [...], aí a gente chega em casa e passa tudo para os nossos filhos” ela contribui para o processo de libertação de outros.

De acordo com Baquero (2012), o ato do compartilhamento de saberes torna o empoderamento muito mais do que um fenômeno individual, configura-se como um processo de ação coletiva que se dá na interação entre pessoas. Assim, podemos compreender a UNITERCI como um espaço de empoderamento de idosos.

Segundo o relato de Lurdes, a vivência individual e a compreensão sobre a interação grupal e relações instituídas, geraram emancipação em uma nova forma de ver o mundo e seu papel no mesmo, demonstrado por meio da preocupação com o coletivo:

Isso é muito gratificante, eu acho, é muito bom estar no meio de outras pessoas, conhecer outras pessoas, conversar, trocar ideia, isso aí é maravilhoso. Olha, se todo velho, procurasse um negócio desse, viu, para desenvolver, isso é até bom para faculdades mentais da gente [...] (Lurdes).

Cristina também expôs sua percepção sobre a sua participação e engajamento na UNITERCI, como sendo um espaço de construção diária de saber: *aqui, a gente aprende muita coisa, coisas que nós não aprendemos quando criança, a gente tem mais conhecimento também (Cristina).*

Assim, na concepção de Freire (1987), a Educação tem relação direta com a emancipação social, ou seja, o empoderamento. Para Freire (1987), na obra *Pedagogia do Oprimido*, a educação é um processo relacional e não acontece isoladamente. Cardoso Neto et al., (2017), a partir dessa compreensão, também afirma que, para os idosos, a educação busca facilitar-lhes a vida, seu contato com novas tecnologias e novos grupos sociais, além de possibilitar seu empoderamento em diversos aspectos.

Para Antônio, os conhecimentos adquiridos nas relações estabelecidas no espaço da UNITERCI, o tornou mais seguro e independente em seu cotidiano:

Quando veio a UNITERCI, aí eu aprendi a buscar o conhecimento, hoje em dia eu não preciso mais de chegar e consultá-lo (filho), eu já sei, a UNITERCI me deu um direcionamento pra eu poder caminhar. É isso! Às vezes, eu perguntava certas coisas pra ele (filho), aí não encontrava assim..., hoje em dia não, hoje em dia, eu tô independente (Antônio).

A partir dos relatos, percebemos um ato emancipatório, ou seja, de independência na compreensão de si, das relações e do conhecimento e, portanto, atos de empoderamento da pessoa idosa. Para Cardoso Neto et al., (2017):

A educação na terceira idade é o processo pelo o qual se incentiva e potencializa as capacidades do idoso. Além de estimular sua autoformação, com o propósito de enriquecer seus conhecimentos, desenvolver suas aptidões, melhorar suas técnicas profissionais (Cardoso Neto et al., 2017, p.78).

A UNITERCI compreende a necessidade do Ser Idoso, contribui para a promoção ocupacional e autônoma em suas escolhas. Ao tornar-se autônomo em suas escolhas e em seu engajamento diário, também enfatizamos que, a UNITERCI é promotora de um empoderamento sobre as ocupações de idosos.

Idosos em uma universidade da terceira idade e as possibilidades formas, sentidos e significados ocupacionais

As ocupações são muito importantes para o ser humano, pois são através delas que se cria a identidade do sujeito e, para cada um, as ocupações são desempenhadas

de um modo especial e que lhe geram satisfação (Associação Americana de Terapia Ocupacional - AOTA, 2015).

De acordo com a AOTA (2015):

Ocupações ocorrem em contexto e são influenciadas pela interação entre fatores de clientes, habilidades de desempenho e padrões de desempenho. Ocupações ocorrem ao longo do tempo; têm um propósito, significado e utilidade percebida pelo cliente; e podem ser observadas por outras pessoas (AOTA, 2015, p.6).

Ainda de acordo com a AOTA (2015), as ocupações podem ser: Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), Descanso e Sono, Educação, Trabalho, Brincar, Lazer, Participação Social.

Desse modo, compreende-se que os processos de envolvimento em ocupações podem ocorrer no dia a dia, o autocuidado, ir à escola, trabalhar, fazer compras, preparar um alimento, lazer, interagir com a família e amigos, por exemplo. Nesse cenário, é comum que com o passar dos anos, há uma modificação na forma de ocupar-se, algumas delas deixam de ser realizadas, outras são acrescentadas e também há aquelas que a maneira de desempenhar são alteradas. Há idosos que, na fase adulta, sua principal ocupação consistia no trabalho e cuidar da família, é o caso dos entrevistados Dádiva, Ana e Julieta ao serem questionados sobre o que faziam antes da UNITERCI:

Antes, só trabalhando. Trabalhando em casa de Família, sempre trabalhei fora [...] (Dádiva).

*Eu fazia as coisas de casa, lavava, passava. Hoje não faço nadinha [...] (Ana).
Eu não fazia atividade nenhuma como estou fazendo aqui. Eu só trabalhava (Julieta).*

No Programa UNITERCI, as formas de se ocupar foram alteradas. Os idosos engajavam-se em novas ocupações. Os relatos a seguir expõem sobre o fato de ocupar-se na UNITERCI, revelando que este foi propício para a o envolvimento em novas ocupações, bem como, as relações estabelecidas, geraram afetações e vínculos entre os pares:

*Então a UNITERCI é tipo uma segunda família pra mim, eu venho pra cá e a relação mana... é um ensinando o outro, quando você não sabe o outro pega na sua mão, vem com a agulha vem cortando, ensinando... é muito bom esse projeto. Espero em Deus que nunca acabe esse projeto que ainda tem muito idoso pra vim pra cá. Sinceramente! Aqui é muito bom, harmonizado, não tem disse me disse, aqui todo mundo é amigo... deus o livre! Amizade aqui é demais, já são antigas, uma conhece a outra... ai uma vai e conta: ai eu to com um problema assim... ai a outra vai e ajuda a outra... e assim vai (Dádiva).
Para mim é ótimo essa ocupação porque eu não fico assim... distante das coisas, sabe quando a gente fica com a cabeça vazia? Assim... Fica perdido em pensamentos? (Elis).*

Ana relataram sobre ser idoso participando no programa, demonstrando o quanto a UNITERCI tornou-se uma ocupação significativa:

Eu me sinto muito bem, me sinto ótima, no meio de vocês, parece que eu to assim, no mundo de felicidade (Ana).

Sobre a formação identitária, Quaresma e Ribeirinho (2016), também discutem o papel das UNITERCI's como constituintes da formação do sujeito enquanto ser idoso na sociedade. Nessas e outras iniciativas como os centros de idosos, associações de bairros, grupos da rede saúde, por exemplo, estão permeados objetivos centrados nas pessoas participantes, os quais são detentores de direitos, de escolhas e atores da transformação social.

Após ingressar na UNITERCI, os idosos permitiram a relação com outras pessoas, tal processo estimula inúmeras habilidades de interação social como expressão de emoções, a formação de vínculos, entre outros. Desse modo, o idoso que antes se ocupava apenas de trabalho e deveres com a família, na UNITERCI, passa a compartilhar novos saberes e novas possibilidades com outras pessoas que (com)partilham do mesmo processo, o de envelhecer.

Leles, Carlos e Paulin (2018) apresentam resultados semelhantes em pesquisa realizada com uma amostra de 12 idosos, a qual objetivou compreender a importância dos papéis ocupacionais e do apoio social de idosos participantes dos grupos de promoção de saúde oferecidos por um Centro de Convivência. Os resultados mostraram que os grupos de convivência são espaços favoráveis a interação social, a diminuição de isolamento na velhice e uma grande influência para o bem-estar físico, emocional e psíquico de idosos, além disso, contribuem para a realização satisfatória de papéis ocupacionais, que de acordo com AOTA (2015), são conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade e moldados pela cultura e contexto.

Percebe-se que ser idoso na UNITERCI é ter a possibilidade de interagir com outras pessoas e tal característica contribui para a diminuição do possível isolamento que se torna muito comum na fase idosa devido a saída dos filhos de casa ou a viuvez ou até mesmo o abandono. Assim, pela fala de Alice e de Inácia identificamos um cotidiano repleto de vínculos de amizade e há aqueles que se estendem para além dos encontros nos projetos e chegam às redes sociais:

Tenho muitos amigos que conheci ao longo do tempo que estou aqui, mas alguns foram para outros cursos, alguns ainda estão aqui nos mesmos cursos que eu e assim vai (Alice).

Aí aqui é bom porque eu converso com as pessoas, converso com um e com outro, tenho minhas amigas. Aqui eu fiz minhas amizades (Inácia).

Nesse contexto, interagir com outras pessoas tornou o espaço da UNITERCI como uma rede social entre os participantes. McIntyre e Atwal (2007) referem que a rede social

compreende todas as relações interligadas de uma pessoa pode ser considerada como um sistema de dar e receber que pode influenciar o comportamento social de todos os membros da rede. Além do idoso ter a possibilidade de escolher o que gostaria de fazer, ele pode encontrar com outras pessoas e descobrir apoio durante as experiências de vida. Assim, Leles, Carlos e Paulin (2018) contribuem para tal afirmação ao alegarem que, os laços de amizades estão inseridos na rede social das pessoas e se apresentam como uma importância relevante para o bem-estar psíquico, afetivo e emocional dos idosos.

O suporte social possui um importante papel na qualidade de vida dos idosos, uma vez que, seja este formal ou não formal, traz ao idoso a sensação de segurança, bem-estar e adequação. Além disso, a satisfação em relação a este suporte, sobretudo nas relações estabelecidas entre o idoso e sua rede social, podem trazer uma série de benefícios à sua saúde mental e emocional (ÖZSUNGUR, 2019).

Nesse cenário, tem-se que a UNITERCI é um espaço promotor de possibilidades ocupacionais aos idosos desde atividades manuais à expressão corporal. Assim, McIntyre e Atwal (2007) referem que os idosos podem participar mais de grupos (como parte de uma rede social) quando envolve a prática de atividade física. Portanto, a satisfação em participar de tal ocupação produz benefícios que são levados para além do momento em grupo. Sendo assim, Antônio revela por meio de seu relato a importância das atividades corporais:

Olha! A dança de salão, é uma coisa que ela meche com a minha cabeça, certo? Até anestesiando a mente, né? e o corpo, fazendo com que eu interaja com os colegas e as colegas, que eu me sintam numa outra atmosfera que me dá prazer, de pegar, escutar uma música, os problemas que eu tenho, aquilo ali vai se sair, vai se expandir, sair a dança de salão ela proporciona muito isso aí, eu posso dizer assim, em um termo mais pejorativo, me soltar! então é isso! (Antônio).

Além da possibilidade de reestruturação de repertório ocupacional através da interação social e atividade física significativa, os idosos tiveram a oportunidade de participar de atividades manuais e artesanais que favoreceram além das habilidades cognitivas e motoras, outros benefícios como geração de renda. Com isso, o idoso sentiu-se ainda ativo, como observado nos relatos abaixo:

Ah! Depois que eu entrei para a UNITERCI eu aprendi muita coisa aqui... a pessoa faz um objeto e vende e... muita gente aqui tá até conseguindo fazer alguma coisa a mais né? E o artesanato abre portas pra muita gente, você pode vender numa feirinha, abrir uma lojinha, uma portinha, alguma coisa [...]. Ah... eu gosto, gosto muito de artesanato. É uma coisa que a gente mexe com a mente, com as mãos principalmente quem tá com reumatismo nos braços, na mão, é uma coisa que você tá fazendo aqueles movimentos diferentes (Dádiva).

Souza, Valim de Souza e Mello (2017) ressaltam que, a partir da experiência com oficinas de atividades expressivas e artesanais, a participação prolongada nessas atividades, auxiliam

na coordenação motora fina, autoestima e segurança para o desenvolvimento de novas propostas. Além disso, oficinas de atividades manuais e expressivas, não apenas podem ser geradoras de renda, mas podem favorecer sentimentos de pertencimento, conforto e cuidado.

Portanto, com base na Ciência da Ocupação, pôde-se compreender diversas formas, sentidos e significados de se ocupar em ser Idoso de uma UNITERCI. De acordo com Carrasco e Olivares (2008) e Jáuregui e Lucero (2013), a forma ocupacional surge a partir da interação do ambiente com a atividade, onde há idealização de um tempo e um determinado espaço físico e social. Ainda de acordo com os autores, o Sentido é considerado como o objetivo decorrente da interação dinâmica entre a pessoa e a atividade. Para Larson, Wood e Clarck (2005), o significado se refere à experiência subjetiva da participação em fazeres, onde são atribuídos valores pessoais às vivências.

Nesse contexto, a forma pôde ser relacionada às novas ocupações após a participação na UNITERCI, sendo estas, atividades manuais como crochê, ponto-cruz, ou corporais como dança e atividade física. Desse modo, um mesmo espaço possibilita a diferentes pessoas formas similares de se ocupar.

Quando os idosos foram questionados a respeito do sentido de ocupar-se na UNITERCI, as respostas permeavam por relações com saúde e qualidade de vida, aquisição de novos conhecimentos, interação social e ressignificação das ocupações. Assim, acredita-se que, as possibilidades de participação e interação na UNITERCI intensificaram e ampliaram formas de ocupar-se, gerando sentidos particulares a partir das relações construídas com o ambiente, com a atividade e com o outro. O Significado ocupacional é pessoal, cada participante atribui a significação de acordo com sua vivência particular sendo influenciado pelo contexto, a personalidade e o histórico de cada participante.

A partir da análise, acredita-se que o significado da UNITERCI para os idosos participantes foi de grande importância, pois este possibilitou as pessoas idosas a participação e a interação social, a promoção da qualidade do viver e o acesso ao conhecimento voltado para o público idoso. Araújo et al., (2011), considera que a participação nas atividades diárias afeta significativamente a saúde, felicidade e satisfação pessoal.

Sendo assim, ser idoso da UNITERCI é viver uma velhice que deparar-se com o estímulo a vitalidade, a funcionalidade e a autonomia e independência. Ocupar-se de ser idoso da UNITERCI é ser encorajado a participar ativamente das ocupações que lhe causam prazer, bem como, possibilita um novo olhar sobre o envelhecimento desvelando novas possibilidades de ocupações na fase idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos achados deste estudo, compreende-se que a UNITERCI funcionou como um espaço favorecedor do envelhecimento ativo e saudável. Possibilitou aos participantes

desta pesquisa experiências em diferentes tipos de ocupações, estimulando e favorecendo o processo de empoderamento e ressignificação ocupacional. Desse modo, os idosos participantes das atividades do Programa participantes desta pesquisa mostraram-se mais autônomos e independentes, conhecedores de seus direitos e deveres, bem como ativos em discussões na sociedade. Os participantes compreenderam no decorrer do tempo que, existe energia, atividades, amigos e ocupações significativas na velhice, sentiram-se importantes e valorizados por existir um local específico destinado a atender as suas necessidades.

O estudo focou um olhar sobre as ocupações e como estas foram modificadas nas rotinas desses idosos. Os resultados revelaram para a importância do espaço para a saúde, cidadania e sentimento de pertencimento dos idosos, bem como, redução do isolamento e solidão e proporcionando interação com outras pessoas e com o ambiente.

Também destaca-se que o estudo possibilitou às pessoas idosas expressarem suas inquietações, anseios, idealizações e isso tende a refletir o modo como se engajam no que lhe era proposto, afinal as diversas possibilidades de participação vividas neste contexto puderam intensificar e ampliar formas de ocupar-se, gerando sentidos e significados particulares a partir das relações construídas com o ambiente, com a(s) atividade(s) e com o outro, sendo a terceira idade caracterizada como uma etapa de transformações em múltiplas dimensões da vida, logo, sendo evidenciadas repercussões, também, em suas ocupações. Assim, constitui-se como um instigante e amplo campo de estudo, bem como para o processo de envelhecimento.

■ REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, L., et al. Ciencia de la ocupación y terapia ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, v. 11, n. 1, p 79-87, 2011.
2. ASSIS, M. G., DIAS, R. C., NECHA, R. M. A universidade para a terceira idade na construção da cidadania da pessoa idosa. In: ALCÂNTARA, A.O., CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.) **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea. 2016. p. 199-2010.
3. ASSOCIAÇÃO AMERICANA DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo. **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**. v.26, n. 3, p. 1-49, 2015
4. BAQUERO, R.V.A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista Debates**. v. 6, n. 1, p. 173-187, 2012
5. BARBOSA, A. **Medos reais em idosos do século XXI: estudo comparativo com os idosos da UAIP socorro gabriel e o programa uniterci-UFPA em Belém-PA**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, 2011.

6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 1977. 223 p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dez 2012.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510/16, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 mai 2016.
9. CACHIONI, M., NERI, A.L. Educação e velhice bem-sucedida no contexto das universidades da terceira idade. In: NERI, A.L., YASSUDA, M.S., CACHIONI, M (org.) **Velhice bem-sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. São Paulo: Papirus, 2012. p. 29-49.
10. CACHIONI, M., ORDONEZ, T.N. Universidade da Terceira Idade. In: FREITAS, E. V. (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. p. 507-519.
11. CAMARANO, A. A., KANSO, S., FERNANDES, D. (2016). Brasil envelhece antes e pós-PNI In: ALCÂNTARA, A.O., CAMARANO, A. A., GIACOMIN, K. C (orgs). **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 63-103
12. CARRASCO, M. J., OLIVARES, A. D. Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la ocupación para la investigación y práctica de la terapia ocupacional. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**. n. 8, p.5-16, 2008.
13. CÓDIGO DE NUREMBERG. Julgamentos de criminosos de guerra perante os Tribunais Militares de Nuremberg. Lei do Conselho de Controle. 1947. Disponível em: < <https://www.ufrgs.br/bioetica/nuremcod.htm> > Acesso em: 26 set. 2020
14. DECLARAÇÃO DE HELSINQUE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL. Princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Fortaleza. 2013. Disponível em: < https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf > Acesso em: 26 set. 2020
15. DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/> > Acesso em: 27 novembro 2018
16. DICKIE, V. O que é ocupação? In: CREPEAU, E.B., COHN, E.S., SCHELL, B.A.B. **Willard e Spackman: terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 15-21.
17. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. (17a ed). São Paulo: Paz e Terra, 1987. 96 p.
18. FREITAS, E., PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013. 2360 p.
19. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011.
20. JÁUREGUI, J., LUCERO, D. Forma, función y significado de la conducción de automóviles en un grupo de adultos mayores residentes en Santiago de Chile. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**. v. 13, n. 1, p 23–32. 2013
21. KÜCHEMANN, B. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Sociedade e Estado**, v. 27, n.1, p 165-180. 2012.

22. LARSON, E., WOOD, W., CLARCK, F. Ciencia Ocupacional: desarrollo de la ocupación a través de uma disciplina acadêmica. In: CREPEAU, E. B., COHN, E. S., SCHELL, B. A. B. **Willard e Spackman: Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 15-21.
23. LELES, T., CARLOS, M., PAULIN, G. A influência de grupos de promoção de saúde no envelhecimento de idosos. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. v.2, n. 2, p 305-318. 2018.
24. MACIEL, B. Universidade da Terceira Idade está com inscrições abertas. **Portal ufpa**. Belém, 23 fev. 2015. Disponível em:<<http://www.portal.ufpa.br/imprensa/noticia.php?cod=10053>> Acesso em: 26 setembro de 2020.
25. MCINTYRE, A., ATWAL, A. **Terapia ocupacional e a terceira idade**. São Paulo: Santos, 2007. 236 p.
26. MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, SP, v. 5, n. 7, p. 01-12. 2017.
27. MIRANDA, G. M. D, MENDES, A. D.C.G, SILVA, A. L. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 19, n. 3, p 507-519. 2016.
28. NERI, A., YASSUDA, M., CACHIONI, M. **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. (4a ed.). Campinas, SP: Papiruz, 2012. 224 p.
29. CARDOSO NETO, A. D. C., CARDOSO, A. M. M., CARDOSO, G. L. M., & de OLIVEIRA, M. S. Educação um fator importante para empoderar o envelhecimento. In: XVII SAFETY, HEALTH AND ENVIRONMENT WORLD CONGRESS. 17., 2017, Portugal. Anais **eletrônicos...** Vile Real: Disponível em: < <http://www.copec.eu/shewc2017/proc/works/16.pdf> > Acesso em: 26 setembro 2020.
30. OLIVARES-AISING, D. Justicia ocupacional y desarrollo a escala humana: Una propuesta de integración teórica. **Journal of Occupational Science**, v. 25, n. 4, p 474–485. 2018.
31. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005. 61 p.
32. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. OMS. 2015. 30 p.
33. ÖZSUNGUR, F. Gerontechnological factors affecting successful aging of elderly. **The aging male**. DOI: 10.1080/13685538.2018.1539963 . 2019.
34. PHELAN, S., KINSELLA, E. A. Occupational identity: engaging socio-cultural perspectives. **Journal of Occupational Sciences**. v. 16, n. 2, p. 85-91. 2011.
35. QUARESMA, M. L. B. de; RIBEIRINHO, C. Envelhecimento–Desafios do Séc. XXI. **Kairós Gerontologia**. v. 19, n. 3, p. 29-49. 2016.
36. SIMÕES, A., SAPETA, P. Construção social do envelhecimento individual. **Revista Kairós: Gerontologia**. v. 20, n. 2, p. 9-26. 2017.
37. SOUZA, M., VALIM, S., MELLO, R. Oficinas terapêuticas na atenção primária: um relato de experiência. **Raízes e rumos**. v. 5, n. esp., p. 217-222. 2018.
38. WILCOCK, A.A., TOWNSED, E.A. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional** (11a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011. 1208 p.

“ Interferência do padrão respiratório de baixa frequência sobre pressão arterial em idosos institucionalizados

- ▮ Ingrid Belchior **Pinto**
- ▮ Laíze Aparecida de Paulo Poubel **Sobreira**
- ▮ Patricia Luciene da Costa **Teixeira**

RESUMO

Introdução: O envelhecimento causa mudanças fisiológicas e estruturais nos indivíduos podendo contribuir para patogênese da hipertensão arterial, doença crônica extremamente prevalente nesta população. A ventilação pulmonar, pressão arterial e débito cardíaco são variáveis lábeis que estão continuamente sendo ajustadas para suprir as demandas metabólicas dependendo da situação. **Objetivo:** Avaliar o efeito do padrão respiratório de baixa frequência sobre a pressão arterial de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Metodologia:** Amostra de conveniência foi constituída de 10 (dez) idosos, idade média $75,78 \pm 7,4$ anos, que realizaram exercícios respiratórios de baixa frequência, por 10 minutos, duas vezes por semana, durante quinze semanas. A pressão arterial foi avaliada antes e após cada sequência de 1 minuto, em seguida foi registrada e comparada com o resultado avaliado inicialmente. **Resultados:** Apenas 6 (seis) idosos apresentaram diminuição da média da pressão arterial sistólica (PAS), 2 (dois) não mostraram diferença e 2 (dois) apresentaram aumento. Por outro lado, em relação a média da pressão arterial diastólica (PAD), 4 (quatro) apresentaram diminuição, 2 (dois) pacientes não apresentaram, e 4 (quatro) apresentaram aumento. **Conclusão:** Os resultados encontrados apóiam a hipótese de que o padrão respiratório de baixa frequência é um recurso não oneroso que pode ser utilizado como estratégia não farmacológica, coadjuvante ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial em idosos.

Palavras-chave: Frequência Respiratória, Hipertensão Arterial Sistêmica, Idoso.

INTRODUÇÃO

Entre 2015 e 2050, a proporção da população mundial com mais de 60 anos quase dobrará de 12% para 22%. Todos os países vêm enfrentando grandes desafios para garantir que seus sistemas sociais e de saúde estejam prontos para aproveitar ao máximo essa mudança demográfica (OPAS, 2018).

No Brasil, de acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2017, a prevalência de hipertensão arterial (HA) autorreferida passou de 22,6% em 2006 para 24,3% em 2017. A hipertensão tende a aumentar com a idade, chegando, em 2017, a 60,9% entre os adultos com 65 anos (BRASIL, 2020).

O envelhecimento é caracterizado por um processo fisiológico, no qual o indivíduo sofre mudanças físicas, biológicas e bioquímicas podendo comprometer o sistema cardiorrespiratório. Essas alterações promovem uma diminuição da capacidade funcional, tornando o idoso mais susceptível a desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (BASSINI *et al.*, 2012; CALEGARI *et al.*, 2014). O aumento importante, sustentado ou progressivo dos níveis de pressão arterial pode gerar outras complicações, com isso, o índice de mortalidade aumenta cada vez mais. Hábitos não saudáveis relacionados aos fatores dietéticos, ambientais, sedentarismo, obesidade, aumentos dos níveis de triglicérides e colesterol, dentre outros obtidos no decorrer da vida, colaboram ainda mais para a manifestação de doenças cardiovasculares (FUKAHORI *et al.*, 2017).

Quanto mais riscos acumulados em um mesmo indivíduo, maiores as chances de este desenvolver hipertensão. A 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial (2016) classifica a HA de acordo com seus níveis tensionais (Tabela 1) e sua causa. Hipertensão primária é definida por não possuir causa conhecida e é responsável pela maioria dos casos de hipertensão; já a secundária, representada por um número menor de casos, possui maior chance de cura por apresentar causa muito bem estabelecida (MALACHIAS, 2016).

A prevalência de HAS sofre influência de múltiplos fatores, com destaque para os demográficos, hereditários, socioeconômicos, comportamentais e antropométricos. A maioria desses fatores de risco para doenças cardiovasculares podem ser prevenidos, controlados e modificados através de abordagens de fatores de riscos comportamentais. (OMS, 2013).

Segundo informe do instituto de pesquisa econômica aplicada (IPEA) população idosa do Brasil será ainda mais expressiva nas próximas décadas (COSTANZI, 2018). Perante este crescimento, é necessária uma maior atenção à massa populacional presente na sociedade (MENDES, 2018), pois, a preocupação com envelhecimento está associada aos riscos e as oportunidades em desenvolver estratégias para minimizar estes riscos. Assim, identificar os fatores associados à HAS, bem como conhecer a sua magnitude, constitui elemento de fundamental importância para subsidiar ações de controle da HAS (MARQUES, 2020).

Existem medidas farmacológicas e não farmacológicas como mudanças nos hábitos de vida, atividade física e alimentação balanceada no tratamento da hipertensão arterial (GIROTTI, 2013), mas pouco se fala sobre a mudança no padrão respiratório. A relação entre anormalidades respiratórias e hipertensão arterial ganhou destaque na comunidade científica pelos relatos de aumento da prevalência de doenças cardiovasculares em indivíduos com distúrbios respiratórios do sono (PINHEIRO, 2007). Por outro lado, a medicina moderna deve olhar de perto para as asserções da medicina alternativa (SINGH, 2010).

A técnica pranayama (respiração controlada) praticada na terapia do yoga, utiliza uma respiração lenta e profunda, fazendo com que o indivíduo tenha conscientização de seu padrão respiratório. Este método pode promover um efeito benéfico no controle da hipertensão, já que promove uma redução da frequência cardíaca pela melhora da sensibilidade barorreflexa associada ao sistema nervoso autônomo (PINHEIRO *et al.*, 2007).

Sendo assim, este estudo foi delineado objetivando verificar se o padrão respiratório de baixa frequência é capaz de promover um melhor controle da pressão arterial de indivíduos idosos diagnosticados com hipertensão arterial que vive em uma instituição de longa permanência no interior do estado do Rio de Janeiro.

Tabela 1. Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS(mm Hg)	PAD(mm Hg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: SBC (2016, p. 11).

METODOLOGIA

Pesquisa experimental prospectiva de abordagem quantitativa. A amostra de conveniência foi selecionada em uma instituição de longa permanência localizada em uma cidade do interior do estado do Rio de Janeiro. Após aprovação do comitê de ética em pesquisa em seres humanos, foi iniciada por meio da análise dos prontuários para identificação dos possíveis participantes. Em seguida, os idosos com idade igual ou superior a partir dos 60 anos, que apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial, em tratamento farmacológico passaram por avaliação cognitiva através de entrevistas individuais para aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), para que pudessem efetivamente participar da pesquisa. Após leitura e esclarecimento das dúvidas relacionadas ao termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), os participantes assinaram o termo de consentimento livre e

esclarecido. Aqueles que apresentavam diagnóstico de estenose das artérias coronárias, mitral e cerebrovascular e os que demonstraram difícil compreensão durante a realização do protocolo foram excluídos.

Amostra de conveniência foi constituída por 10 (dez) idosos que realizaram exercícios respiratórios de baixa frequência, durante 10 minutos, duas vezes por semana, sempre nos mesmos dias e horários, ao longo de quinze semanas.

Como instrumento para coleta de dados foi utilizada uma ficha de identificação do participante com local para anotações dos sinais vitais, horário das medicações e outras informações como, hábitos de vida, recusa em participar, saiu para exame, visita a família, mudança de endereço e/ou óbito. Após início do procedimento foram verificados os sinais vitais na ordem apresentada a seguir. Frequência respiratória (FR), determinada pela avaliação visual da expansibilidade torácica durante um minuto utilizando um relógio de ponteiro, sem que a verificação pudesse ser percebida pelo indivíduo para evitar vieses relacionados a alteração do ritmo e profundidade. Desta forma a FR era mensurada durante contagem da frequência de pulso. Verificação da pressão arterial (PA) utilizando esfigmomanômetro do tipo aneróide calibrado, de marca *Premium* com braçadeira para adultos e com fecho em velcro adequado ao membro superior do indivíduo livre de vestimentas, o membro utilizado como referência era o que apresentava maior valor de PA. Em seguida a frequência de Pulso (FP), bem como a saturação parcial de oxigênio (SpO₂) utilizadas eram verificadas através por oxímetro digital da marca *MD300-D*. Após a coleta desses dados, os idosos que apresentaram pressão arterial $\geq 120 \times 70$ mmHg permaneciam sentados com dorso encostado na cadeira os braços apoiados sobre as coxas e pés apoiados no chão. Nesta posição realizavam o padrão respiratório de baixa frequência, a saber, eram orientados a inspirar pelo nariz e expirar lentamente pela boca, durante um minuto com uma frequência respiratória mínima de 12 ipm por este ser o limite inferior da frequência respiratória preconizada pela literatura para adultos. Este mesmo procedimento foi repetido no máximo 10 vezes com intervalo de 2 minutos entre cada sequência de 1 minuto, com apoio da mão do terapeuta apoiada na região abdominal fazendo uma suave pressão durante a expiração para incentivar o padrão diafragmático.

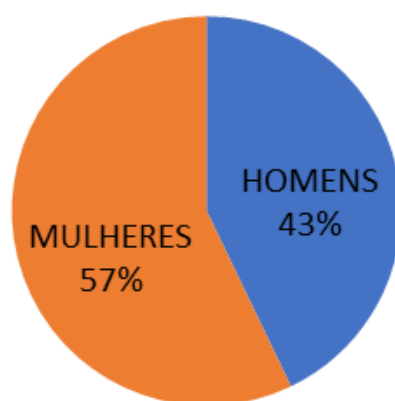
Os dados foram exportados para uma planilha de Excel, posteriormente a análise estatística e confecção dos gráficos foram realizadas utilizando o *software* Prism. Primeiramente foi aplicado o teste de *Shapiro-Wilk* para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas, como as variáveis apresentaram distribuição normal, aplicaram-se testes paramétricos.

O estudo foi realizado de acordo com os preceitos éticos que norteiam a resolução 466/2012 do CNS, sendo o mesmo aprovado por comitê de ética em pesquisa sob nº CAAE 77649417.1.0000.5255.

RESULTADOS

Inicialmente 14 (quatorze) idosos com diagnóstico de hipertensão arterial, predominando o sexo feminino 8 (57%) Fig.1 iniciaram a participação na pesquisa. Entretanto, perdas relacionadas a óbito, mudança de endereço e recusa fez com que apenas 10 participantes realizassem o protocolo em sua totalidade. A média de idade dos participantes foi de 75,78 com desvio padrão de $\pm 7,4$ anos.

Fig.1- Percentual de distribuição dos idosos institucionalizados conforme o gênero.



Fonte: Dados do estudo.

Os voluntários que se submeteram ao protocolo apresentaram dificuldade em manter a frequência respiratória mínima proposta em 12irpm, desta forma foi permitido que os mesmos mantivessem a frequência respiratória mínima auto declarada confortável. A análise da distribuição das medidas em idosos do sexo feminino é demonstrada na tabela 1, enquanto a distribuição das medidas em idosos do sexo masculino está exposta na tabela 2.

Tabela 1. Dados descritivos (média, \pm desvio padrão, mínimo e máxima) e teste estatístico das variáveis dos idosos do gênero feminino, nos momentos pré e pós intervenção.

Variáveis	Pré		Pós	
	Média \pm DP	(Mín - Máx)	Média \pm DP	(Mín - Máx)
Idade	74 \pm 5,9	68-83		
PAS	124 \pm 5,2	120-132	118 \pm 7,12	110-126
PAD	78 \pm 3,0	75-83	74 \pm 4,11	70-78
SpO2	96 \pm 1,0	95-98	95 \pm 0,5	94-96
FR	20 \pm 1,6	19-23	18 \pm 2,2	16-22
FP	79 \pm 10	70-96	77 \pm 8,4	69-91

Legenda: Pressão arterial sistólica= PAS, Pressão arterial diastólica=PAD, Saturação parcial de oxigênio=SpO₂, Frequência respiratória=FR, Frequência de pulso=FP.

Fonte: Dados do estudo.

Tabela 2. Dados descritivos (média, \pm desvio padrão, mínimo e máxima) das variáveis dos idosos do sexo masculino, nos momentos pré e pós intervenção.

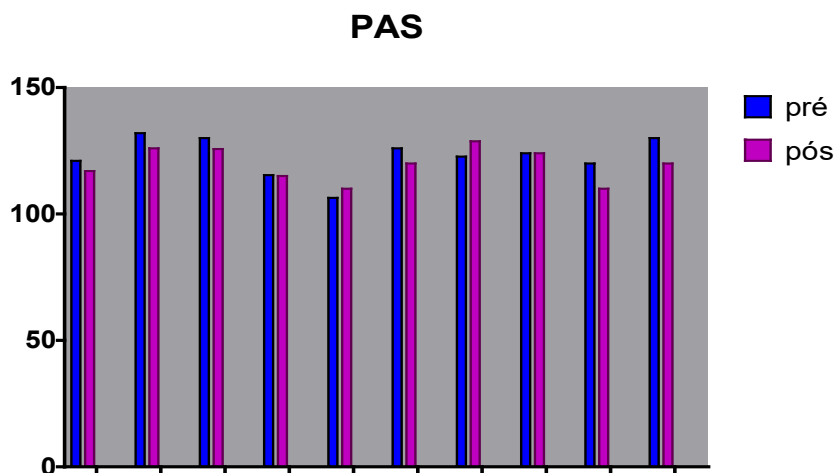
Variáveis	Pré		Pós	
	Média \pm DP	(Mín - Máx)	Média \pm DP	(Mín- Máx)
Idade	77 \pm 9,4	64-88		
PAS	122 \pm 6,3	120-127	120 \pm 6,8	110-128
PAD	75 \pm 3,6	80-100	73 \pm 6,0	67-83
SpO2	94,9 \pm 1,25	93-96	94 \pm 0,8	93-95
FR	18,5 \pm 2,9	14-21	16 \pm 2,6	13-20
FP	80 \pm 5,6	74-86	78 \pm 8,9	67-89

Legenda: Pressão arterial sistólica= PAS, Pressão arterial diastólica=PAD, Saturação parcial de oxigênio=SpO₂, Frequência respiratória=FR, Frequência de pulso=FP.

Fonte: Dados do estudo.

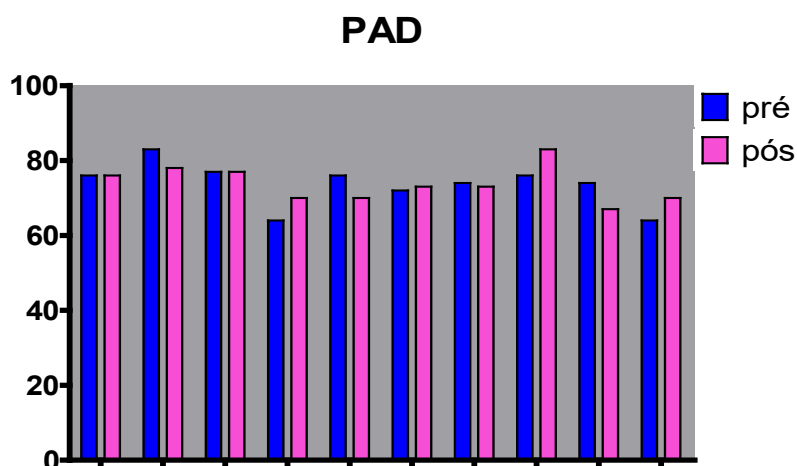
Dos 10 (dez) idosos que concluíram a totalidade do protocolo, 6 (seis - 60%) apresentaram diminuição da média da pressão arterial sistólica (PAS), 2 (dois - 20%) não apresentaram diferença e, 2 (dois - 20%) apresentaram aumento desta média (Fig.2). Em relação à média da pressão arterial diastólica (PAD), 4 (quatro - 40%) apresentaram diminuição, 2 (dois - 20%) pacientes não apresentaram diferença, e 4 (quatro - 40%) apresentaram aumento (Fig.3). Considerando a média da frequência de pulso (FP) apresentada pelo total de idosos, 5 (cinco - 50%) apresentaram diminuição, 1 (um - 10%) não mostrou diferença entre as médias alcançadas e 4 (quatro - 10%) apresentaram aumento das mesmas (Fig.3).

Fig. 2– Avaliação da Pressão arterial sistólica nos momentos pré e pós intervenção.



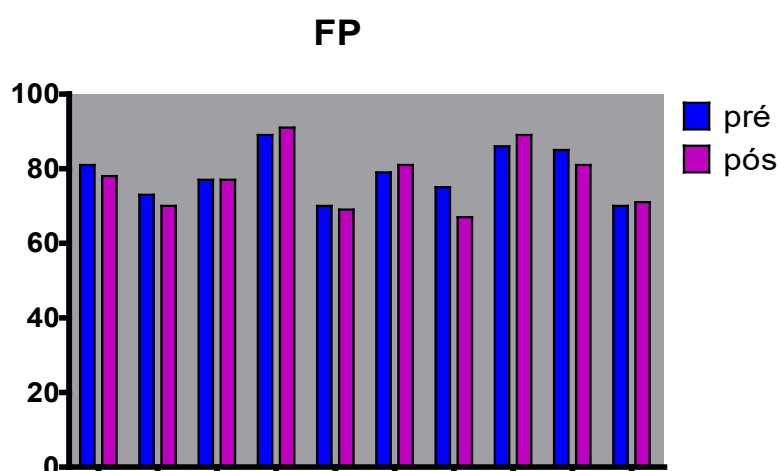
Fonte: Dados do estudo.

Fig. 3 – Avaliação da Pressão arterial diastólica nos momentos pré e pós intervenção.



Fonte: Dados do estudo.

Fig. 4– Avaliação da Frequência de pulso nos momentos pré e pós intervenção.



Fonte: Dados do estudo.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo utilizar um padrão respiratório de baixa frequência utilizado no yoga, com o nome de pranayama, com intuito de investigar sua eficácia sobre o controle da pressão arterial em idosos institucionalizados com diagnóstico prévio de hipertensão arterial, baseado no fato que estudos já apontaram benefícios do controle da respiração, pelo aumento da expansibilidade torácica na melhoria do barorreflexo, variabilidade da frequência cardíaca e redução da pressão arterial em hipertensos sem mudança no uso de suas medicações (PINHEIRO, 2007).

Este estudo foi conduzido em uma instituição de longa permanência para idosos, pois as DCNT são consideradas um sério problema de Saúde Pública, e que levam a graves complicações de forte impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida dos indivíduos afetados, maior risco de efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade geral (MONTEIRO et al.,2011). Segundo a WHO (2014), o aumento na longevidade acarreta naturalmente em um maior período de exposição a fatores de risco, como hábitos de vida e estresse influenciando o desenvolvimento das DCNT incluindo a HAS.

É muito comum observar idosos institucionalizados se recusando participar de atividades voltadas para mudanças de hábitos de vida, um dos fatores de risco para DCV. No relato de experiência de Maia (2010), em uma instituição de longa permanência, também foi observada recusa perante propostas terapêuticas. Estas recusas foram atribuídas à constante reação dos idosos em dizer não às propostas como uma recusa que significava mais uma negação à vida do que um desobrigar-se de comportamentos considerados, na atualidade, como “normais” na velhice. Segundo Fukahori (2017) o emocional, a falta de motivação, estado de depressão e incapacidade funcional pode ter ligação com a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

O tratamento não medicamentoso tem como principal objetivo diminuir a morbimortalidade cardiovascular, por meio de modificações no estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial e, está indicado a todos os hipertensos independentemente da idade. A adesão a modalidade terapêutica não farmacológica requer muito esforço e determinação tanto por parte do portador de hipertensão quanto dos profissionais que o assistem (OLIVEIRA e MOREIRA, 2010). Os participantes deste estudo necessitavam muitos estímulos verbais em todas as sessões para participação no protocolo, mesmo assim, foi inevitável a exclusão de dois idosos por recusa. Em concordância com os dados de Fukahori (2017), foi observado sinais de irritabilidade, desmotivação e mudanças no comportamento, durante o período de execução da pesquisa. Tal fato pode ter interferido sobremaneira nos resultados obtidos, mostrando como o estilo de vida, de forma geral, interfere na pressão arterial do indivíduo.

A terapia do Yoga utiliza diversas técnicas como pranayamas e mudras, que reduz a pressão arterial através do equilíbrio dos fluxos de energia do corpo (BARROS, 2012). Brandani (2018), também utilizou pranayamas com ritmos lentos, e concluiu que os exercícios respiratórios podem ser aplicados quando o objetivo for reduzir a pressão arterial, especialmente em pacientes hipertensos. Não obstante, dentre os 10 participantes deste estudo, 50% ou menos apresentaram aumento na média das pressões arteriais e da frequência cardíaca. Apesar do protocolo não contar com grupo controle, podemos inferir que esta estratégia não farmacológica pode ser utilizada com a mesma finalidade, porém, com monitorização constante.

Segundo Domingues (2019) a Lei de Prevenção do Tabagismo e Controle do Tabaco de 2009 (FSPTCA) forneceu à Food and Drug Administration (FDA) autoridade regulatória sobre a fabricação, distribuição e comercialização de cigarros, tabaco de enrolar e tabaco sem fumaça. Entretanto, muitas pessoas ainda são encontradas consumindo tabaco. As mulheres do atual estudo se apresentaram em menor número de tabagistas 12,5%, corroborado o estudo de Paes (2015) que aponta uma prevalência 10 vezes maior de tabagismo entre homens do que entre mulheres. Entre os participantes do sexo masculino 33% faziam uso de tabaco diariamente. Deve-se levar em conta que este hábito pode ter causado interferências no resultado pré e pós protocolo. Autores destacam que apesar da grande prevalência no sexo masculino, mulheres após os 60 anos e pós menopausa, tendem ao aumento do risco de hipertensão (ALMEIDA *et al.*, 2017). Por outro lado, Marques, 2020 relata serem os homens com maior chance de desenvolver HAS. A amostra deste estudo foi predominantemente feminina 57%, com idade média de $74 \pm 5,92$ anos.

Não obstante a respiração ser referência em algumas práticas, o ioga, por exemplo, utiliza de relaxamentos que envolvem a respiração lenta (PINHEIRO *et al.*, 2007).

Apesar da dificuldade em manter uma frequência respiratória de no máximo 12irpm, a maioria dos idosos apresentou diminuição da média da PAS comparativamente a média apresentada no repouso. A respiração lenta melhora a sensibilidade barorreflexa em adultos maduros e idosos (GERRITSEN *et al.*, 2000; SONG, 2003).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de termos utilizado o padrão respiratório de baixa frequência por um período muito curto de treinamento, a dificuldade apresentada pelos idosos em manter uma FR mínima de 12irpm, os resultados deste estudo apoiam a hipótese de que esta técnica de baixo custo pode ser utilizada como estratégia não farmacológica coadjuvante, ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial em idosos, porém com monitorização constante. Entretanto, o número reduzido desta amostra de conveniência e conseqüentemente a falta de poder estatístico para rodar uma análise adequada, foi um fator limitante do estudo por ser pouco representativa da população geriátrica, aumentando probabilidade destes resultados terem ocorrido ao acaso, sendo assim, os resultados apresentados devem ser interpretados com ponderação. Apesar dos benefícios apresentados pela literatura para o tema em questão, sugere-se em investigações futuras a aplicação do mesmo protocolo, porém, com uma amostra mais representativa, a fim de testar os benefícios do padrão respiratório de baixa frequência sobre a função cardiovascular tendo como conseqüência, o controle da pressão arterial nesta população.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, A. et al., Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Rev. enfermUFPEonline**, v.11, n.12, p.4826-4837,2017.
2. BARROS, M. R. X; TRIANA, A. Z. Uso de mudras terapêuticos na redução da dor e no controle da pressão arterial. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**. 2012. Disponível em:< [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(1\)628](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(1)628)>
3. BASSINI, R.F. Análise das variações da pressão arterial em um programa de fisioterapia para adultos hipertensos. **Revista Científica Indexada Linkania Júnior**. v.2, n.1, Fev/Mar, 2012.
4. BRANDANI, J.Z. **Exercícios de respiração do yoga aplicados a pacientes hipertensos sob tratamento em unidade básica de saúde**. Dissertação (Mestrado)– Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2018. p.47-48. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/154860>>
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Hipertensão em números**. Brasília,DF, 2020.
6. CALEGARI, L et al., Treinamento muscular inspiratório melhora a força muscular respiratória e o pico de fluxo expiratório em idosas hipertensas. **Revista ConScientiae Saúde**. v.13 n.3, 2014.
7. COSTANZI, R.N et.al., Breve análise da nova projeção da população do IBGE e seus impactos previdenciários. (**Instituto de Pesquisa econômica aplicada**) Rio de Janeiro. Dez /2018.
8. DOMINGUES, J.G et al., Doenças crônicas não transmissíveis em profissionais de enfermagem de um hospital filantrópico no Sul do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.28, n.2. Brasília, jun. 2019. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742019000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 set. 2020.
9. FUCHS, S et al., 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. São Paulo. **Arq. Bras. Cardiol**. v.107 n.3, set. 2016.
10. FUKAHORI, S.A et al., Fatores de risco associados à hipertensão arterial em idosos. **Rev. Brasileira de Educação e Saúde**, v.7, n.1, p.36-42, 2017.
11. GERRITSEN, J. et al., Baroreflex sensitivity in the elderly: influence of age, breathing and spectral methods. **Clinical Science**, v.99, n.5, p. 371-381, 2000.
12. GIROTTO, E et al., Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Rio de Janeiro. **Revista Ciência e saúde coletiva**. v.18, n.6, p. 1763-1772. Jun/2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 09 set. 2020.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE 2013. Disponível em <<http://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2016.
14. MAIA, Gabriela Felten da; CASTRO, Graciele Dotto; JORDAO, Aline Bedin. Ampliando a clínica com idosos institucionalizados. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza , v. 10, n. 1, p. 193-210, mar. 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482010000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 set. 2020.

15. MALACHIAS, MVB et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 1 - Conceituação, Epidemiologia e Prevenção Primária. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>.
16. MARQUES, A.P et al., Fatores associados à hipertensão arterial: uma revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, v.25, n.6, p. 2271-2282, Rio de Janeiro, Jun. 2020. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000602271-&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Set. 2020.
17. MENDES, J.L.V et al., O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **Rev. Educ. Meio Amb. Saúde**. v.8, n.1, p.13-26, 2018.
18. MONTEIRO, A.R.M. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Enferm**.2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a03.pdf>>
19. OLIVEIRA, C. J. ; MOREIRA, T. M. M. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. **Rev. Rene, Fortaleza**, v.11, n.1, p. 76-85, jan./mar. 2010.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Día Mundial de la Salud 2013. Ginebra: OMS; 2013.
21. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Envelhecimento e saúde. Folha informativa. Brasília, OPAS, 2018.
22. PAES N.L.Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(1):53-61, 2016.
23. PINHEIRO C.H.J et al., Uso do ioga como recurso não-farmacológico no tratamento da hipertensão arterial essencial. **Rev.BrasHipertens**, v.14, n.4, p. 226-232, 2007.
24. PINHEIRO, Carlos Hermano da Justa et al . Modificação do padrão respiratório melhora o controle cardiovascular na hipertensão essencial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 88, n. 6, p. 651-659, June 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007000600005&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2007000600005>.
25. SINGH, A. Medicina moderna: rumo à prevenção, à cura, ao bem-estar e à longevidade. São Paulo. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam**. v.13, n.2, p. 265-282. Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 Set. 2020.
26. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Card**. n.3. v.107. Setembro/2016. Disponível em:<file:///D:/artigos/sbc%20pag%2011.pdf>.
27. SONG, H., LEHRER, P.M. The Effects of Specific Respiratory Rates on Heart Rate and Heart Rate Variability. **Appl Psychophysiol Biofeedback** , v.28, n.1, p. 13-23, 2003. Disponível em:<<https://doi.org/10.1023/A:1022312815649>>
28. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Methods for life expectancy and healthy life expectancy. Geneva,WHO, 2014.

“

Internações hospitalares de idosos residentes de três municípios com diferentes rendas domiciliares per capita

▮ Simone Stochero **Kummer**
PUCRS

▮ Irenio **Gomes**
PUCRS

▮ Claus Dieter **Stobäus**
PUCRS

RESUMO

Grande parte dos recursos públicos destinados à saúde no Brasil refere-se a internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde(SUS), especialmente com idosos, que são mais suscetíveis a ter doenças. Este estudo teve como objetivo comparar custos de internações hospitalares de idosos de três diferentes municípios (Alvorada, Ivoti e Porto Alegre; com baixa, média e alta renda, respectivamente), extraídos do banco de dados do SIH/SUS - DATASUS. Dados do DATASUS, tabulados via ferramenta TABWIN, foram planilhados em tabela *Excel*, para comparar totais de custos, frequências por patologia, identificando os 10 maiores aportes de recursos por internações de idosos por meio dos códigos da Classificação Internacional de Doenças–CID, durante o ano de 2011, ressaltando os dois maiores. Em 2011, verificou-se que 42,24% dos custos hospitalares com idosos de Alvorada estiveram distribuídos entre cinco grupos de códigos CID: I, J, K (1), A (1) e N(1), numa frequência de internações equivalente a 33%; 62,41% dos custos hospitalares com idosos de Ivoti estiveram em cinco grupos de códigos CID: I, J, M (2), S(1) e C(1), numa frequência de internações equivalente a 45,22%; e 40,39% dos custos hospitalares com idosos de Porto Alegre estiveram em três grupos de códigos CID: I, J e A(1), numa frequência de 28,77% do total das internações de idosos. Existe elevada frequência dos códigos I- doenças do aparelho circulatório e J- doenças do aparelho respiratório nos três municípios, representando internações mais custosas, identificando perfil de similaridade entre os municípios, podendo-se pressupor deficiências na Atenção Básica a esses idosos.

Palavras-chave: Idosos, Internações Hospitalares, Custos, Serviços de Saúde, Renda.

INTRODUÇÃO

Abordar custos de internações hospitalares de idosos pressupõe a percepção e análise da realidade e de possíveis melhorias a serem incrementadas pela administração pública, em prol da adequada utilização dos recursos. O Departamento de Informações do Ministério da Saúde utiliza a Classificação Internacional de Doenças (CID) como critério de classificação de doenças prevalentes nas internações hospitalares, considerando esta uma forma de responder à necessidade de conhecer as causas de morte e para identificar situações de morbidade geradoras das internações (DI NUBILA e BUCHALLA, 2008). Diante da identificação de padrões de utilização dos recursos para o custeio de internações de idosos de diferentes municípios, com diferentes realidades, torna-se relevante discutir as responsabilidades da gestão pública em planejar o sistema, para dividir os recursos de modo equânime.

O material acerca de internações em todo o Rio Grande do Sul pelo SUS consta no site do DATASUS (BRASIL, 2013b), em arquivos do Sistema de Informações Hospitalares (SIHSUS). São dados públicos, os quais podem ser visualizados por intermédio do Tab para Windows/TABWIN (BRASIL, 2013a), que permite a discriminação específica de dados selecionados, tais como: município de residência do paciente internado, CID relacionado ao procedimento principal da internação, sua faixa etária, valor total de custos da internação, frequência das internações, entre outros.

Kummer (2014) extraiu os dados de CID que englobaram os maiores custos hospitalares (valor total) e que apresentaram maior frequência, dentre as internações hospitalares de idosos no ano de 2011. Outros trabalhos, incluindo os de Di Nubila e Buchalla (2008), Mafra (2010) e Silva (2009), também realizaram este tipo de pesquisa com dados de CID, porém utilizando outros tipos de abordagem e análise.

O SUS tem por princípios a universalidade do acesso, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde, buscando a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990), bem como o Estatuto do Idoso (2003). Dentre os princípios do Sistema, ainda estão incluídos a descentralização político-administrativa, a regionalização e hierarquização da rede de serviços, de modo a exigir um financiamento tripartite, entre as três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

Esta pesquisa aprofunda discussões relacionadas a dados de custos com internações hospitalares, que são apenas uma parcela do que é considerado custo efetivo em Saúde Pública. Paralelamente, é importante lembrar de custos que não estão inclusos nos valores das internações e que fazem parte da assistência global, quais sejam: investimentos em atenção básica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, entre outros, além do custo do próprio paciente, considerando o particular ou aquele que acessa o sistema de saúde privado (Saúde Suplementar). A utilização do termo *custo*, de acordo com Ferreira (1993),

refere-se à quantia que uma coisa custou ou, conforme Michaelis (2009), ao preço com que se compra uma coisa, valor em dinheiro.

No referencial utilizado como base para essa pesquisa, foram verificadas Leis, Portarias e Relatórios referentes às normativas do Sistema de Saúde do Brasil, tanto no âmbito municipal como nos estadual e federal. O presente trabalho teve por objetivo comparar custos de internações hospitalares de idosos de três diferentes municípios (Alvorada, Ivoti e Porto Alegre; com baixa, média e alta renda, respectivamente), extraídos do banco de dados do SIH/SUS – DATASUS (BRASIL, 2013b).

METODOLOGIA

Este estudo é do tipo levantamento, transversal, retrospectivo (GIL, 2002; PINTO e BASTOS, 2007) realizado por intermédio da coleta de dados do site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS, sobre todas as internações hospitalares de idosos residentes em três municípios do estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Ivoti e Alvorada, que foram intencionalmente selecionados por ordem de renda média domiciliar per capita no ano de 2010, dentre os municípios que pertenciam à 1.^a Coordenadoria Regional de Saúde - CRS. A adoção deste molde metodológico deve-se à relevância em termos de Epidemiologia, pelo objetivo de destacar a prevalência das doenças desencadeadoras das internações de idosos, geradoras dos maiores custos, ao longo do ano de 2011.

O estudo considerou como parâmetro de identificação dos motivos geradores das internações, a Classificação Internacional de Doenças (CID), traçando como desfecho para essa análise os dez códigos da CID que, quando foram classificados no procedimento principal no laudo da AIH, em 2011, originaram a maior despesa em internações de idosos dos três municípios em questão. Foi utilizada a ferramenta Tab para Windows/TABWIN (BRASIL, 2009, 2010, 2011, 2013a), tabulador de dados, acessível na internet, no site do DATASUS, para processar as informações encontradas nos arquivos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) (BRASIL, 2013b), buscando os seguintes parâmetros para a análise das internações hospitalares de cada um dos municípios em estudo:

- Valor total: foi selecionado o “valor total” de cada uma das internações ocorridas com idosos munícipes dos três municípios, separadamente, no ano de 2011. O valor total refere-se ao custo integral da internação, desde as diárias hospitalares, tanto de leito comum como em unidade de tratamento intensivo (UTI), medicamentos, hemodiálise, materiais, exames de apoio ao diagnóstico e tratamento e outros, incluindo os honorários profissionais.

- Frequência: refere-se ao número de internações de residentes dos três municípios em estudo, ocorridas em hospitais do estado do Rio Grande do Sul, durante o ano de 2011.

Foram incluídos todos os dados contidos no SIH/SUS, em AIH de internações de idosos munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre (doravante colocados em ordem alfabética), independentemente de em que lugar tenham ocorrido as internações hospitalares (dentro do estado do Rio Grande do Sul) e foram excluídos do estudo os dados incompletos e inacessíveis.

Posteriormente, foram criadas planilhas no programa Excel for Windows® para organizar os dados filtrados no TABWIN e para conseguir realizar uma análise comparativa entre os valores totais das internações hospitalares de idosos e frequência em que ocorrem, de acordo com a patologia geradora de cada internação.

Este estudo considera como parâmetro de identificação dos motivos geradores das internações a Classificação Internacional de Doenças (CID) preenchida como código principal nos laudos de solicitações de autorizações de internação hospitalar (AIH), traçando como objeto de análise os 10 códigos da CID que consumiram o maior aporte de recursos financeiros em cada um dos municípios, entre os dias 01 de janeiro e 31 de dezembro o ano de 2011.

A análise estatística, considerando frequências e percentagens, além de somas e divisões, possibilitou um maior entendimento sobre custos com internações hospitalares dos idosos dos municípios pesquisados. Este trabalho aprofunda a discussão sobre a pesquisa realizada por Kummer (2014), analisando os dez códigos da CID que estiveram citados como motivo principal das internações dos idosos residentes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre (municípios da 1.ª Coordenadoria Regional de Saúde que apresentavam a menor, média e mais alta renda média domiciliar, respectivamente), vinculados a procedimentos que geraram o maior custo em internações hospitalares, no ano de 2011.

Os dados coletados na pesquisa de Kummer (2014) são de domínio público, não havendo necessidade de autorização para sua utilização para fins éticos, a não ser a explícita descrição da fonte dos mesmos. Ainda assim, a pesquisa foi submetida ao CEP, que a aprovou em 05/10/2012, número CAAE 06897612.9.0000.5336.

RESULTADOS

Considerando que o trabalho versa sobre os 10 itens da CID vinculados a procedimentos maiores custos em internações, apresentam-se a seguir as Tabelas 1, 2 e 3, que demonstram os dados averiguados nos três municípios em estudo.

Tabela 1. Descrição dos dez códigos da CID relacionados a procedimentos geradores e maior custo financeiro em internações de idosos residentes no município de Alvorada, em 2011

Alvorada	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio por internação
Dez códigos da CID			
A41 Outras septicemias	296.617,60	82	3.617,29
I20 <i>Angina pectoris</i>	248.286,40	62	4.004,62
I50 Insuficiência cardíaca	246.157,81	256	961,55
J96 Insuficiência respiratória	218.506,79	54	4.046,42
I21 Infarto agudo do miocárdio	205.775,12	71	2.898,24
J18 Pneumonia p/microrganismos não especificada	187.226,10	241	776,87
I25 Doença isquêmica crônica do coração	138.748,12	19	7.302,53
K74 Fibrose e cirrose hepática	103.329,46	20	5.166,47
N18 Insuficiência renal crônica	99.793,44	64	1.559,27
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	80.697,40	92	877,15

Fonte: BRASIL, 2013b

Tabela 2. Descrição dos dez códigos da CID relacionados a procedimentos geradores de maior custo financeiro em internações de idosos residentes no município de Ivoti, em 2011

Ivoti	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio por internação
Dez códigos da CID			
I20 <i>Angina pectoris</i>	48.402,44	6	8.067,07
I50 Insuficiência cardíaca	41.813,10	45	929,18
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	35.839,45	54	663,69
J18 Pneumonia p/microrganismos não especificada	32.309,44	48	673,11
I45 Outros transtornos de condução	14.847,85	2	7.423,93
I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	14.692,59	2	7.346,30
S72 Fratura do fêmur	14.535,60	10	1.453,56
M48 Outras espondilopatias	13.585,80	1	13.585,80
M43 Outras dorsopatias deformantes	9.530,27	1	9.530,27
C64 Neoplasia maligna do rim exceto pelve renal	9.394,79	1	9.394,79

Fonte: BRASIL, 2013b

Tabela 3. Descrição dos dez códigos da CID relacionados a procedimentos geradores de maior custo financeiro em internações de idosos residentes no município de Porto Alegre, em 2011

Porto Alegre	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio por internação
Dez códigos da CID			
I20 <i>Angina pectoris</i>	4.337.023,10	970	4.471,16
I21 Infarto agudo do miocárdio	2.544.968,58	594	4.284,46
J18 Pneumonia por microrganismos não especificada	2.201.675,31	1917	1.148,50
I50 Insuficiência cardíaca	1.863.180,61	1240	1.502,57
A41 Outras septicemias	1.539.261,25	490	3.141,35
I25 Doença isquêmica crônica do coração	1.389.932,45	169	8.224,45
J96 Insuficiência respiratória	1.356.195,38	336	4.036,30
I44 Bloqueio atrioventricular e do ramo esquerdo	971.697,41	159	6.111,30
J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	967.632,92	833	1.161,62
I71 Aneurisma e dissecação da aorta	920.058,65	86	10.698,36

Fonte: BRASIL, 2013b

Conforme os dados levantados na pesquisa, foi possível perceber que, do total de 2.912 (16,57%) internações realizadas para pacientes idosos residentes de Alvorada, 33% (961 internações) foram relacionadas a procedimentos vinculados aos dez CID geradores de maior custo hospitalar, integrantes de cinco Grupos Diagnósticos (I, J, A K e N); entre os idosos de Ivoti, pode-se perceber que do total de 376 internações (18,53%), durante o ano de 2011, 45% (170 internações) foram relacionadas aos dez CID mais custosos, os quais pertencem a cinco Grupos Diagnósticos (I, J, M, S e C); e, em Porto Alegre do total de 23.621 (11,15%) internações realizadas para idosos, 29% (6.974 internações) estiveram relacionadas aos dez CID, integradas em três Grupos Diagnósticos da CID 10 (I, J e A).

Ao considerar os 10 códigos de CID, representativos dos maiores custos hospitalares entre os idosos dos três municípios, identifica-se percentualmente:

- 42,24% dos custos hospitalares com idosos, de Alvorada, no ano de 2011, esteve distribuído entre cinco grupos de códigos CID: I, J, K (1), A (1) e N (1), numa frequência de internações equivalente a 33%.
- 62,41% dos custos hospitalares com idosos de Ivoti, no ano de 2011, esteve distribuído em cinco grupos de códigos CID: I, J, M (2), S (1) e C (1), numa frequência de internações equivalente a 45,22%.
- 40,39% dos custos hospitalares com idosos de Porto Alegre, no ano de 2011, esteve distribuído entre três grupos de códigos CID: I, J e A (1), numa frequência de 28,77% do total das internações de idosos.

Considerando os procedimentos relacionados aos dez CIDs geradores de maiores custos e organizando-os em seus devidos grupos diagnósticos, pode-se verificar, por intermédio da Tabela 4, a divisão dos custos das internações hospitalares ocorridas, sua frequência e a média de valor por internação entre os idosos de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre.

Tabela 4. Descrição do custo com procedimentos relacionados aos grupos diagnósticos da CID, frequência e valor médio destinado às internações hospitalares dos idosos munícipes de Alvorada, Ivoti e Porto Alegre

	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio internações
Alvorada			
Grupo I	838.967,45	408	2.056,29
Grupo J	486.430,29	387	1.256,93
Grupo A	296.617,60	82	3.617,29
Grupo K	103.329,46	20	5.166,47
Grupo N	99.793,44	64	1.559,27
Ivoti			
Grupo I	119.755,98	55	2.177,38
Grupo J	68.148,89	102	668,13
Grupo M	23.116,07	2	11.558,04

	Custo das internações	Frequência de internações	Valor médio internações
Grupo S	14.535,60	10	1.453,56
Grupo C	9.394,79	1	9.394,79
Porto Alegre			
Grupo I	12.026.860,80	3.218	3.737,37
Grupo J	4.525.503,61	3.086	1.466,46
Grupo A	1.539.261,25	490	3.141,35

Fonte: BRASIL, 2013b

Com os dados apresentados na Tabela 4, é possível visualizar que o Grupo Diagnóstico I- Doenças do Aparelho Circulatório engloba procedimentos com os maiores custos em internações hospitalares de idosos residentes nos municípios em estudo, durante o ano de 2011, demonstrando em Alvorada um custo de R\$ 838.967,45, para a cobertura de 408 internações, perfazendo um percentual de 19,42% do gasto total com internações de idosos, para 14,01% das internações. Em Ivoti, o custo foi de R\$ 119.755,98 para a cobertura de 55 internações, utilizando um percentual de 31,81% do gasto total com internações de idosos, para 14,6% do quantitativo total de internações. Em Porto Alegre, o custo foi de R\$ 12.026.860,80, para a cobertura de 3.218 internações, para um percentual de 26,85% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011, contemplando 13,62% do quantitativo total das internações.

Ocupando o segundo lugar no *ranking* de custos e frequência de internações, os procedimentos relacionados aos códigos da CID J- Doenças do Aparelho Respiratório aparecem totalizando um custo de R\$ 486.430,29, para a cobertura de 387 internações, entre os municípios de Alvorada, utilizando um percentual de 11,26% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011, e contemplando 13,3% do quantitativo total de internações. Em Ivoti, obteve-se um custo de R\$ 68.148,89 para a cobertura de 102 internações, nas quais foi utilizado um percentual de 18,10% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011 para contemplar 27,13% do quantitativo total de internações. Em Porto Alegre, foi encontrado um custo de R\$ 4.525.503,61 para a cobertura de 3.086 internações, o que representou um percentual de 10,10% dos recursos gastos com internações de idosos em todo o ano de 2011, contemplando 13,06% do quantitativo total de internações.

DISCUSSÃO

O município de Alvorada contava, em 2011, com 195.673 habitantes, dos quais 17.569 (9,0%) eram idosos. Nesse município, 12,42% dos recursos investidos em saúde da população foram destinados ao pagamento dos custos de 2.912 internações de idosos. Dentre os

três municípios em estudo, é o que apresentou a menor renda média domiciliar per capita (R\$ 587,84), bem como menor valor do Produto Interno Bruto (PIB) (R\$ 7.528,20), com um investimento de R\$147,36 per capita para o custeio de sua atenção básica no período (KUMMER, 2014).

Em Ivoti, a população era de 19.874 habitantes, sendo 2.029 (10,2%) idosos. Nessa cidade, 7,15% dos recursos investidos na saúde da população foram destinados ao pagamento dos custos de 376 internações de idosos. O município possuía uma renda média domiciliar per capita de R\$ 1.019,75 e um PIB de R\$ 22.903,15, no ano de 2010, tendo investido R\$ 262,17 per capita em atenção básica de saúde (KUMMER, 2014).

E em Porto Alegre, a população total era de 1.409.351 habitantes, com 211.895 (15%) de idosos. Do total dos recursos de saúde para o município, 4,86% (23.621 internações) foi destinado para internações de idosos. Dentre os municípios em estudo, foi o que apresentava a maior renda média domiciliar per capita (R\$ 1.722,37) e PIB (R\$ 30.524,80), no ano de 2010 tendo investido o valor de R\$ 113,41 per capita em sua atenção básica (KUMMER, 2014). A ocorrência de menor quantidade de internações entre os idosos munícipes de Porto Alegre pode ser analisada atreladamente a outras informações, como, por exemplo, à sua população que acessa o Sistema de Saúde por meio de planos privados.

No site da Agência Nacional de Saúde Suplementar, foi possível verificar, na população idosa de cada município, no ano de 2011, o percentual de idosos que possuía acesso à saúde por intermédio de planos privados de assistência médica, que é de 8,94% dos idosos de Alvorada, 15,81% dos idosos de Ivoti e 43,85% dos idosos de Porto Alegre (BRASIL, 2011). A análise desses dados possibilitou identificar que o número de internações hospitalares custeadas pelo SUS aos munícipes de Porto Alegre (respeitando a proporcionalidade populacional) apresentou-se em percentuais menores do que entre os munícipes de Alvorada e Ivoti, o que justifica-se também pela possível utilização do sistema privado por esses idosos.

As classificações diagnósticas do Grupo I e do Grupo J, relacionadas aos procedimentos geradores dos maiores custos, estiveram entre as internações de idosos dos três municípios em estudo, embora sem ocupar posições idênticas na hierarquia de despesas financeiras destinadas pelos municípios. Desse modo, o presente estudo permite uma análise detalhada de diagnósticos de maior custo nas internações hospitalares de idosos dos três municípios pesquisados, confirmando dados já abordados em outro estudo (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009), que afirma que as doenças cardiovasculares e respiratórias são as mais prevalentes nas internações hospitalares de idosos e as que respondem pelos maiores custos hospitalares na população idosa, em média 80%.

A análise dos dados publicados pelo Ministério da Saúde permitiu verificar um total de 15 milhões de internações realizadas, em 2010, no Brasil. Destas, a faixa etária de 60 anos ou mais foi responsável por 22% delas, com uma prevalência de doenças do aparelho

circulatório (30%), seguidas por doenças respiratórias (21%) e um incremento de tratamentos de maior complexidade (KANSO et al., 2013).

Mesmo considerando as diferenças apresentadas entre as internações dos idosos de cada um dos três municípios em estudo, os resultados apontam que as internações de maior custo (distribuídas entre procedimentos codificados nos Grupos Diagnósticos I, J, A, K, N, M, S e C) respondem entre 40 e 62% do total de recursos despendidos. Dentre essas internações, os grupos I e J, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias foram os mais incidentes (de acordo com as frequências de internações) e as que demandaram maior despesa nos três municípios pesquisados – 72,6 % em Alvorada, 80 % em Ivoti e 91,5 % em Porto Alegre. Em média, 89,6% dos recursos gastos nessas internações (de todos os 10 CID mais custosos nos três municípios) foram destinados ao custeio dos procedimentos relacionados a estes dois grupos de classificação diagnóstica, novamente recordando os elementos encontrados por La Forgia e Couttolenc (2009).

No entanto, quando avaliado o custo médio por internações, os dados evidenciam que, para um mesmo grupo de classificação diagnóstica, os custos com os procedimentos não são os mesmos. Comparando os custos com procedimentos por internações, com codificação no grupo I (doenças cardiovasculares) como CID principal da AIH, os idosos de Alvorada e Ivoti assemelham-se: em média R\$ 2.100,00 por internação. Já entre os idosos de Porto Alegre, os custos para procedimentos do mesmo grupo são 43% maiores, considerando as internações individualmente (quase 3.750,00).

Existe a possibilidade de maior ocorrência, entre os idosos munícipes de Porto Alegre, de internações de maior complexidade, geradoras de maiores custos, em razão de maior frequência de comorbidades, agravos associados, como destaca Zaslavsky e Gus (2002), podendo estar possivelmente relacionados ao menor investimento na atenção básica, já comentado por Kummer (2014), com reduzidas ações de caráter preventivo, ou mesmo à baixa adesão ao tratamento. Também ocorre que os idosos são particularmente suscetíveis a infecções nosocomiais, conforme Góis e Veras (2010), portanto consomem mais dos Serviços de Saúde, tendo internações hospitalares mais frequentes, com um tempo de ocupação do leito maior do que em outras faixas etárias.

Considerando a facilidade de acesso à emergência de hospitais de alta complexidade por idosos em Porto Alegre, pode-se comentar sobre uma maior utilização de tecnologias de alto custo, as quais agregam valores às contas hospitalares, partindo do entendimento de que a maior disponibilidade de serviços e tecnologias em saúde parece predispor à maior utilização dos mesmos (KUMMER, 2014).

Comparando o custo das internações hospitalares de mesmos grupos diagnósticos da CID, entre os idosos dos municípios em estudo, Porto Alegre tem os mais elevados custos

por internação, o que levanta a hipótese de influências exercidas pela renda média domiciliar per capita, conjuntamente com fatores associados a saneamento e nível de escolaridade (CASTRO; TRAVASSOS e CARVALHO, 2002), para modificar o padrão de necessidades na assistência em saúde (KUMMER, 2014).

Ao analisar-se os custos com os procedimentos relacionados aos diagnósticos do grupo J, as internações dos municípios de Alvorada e Porto Alegre assemelharam-se, com um custo médio de R\$ 1.350,00. Os municípios de Ivoti apresentaram um custo 50% menor, em média R\$ 670,00. Diante dos valores coletados, pode-se perceber que o município de Ivoti possui uma situação de renda intermediária, o que não o coloca, necessariamente, numa situação intermediária de saúde/doença. É o município que conta com estrutura hospitalar de pequeno porte, comparativamente aos demais municípios analisados. Sua atenção hospitalar, em parte dos atendimentos de média complexidade e de alta complexidade, fica referenciada aos municípios de Novo Hamburgo, São Leopoldo e Canoas (RIO GRANDE DO SUL, 2010). Como contraponto, salienta-se que foi o que realizou maior investimento per capita na Atenção Básica, durante o ano de 2011 (KUMMER, 2014).

Mesmo dentro de um mesmo grupo, diagnósticos diferentes aparecem para os três municípios, o que pode explicar porque em um mesmo grupo, o custeio é diferente, quando analisado custo médio das internações. Outras variáveis podem determinar diferenças na média do custo das internações, tais como aquelas que se referem a variações de tratamentos e práticas clínicas para um mesmo diagnóstico, tipos de procedimentos utilizados como escolha, *case mix* (perfil de pacientes, comorbidades), tempo de internação, inexistência de padrões assistenciais, perfil dos profissionais e outros, diz La Forgia e Couttolenc (2009).

De qualquer forma, os resultados apontam que as doenças cardiovasculares e respiratórias devem continuar a receber uma maior atenção, uma vez que os gastos destinados aos seus tratamentos em internações hospitalares geram uma maior necessidade de recursos por parte do sistema público. Entende-se que o acesso a políticas de Atenção Básica em saúde produz menos internações hospitalares, conforme Mafra (2010).

Apesar dos programas criados pelos governos Federal, Estaduais e pelos Municipais, visando a melhor distribuição da renda, trabalho, melhores condições de moradia e de educação, entre outros, identifica-se que a morbidade entre os idosos residentes nos três municípios em estudo está seguindo nos mesmos índices que os padrões nacionais (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009; KANSO et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

A ampliação de ações focadas na Educação em Saúde pode representar a possibilidade de mudança neste quadro, partindo-se de perspectivas dialógicas, emancipadoras, participativas e criativas, que contribuam para maior autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença (BRASIL, 2007).

Nesta linha de Educação em Saúde, os profissionais também devem encontrar maior autonomia diante da possibilidade de (re)inventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais, com possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de Educação em Saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida (BRASIL, 2007). Esse movimento já foi ressaltado antes por Mosquera e Stobäus (1984).

O estudo permitiu discutir sobre os dados levantados e inferir que, quanto melhor a renda média domiciliar per capita, maiores as possibilidades para a população encontrar condições, entre elas as socioeconômicas e estruturais, que permitam, mais autonomamente, o desenvolvimento de ações indicadas para incremento e manutenção de uma melhor qualidade de vida. Questões como elevados níveis de escolaridade também podem contribuir para a valorização da inclusão destas ações e consequente possibilidade de mudanças no estilo de vida pessoal e coletivamente (KUMMER, 2014).

Paralelamente, o município que possui um maior PIB per capita recebe mais recursos para investir em Educação e em Saúde, o que também pressupõe melhor possibilidade de Promoção de Saúde e prevenção de doença (KUMMER, 2014). Diante de dados como renda e PIB per capita, é possível que os municípios com a menor renda média domiciliar per capita, que desencadeiam a menor autonomia dos indivíduos e dos gestores no gerenciamento de recursos em possíveis melhorias na qualidade de suas vidas, são também os que poderim gerar a menor quantidade de riquezas.

Dentre as limitações desse estudo, é interessante considerar a codificação da CID principal referente à internação como um fator que poderia estar “embutido” (no sentido de poder estar desviando) em eventuais “distorções nos dados”, pois nem sempre há informação sobre a doença de base ou o registro de uma complicação da mesma, como por exemplo insuficiência cardíaca, especificada ou não como congestiva (LAURENTI; BUCHALLA e CARATIN, 2000).

Sobretudo, é importante enfatizar que, apesar de algumas limitações, os dados disponibilizados pelo SIH/SUS são uma fonte adequada de informações. No entanto, a diversidade de hospitais e serviços que eles recolhem e a qualidade do preenchimento dos dados pelas equipes desses estabelecimentos são aspectos que poderiam permitir a ocorrência de algum erro ou “problemas” no lançamento das faturas hospitalares, podendo estar interferindo nos dados que foram incluídos.

Para a realização de estudos posteriores, sugere-se pensar na identificação dos hospitais em que ocorreram as internações dos pacientes, para fins de compreender mais detalhadamente os atendimentos prestados, relacionando-os aos custos das contas hospitalares.

Agregar a informações da CID secundária referente às internações também poderia contribuir para uma mais precisa análise posterior.

CONCLUSÃO

Verificou-se elevada prevalência dos códigos do grupo CID I e J, referentes às doenças do aparelho circulatório e respiratório, entre as internações mais custosas nos municípios investigados, pressupondo que o incremento de ações na Atenção Básica de Saúde da população pode ter intensa relação na mudança destes dados. Considerando que os códigos averiguados representam a utilização dos serviços de média e alta complexidade, englobando essas populações, e que mesmo tendo perfil sócio-econômico diferenciado apresentam padrões similares de adoecimento, conclui-se a necessidade de implementar maior efetividade em Atenção Básica, Promoção em Saúde e medidas de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União – Seção I*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jun. 2015.
2. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular e saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_de_educacao_popular_e_saude.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.
3. _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Informações em Saúde Suplementar – ANS Tabnet*. Beneficiários por município. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/deftohtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_02.DEF>. Acesso em: 15 jun. 2013.
4. _____. Departamento de Informática do SUS. *Download de Programa - TABWIN* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805&item=3>>. Acesso em: 20 jun. 2015.
5. _____. Departamento de Informática do SUS. *Dados das internações hospitalares no Rio Grande do Sul pelo SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
6. CASTRO, Mônica Silva Monteiro de; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marília Sá. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795- 811, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14606.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

7. DI NUBILA, Heloísa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cássia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.11, n. 2, p. 324-335, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 mar. 2013.
8. FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
9. GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
10. GÓIS, Ana Luzia Batista de; VERAS, Renato Peixoto. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2859-2869, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600023>. Acesso em: 20 jul.2014.
11. KANSO, Solange et al. A evitabilidade de óbitos entre idosos em São Paulo, Brasil: análise das principais causas de morte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 735-748, abr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400011>>. Acesso em: 21 jun. 2015.
12. KUMMER, Simone Stochero. *Análise comparativa dos custos de internações hospitalares de idosos, pelo SUS, em municípios com diferentes realidades de renda média domiciliar per capita*. 2014. 139 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://meriva.pucrs.br:8080/dspace/bitstream/10923/5769/1/000457202-Texto%2BCompleto-0.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
13. LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.
14. LAURENTI, Ruy; BUCHALLA, Cassia Maria; CARATIN, Carla Vanessa de Sousa. Doença isquêmica do coração. Internações, tempo de permanência e gastos. Brasil, 1993 a 1997. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 6, p. 483- 487, 2000. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2000/7406/74060001.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2013.
15. MAFRA, Fábio. *O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil*. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Regulação e Gestão de Negócios) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE), Centro de Investigação em Economia e Finanças (CIEF) e Centro de Estudos em Regulação de Mercados (CERME), Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9156/1/2011_F%c3%a1bioMafra.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.
16. MICHAELIS. *Moderno dicionário de língua portuguesa Michaelis*. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2009. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=CUSTO>>. Acesso em: 17 jun. 2012.
17. MOSQUERA, Juan José Mouriño; STOBÄUS, Claus Dieter (Org.). *Educação para a Saúde*. 2. ed. Porto Alegre: D. C. Luzzatto, 1984.
18. PINTO, Regina Bueno Ribas; BASTOS, Laudelino Cordeiro. Abordagem das pesquisas em Epidemiologia aplicada à Gerontologia no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 361- 369, 2007.

19. RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul [site da gestão 2006-2010]. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial - DAHA. *Alta Complexidade em cardiologia, traumatologia, oncologia, neurologia e neurocirurgia*. Disponível em: <<http://www1.saude.rs.gov.br/wsa/porta1/index.jsp?menu=organograma&cod=24077>>. Acesso em: 2 jun. 2013.
20. SILVA, Norberto Peçanha. *A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado na Modalidade Profissional em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
22. ZASLAVDY, Cláudio; GUS Iseu. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v. 79, n. 6, p. 635- 639, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2002001500011>. Acesso em 12 mar. 2013.

“

Intervenção do psicólogo clínico com ênfase na terapia cognitivo comportamental com idosos

- ▮ Emily Priscila Silva **Costa**
Uninassau
- ▮ Arthur da Silva Gouveia **Lima**
Uninassau
- ▮ Renan da Silva Bezerra de **Lima**
Uninassau
- ▮ Viviane Virginia Silva de **Sousa**
UEPB
- ▮ Amanda Laurentino **Barbosa**
Uninassau

RESUMO

O presente trabalho enfatiza estudos sobre a evolução e evidências representadas pela psicoterapia e sua interação, mediante a sapiência de Aaron Beck em suas pesquisas embasadas na abordagem da Teoria Cognitivo comportamental. Apesar de a sociedade ter um olhar voltado para o envelhecimento como sinônimo de doença e tristeza, é possível que se chegue a essa etapa da vida de forma saudável. Nesse sentido, um fator que pode contribuir para o envelhecimento saudável é o cuidado com a saúde mental dessa população, tendo em vista a necessidade de acentuar que existem patologias que ocorrem durante esse período, como depressão, ansiedade e transtornos psicóticos, que possuem alta prevalência, assim também os índices de suicídio que atingem seus picos, especialmente entre homens idosos. O presente estudo foi embasado de pesquisas bibliográficas onde buscou analisar artigos e livros encontrados nas seguintes bases de dados: Scielo, Pepsic e *Google Acadêmico*, utilizando como descritor as palavras: idosos, psicoterapia, terapia cognitivo comportamental e terapia cognitivo comportamental em idosos. Utilizou-se também de livros e sites avulsos com o objetivo de analisar os benefícios da Terapia Cognitivo Comportamental no atendimento aos idosos. Concluiu-se que o tratamento psicoterápico com idosos pode acontecer de várias formas, abrangendo os atendimentos individuais e/ou em grupos, assim como também a domicílio quando não houver condições para locomoção até um consultório para a terapia. Também foi possível perceber que a TCC é indicada para o atendimento de idosos, como também contribui para o atendimento psicoterápico de forma breve.

Palavras-chave: Idosos, Psicoterapia, Psicólogo Clínico, Terapia Cognitivo Comportamental.

INTRODUÇÃO

Por muito tempo a sociedade e a ciência acreditaram que cérebro e mente possuíam características distintas. Este pensamento dualista ganhou força por muito tempo e em específico na metade do século xx com o avanço da farmacologia. Nesse momento, a psiquiatria biológica era restrita a prescrição de fármacos, acreditando que os psicotrópicos faziam efeito no tecido neural independente da subjetividade envolvida nas emoções. Enquanto isso, a psicologia clínica passou a agir de forma mentalista, corroborando com a ideia de que os efeitos

da psicoterapia poderiam ocorrer na ausência de qualquer mecanismo de cunho biológico (LANDEIRA-FERNANDEZ, 2011). O mesmo autor acrescenta que apesar desse ponto de vista ter ganhado ênfase na metade do xx, no final desse século evidências clínicas e experimentais comprovaram que a psicoterapia atua no tecido neural.

Estudos deste cunho, trouxeram contribuições para a psicologia e em específico para Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), uma abordagem terapêutica que iniciou por Aaron Beck no início da década de 1960 quando percebeu que a psicanálise deveria ser estudada e validada de forma empírica, passando a desenvolver experimentos que o fizeram identificar cognições negativas e distorcidas em pacientes depressivos (BECK, 2013).

De forma resumida, a TCC tem como proposta a ideia de que o pensamento disfuncional (que influencia no humor e no pensamento) é comum em todos os transtornos e quando as pessoas conseguem avaliar esses pensamentos de forma adaptativa e funcional e em conjunto com o terapeuta desconstruí-los e desconstruir as crenças disfuncionais, elas obtêm melhora em seu estado emocional e no comportamento (BECK, 2013).

Com o passar do tempo e o avanço nas pesquisas e experimentos, a TCC foi e continua ganhando abrangência. Atualmente, é possível encontrar pesquisas na linha da TCC para diversos transtornos encontrados no DSM-V, assim como livros e artigos publicados que facilitam o manejo de profissionais da psicologia clínica no tratamento de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Desenvolver pesquisas em torno do manejo da Terapia Cognitivo Comportamental em cada faixa etária demonstra extrema relevância, tendo em vista que em cada faixa etária, o indivíduo e a cognição respondem ao ambiente e se comportam de formas totalmente distintas, assim como também enfrentam situações e olhares sociais distintos. No lidar com a chegada do envelhecimento, por exemplo, o idoso passa por várias situações específicas e estressantes no qual o terapeuta cognitivo comportamental deverá estar habituado, situações como: vivência do luto, descaso por parte dos familiares, abandono, preconceito social e familiar, aposentadoria, patologias crônicas, perda do cônjuge, perda de autonomia tanto financeira como física (dependência de terceiros e perda da funcionalidade), solidão,

mudança de status, mudanças na aparência física, dificuldade em entender e se adequar as novas tecnologias, tentativas suicidas, pensamentos sobre morte e muitas vezes o processo de institucionalização (CORDEIRO, 2017).

Portanto, a presente pesquisa demonstra relevância, pois é de extrema importância que o profissional de psicologia clínica encontre instrumentos e métodos que facilitem o lidar com os idosos no processo psicoterapêutico. Além disso, objetivou-se pesquisar acerca dos métodos dentro da Terapia Cognitivo comportamental (TCC) que podem facilitar e tornar possível o manejo do profissional de psicologia clínica com os idosos e a adequação dos próprios idosos a TCC. De forma específica, objetiva-se contribuir com mais pesquisas acerca do tema, trazendo qualidade para os atendimentos e para os profissionais da área já citada, assim como também analisar os benefícios da Terapia Cognitivo Comportamental no atendimento aos idosos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa desenvolvida através do método de revisão de literatura sistemática. Buscou analisar artigos e livros encontrados nas seguintes bases de dados: Scielo, Pepsic e *Google Acadêmico*, utilizando como descritor as palavras idosos, psicoterapia, terapia cognitivo comportamental e terapia cognitivo comportamental em idosos. Utilizou-se também de livros e sites avulsos.

Pesquisou-se 25 artigos através dos descritores citados, destes artigos, 12 foram excluídos por não serem compatíveis com o tema ou por não apresentarem estudos dentro da área da TCC, totalizando na utilização de 13 artigos para que se conseguisse alcançar o objetivo desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de a sociedade ter um olhar voltado para o envelhecimento como sinônimo de doença e tristeza, é possível que se chegue a essa etapa da vida de forma saudável. Conforme afirma Neri (2002, apud PEREIRA, MORAES, PEREIRA e COSTA, 2016) através da disseminação de informações e prática de políticas públicas em torno da promoção da saúde, existe uma quantidade considerável de pessoas experimentando o envelhecimento de forma saudável e bem-sucedida.

Outro fator que pode contribuir para um envelhecimento saudável é cuidar da saúde mental dessa população, pois “ a questão da saúde mental, embora não se constitua em uma causa de morte importante, representa um grande sofrimento para a população idosa” (PEREIRA, et al., 2016). Além disso, torna-se importante que todo indivíduo passe pelo

processo psicoterápico, tanto para manutenção da saúde mental, quanto para prevenção de patologias e comorbidades.

Embora seja possível e comum envelhecer de forma saudável, é imprescindível salientar que existem patologias atreladas ao envelhecimento. Além dos quadros de doenças demenciais, dando ênfase para a doença de Alzheimer, que geralmente ocorre após os 65 anos de idade, e a demência vascular, atrelada a hipertensão arterial e diabetes, é importante destacar que depressão, ansiedade e transtornos psicóticos, possuem também alta prevalência, assim como também os índices de suicídio que atingem seus picos, especialmente entre homens idosos (OPAS/ OMS, 2001).

Dados como este que reforçam o quanto comorbidades como a depressão atingem em grande número os idosos, têm chamado a atenção e esforços de gestores, pesquisadores e profissionais da área de saúde para a aquisição de ações que possam combater essa patologia e que promovam o bem-estar dessa população (LEANDRO-FRANÇA e MURTA, 2014).

A análise dos artigos encontrados através dos descritores utilizados, demonstrou que o envelhecimento pode ocorrer de maneira única e subjetiva e não significa necessariamente falta de capacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais e mesmo na presença de perdas é possível vivenciar uma velhice bem-sucedida (VIEIRA, DE LIMA COUTINHO e DE ALBUQUERQUE SARAIVA, 2016).

Percebeu-se também que apesar de o envelhecimento não ser sinônimo de doença, existem vários fatores atrelados a essa etapa da vida, como o enfrentamento do luto, abandono, as inúmeras questões negativas atreladas a aposentadoria (perda de convívio social, perda de status, sentimento de inutilidade, isolamento social, etc.), solidão, preconceito social em torno da sexualidade do idoso, entre outros que podem desencadear no mesmo comorbidades e psicopatologias.

Como já citado, estudos apontaram para o índice de idosos que sofrem de depressão, ansiedade e transtornos psicóticos, assim com também índices de suicídio possuem seus picos, e em especial entre homens idosos ((OPAS/ OMS, 2001).

Outro autor confirma que o idoso possui três formas de lidar com essas condições negativas atreladas ao envelhecimento e que desencadeiam psicopatologias: a primeira delas seria a depressão, desenvolvida quando o idoso “revisita o passado sem ter qualquer possibilidade de retificá-lo”; a segunda, seria a paranoia, quando se faz “acusações dirigidas [...] aos outros, principalmente para as pessoas mais próximas, dos fracassos que a existência lhe produziu”, e a terceira, seria a mania, sendo caracterizada por “modalidades de travestimento juvenil [...] que pretendem exibir uma juventude que não é reconhecida pelos outros” (Birman, 1995).

A Terapia Cognitivo comportamental desenvolvida por Aaron Beck por volta da década de 60, traçou um tratamento para comorbidades e em específico para a depressão que

afirma que a depressão é resultado de pensamentos distorcidos e de crenças disfuncionais extremamente arraigados e notou também que o humor e comportamentos negativos eram usualmente resultados desses pensamentos e crenças e não de forças inconscientes como Freud havia sugerido em sua teoria psicanalítica (BECK, 2013). Resumindo, a compreensão da depressão podia ocorrer como a mesma sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais. Os pacientes com esta comorbidade acreditam e agem como se as situações estivessem piores do que realmente são e como se as outras pessoas o vissem de forma totalmente negativa.

Para desenvolver qualidade de vida para o idoso e para auxiliá-lo a enfrentar estas situações e patologias citadas acima, o profissional de psicologia com ênfase na TCC, pode desenvolver formas de trabalho que melhor se adeque ao indivíduo, como por exemplo, no trabalho em grupo. Nessa modalidade, ele irá fazer uma combinação das técnicas de TCC individual com as de terapia de grupo, desenvolvendo um modelo educativo de terapia, onde o terapeuta busca ensinar aos pacientes novos comportamentos e crenças adaptativas, levando estas a substituírem as crenças antigas e disfuncionais (BIELING; MCCABE; ANTONY, 2008).

O tratamento psicoterápico com idosos pode acontecer de várias formas, abrangendo os atendimentos individuais e/ou em grupos, assim como também a domicílio quando ele não tiver condições de se locomover até um consultório para a terapia (CORDEIRO, 2017).

Lobo, Rigoli, Sbardelloto, Rinaldi, Argimon e Kristensen (2012), desenvolveram uma pesquisa para avaliar os benefícios da TCC em sintomas de depressão e ansiedade em pacientes idosos. O estudo ocorreu através de um grupo de idosos entre 64 e 73 anos, que buscaram atendimento psicológico em um serviço de saúde mental, avaliou-se neste estudo, sintomas de ansiedade, depressão e queixas de memória, antes e após a intervenção dos pesquisadores.

As sessões grupais de psicoterapia neste estudo citado, foram estruturadas de acordo com os sintomas dos pacientes e coordenadas por duas terapeutas. Na primeira sessão, objetivou-se integrar os componentes do grupo e estabelecer com os idosos metas a serem alcançadas. Para o acontecimento desta primeira etapa, realizou-se uma roda de apresentações onde estabeleceu-se o contrato terapêutico e a listagem de exercício de casa, já citado (3 metas para o tratamento) (LOBO, et.al, 2012).

Durante a segunda sessão, foram listados problemas enfrentados pelos pacientes, advindos da tarefa de casa, e, a partir desses problemas, realizou-se a psicoeducação de cada pensamento automático encontrado. A terceira sessão em grupo dessa pesquisa, teve como foco o trabalho de crenças disfuncionais a partir das situações citadas pelos idosos. A sessão posterior, voltou-se para a resolução de problemas, tendo foco em dois passos principais: “1. Identificação do problema; e 2. Busca por soluções”, onde, respostas adaptativas foram procuradas em encontro com as observadas na sessão que antecedeu,

onde foram trabalhadas as crenças disfuncionais. Durante a quinta sessão, foram estabelecidas metas de comportamentos funcionais (positivos) e desenvolvido estratégias para tornar estes comportamentos mais frequentes. A sexta sessão objetivou trabalhar com o preparo para a alta. Durante a sétima e última sessão, realizou-se uma revisão geral do tratamento e desenvolveu-se um feedback dos terapeutas e pacientes, assim como o encaminhamento para a alta dos pacientes. Todas as sessões descritas nesta pesquisa tiveram um segmento da estrutura das sessões da Terapia Cognitivo Comportamental (LOBO, et.al, 2012).

Na conclusão do estudo citado acima, demonstrou-se uma redução significativa nos sintomas clínicos de depressão e ansiedade, bem como uma redução de queixas de memória dos idosos pesquisados e envolvidos. Corroborando com a afirmação de que a Terapia Cognitivo Comportamental é eficaz em tratamento dos idosos.

Destarte, outra pesquisa que contribui para o entendimento do manejo do terapeuta cognitivo comportamental com idosos, é o relato de caso apresentado por Alves (2017) no Congresso de Envelhecimento Humano que relata um atendimento psicoterápico em uma idosa que procurou atendimento no CIS – Centro Integrado de Saúde da UNP – Universidade Potiguar apresentando autodiagnóstico de transtorno do pânico após sofrer uma queda em que resultou em um braço quebrado da mesma. Antes do ocorrido, a mesma possuía uma vida social ativa que foi sendo esquecida pela mesma, pois o medo de sair de casa a impedia de realizar atividades que antes era corriqueira em seu cotidiano, assim como também, a fobia instalada a impedia de sair de casa, que fosse acompanhada ou não.

Durante a primeira sessão, utilizou-se a tentativa de desconstrução do pensamento automático de catastrofização (onde o paciente prever um futuro negativo, sem testar evidências), houve relutância por parte da paciente, pois a mesma acreditava que não seria mais capaz de voltar a sua antiga rotina. Com base nisto, tentou-se a técnica de reestruturação cognitiva de Beck (1997) “que é um pré-requisito para o desenvolvimento de diálogos internos construtivos, que são uma espécie de “bate-papo” consigo mesmo” (ALVES, 2017). Utiliza-se essa técnica nos pensamentos disfuncionais que ocorrem antes, durante e depois da situação desencadeadora de ocorrências fóbicas levando o paciente uma autoanálise do comportamento anterior que o fazia se comportar de forma patológica. Ao término da primeira sessão, utilizou-se a técnica de exposição imaginária resultando em a paciente já se imaginando saindo de casa. Em uma sessão posterior, utilizou-se a técnica chamada de treino de exposição ao vivo experimentada pelo confronto direto a situação temida. Já na terceira sessão, a paciente relatou sentir uma menor intensidade no medo de sair, cair e já demonstrou aceitar a ideia de que pode ou não lhe acontecer novamente a experiência que lhe causou a fobia, passou a andar duas vezes na mesma semana de ônibus sozinha e já demonstrou pensamentos proativos.

Portanto, com base na relevância dos dados citados, percebeu-se que a Terapia Cognitivo Comportamental é indicada para o atendimento de idosos, assim como também, pôde-se concluir o objetivo inicial desta pesquisa acerca dos métodos dentro da técnica citada que podem facilitar e tornar possível o manejo do profissional de psicologia clínica com os idosos, contribuindo com o crescimento da área e mostrando aos profissionais que é possível aplicar essas técnicas citadas tanto em trabalho grupal com idosos, quanto em trabalho individual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alcançar os objetivos deste trabalho tornou-se uma tarefa não tão fácil, tendo em vista que pouco foi encontrado na literatura acerca do tema. A presente pesquisa apresentou dificuldades em encontrar livros que falem sobre técnicas e que facilitem o manejo do profissional de psicologia, pois, embora sabemos que a TCC pode contribuir para o atendimento psicoterápico de idosos de forma mais breve, ainda precisa-se levar em consideração questões cognitivas advindas do processo de envelhecimento, assim como também, a lentidão em acompanhar o processo terapêutico desencadeado na velhice.

Apesar de ter pesquisado em 3 bases de dados, nada se encontrou que falasse sobre o que foi citado acima. Necessitando assim de mais pesquisas acerca do tema e fazendo com que esta pesquisa receba um olhar futuro de tornar-se uma pesquisa de campo, contribuindo assim para o crescimento de profissionais de psicologia e desenvolvendo qualidade de vida e longevidade para os idosos.

■ REFERÊNCIAS

1. ALVES, Roberta Machado. A IMPORTÂNCIA DA PSICOTERAPIA NA TERCEIRA IDADE COM ENFOQUE NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC):
2. RELATO DE EXPERIÊNCIA. In: **Congresso Internacional de Envelhecimento Humano**. 2017.
3. BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997. BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental**. Artmed Editora, 2013.
4. BIELING, P.; MCCABE, R. E.; ANTONY, M. M. **Terapia cognitivo-comportamental em grupos**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
5. BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: VERAS, R. (Org.). **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995. p.29-48.

6. CORDEIRO, Cláudia Maria Zantedeschi Flôres. Intervenções em terapia cognitivo comportamental no tratamento de idosos com depressão – uma revisão bibliográfica. **Trabalho de conclusão de curso (especialização) - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo- Comportamental (CETCC)**, São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://www.cetcc.com.br/wp-content/uploads/2017/11/2017-6-CL%C3%81UDIA-MARIA- ZANTEDESCHI-FL%C3%94RES-CORDEIRO.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2019.
7. LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus. Neurobiologia dos transtornos de ansiedade. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria**, p. 68-81, 2011.
8. LEANDRO-FRANÇA, Cristineide; MURTA, Sheila Giardini. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicologia: Ciência e profissão**, v. 34, n. 2, p. 318-329, 2014.
9. LOBO, Beatriz de Oliveira Meneguêlo et al. Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 2, p. 116-125, 2012.
10. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório sobre a saúde no mundo: 2001. **Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança**, p. 104, 2001.
12. PACHECO, Cristina. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM IDOSOS: UMA REVISÃO. In: X CBTC CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIAS COGNITIVAS, 10., 2015, Porto de Galinhas. **Anais**. Porto de Galinhas: Fbtc, 2015. p. 1 - 2.
13. PEREIRA, Jessica R., et al. Saúde, envelhecimento e aposentadoria. **O que vamos fazer depois do trabalho? Reflexões sobre a preparação para aposentadoria**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2016, pp. 45-62. ISBN 978- 85-7983-763-0. Available from: doi: 10.7476/9788579837630. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/n8k9y/epub/costa- 9788579837630.epub>>. Acesso em 20 de maio de 2019.
14. VIEIRA, Kay Francis Leal; DE LIMA COUTINHO, Maria da Penha; DE ALBUQUERQUE SARAI-VA, Evelyn Rúbia. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 196- 209, 2016.

“

Intervenções de uma equipe multiprofissional no cuidado ao idoso em tratamento oncológico

▮ Nathalie da Costa **Nascimento**
UFSM

▮ Simone Rodrigues de **Sousa**
UFSM

▮ Lenise **Selbach**
UFSM

▮ Katiane Schmitt **Dalmonte**
UFSM

▮ Miriam Cabrera Corvelo **Delboni**
UFSM

RESUMO

O Brasil vivencia uma mudança demográfica e epidemiológica, marcada pelo aumento significativo no número de idosos nos últimos anos e a prevalência das doenças crônico-degenerativas, sinalizando aos profissionais acerca da importância de um cuidado integral e humanizado a esta população. O objetivo deste estudo é apresentar possibilidades de intervenção e cuidado realizados por uma equipe de residência multiprofissional em Hemato-Oncologia. Trata-se de um relato de experiência desenvolvido por residentes dos núcleos de Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicologia e Nutrição, baseada nas propostas das seguintes atividades desenvolvidas com usuários, acompanhantes e demais membros da equipe, são elas: o Acolhimento Multiprofissional, ambiência na sala de espera e rodas de conversa. As atividades realizadas foram pautadas na promoção e prevenção da saúde, conforme as políticas públicas de saúde, sendo apresentadas as potencialidades e desafios da prática multiprofissional na oferta de cuidado compartilhado e integral aos usuários, em sua maioria idosos.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Humanização da Assistência, Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, observa-se a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. O número de pessoas com idade acima de 60 anos tem aumentado significativamente e até 2050 estima-se que o número de idosos no Brasil chegue a 64 milhões, quase 30% da população. Isso impacta em diversos indicadores, incluindo os relacionados aos condicionantes e agravantes de saúde. Dessa forma, percebe-se a importância do cuidado integral e humanizado à população idosa, pois além do processo natural de envelhecimento, há aumento significativo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sendo o câncer uma delas (ALBUQUERQUE, 2015).

O Estatuto de Idoso e as políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNCC) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) reforçam a necessidade de ações multiprofissionais para garantia do cuidado integral a população idosa (BRASIL, 2003, 2006, 2009a, 2013). Estas ações demandam formação especializada e os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde problematizam o processo de trabalho e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, incluindo os idosos (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2009a).

Diante do exposto, o presente capítulo tem por objetivo discutir sobre o processo de cuidado e as possibilidades de intervenção de uma equipe da residência multiprofissional na promoção, prevenção e recuperação da saúde, apresentando as potencialidades e os desafios da prática multiprofissional na oferta de cuidado compartilhado e integral aos usuários, em sua maioria idosos, de um serviço hospitalar de Hemato-oncologia.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência baseado nas atividades multiprofissionais realizadas no período de março a dezembro de 2017 no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). As atividades foram desenvolvidas por profissionais residentes de Terapia Ocupacional, Serviço Social, Psicologia e Nutrição do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde com ênfase na Hemato-Oncologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Além das profissões acima descritas, essa equipe também era composta pelas profissões de Enfermagem, Fonoaudiologia, Odontologia e Farmácia, que participaram ativamente do planejamento e desenvolvimento das intervenções. Para o levantamento das informações apresentadas nesse capítulo, utilizou-se a observação participante, o registro em diário

de campo e relatórios das atividades desenvolvidas. Durante o período, a equipe realizou além dos atendimentos individuais, de acordo com as especificidades de cada profissão, os Acolhimentos Multiprofissionais, a Roda de Conversa semanal e atividades alusivas às datas comemorativas na sala de espera. Estas atividades ocorreram em uma sala destinada às atividades do grupo e no *hall* da unidade de internação hospitalar para a especialidade de Hemato-Oncologia e na sala destinada ao Acolhimento Multiprofissional do ambulatório de quimioterapia do HUSM.

RESULTADOS

A seguir, serão apresentadas as três atividades realizadas pela equipe multiprofissional de residentes da Hemato-Oncologia.

ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL

O Acolhimento Multiprofissional era realizado diariamente na unidade de internação e uma vez na semana no ambulatório de quimioterapia, tendo em vista a organização dos horários de práticas da residência. A equipe multiprofissional composta pelas residentes organizava-se em grupos de três a quatro profissionais para a realização do acolhimento. Na unidade de internação, os acolhimentos eram realizados diariamente no leito, respeitando-se as rotinas da unidade e necessidades dos usuários. Já no ambulatório, o usuário era encaminhado para uma sala específica para este fim, após a consulta médica inicial.

Tanto na unidade de internação quanto no ambulatório de quimioterapia, a equipe multiprofissional realizava o acolhimento do usuário e seu acompanhante, visando nesse momento fornecer orientações referentes à rotina dos serviços, informações sobre os efeitos colaterais dos tratamentos, esclarecimento sobre medicamentos quimioterápicos, cuidados necessários com a higienização e o preparo dos alimentos, bem como sanar diferentes dúvidas e orientar acerca dos direitos sociais à pessoa com diagnóstico e tratamento por câncer.

Mais do que realizar orientações, quando os usuários e familiares eram acolhidos, estes tinham a possibilidade de compartilharem seus medos, angústias, dificuldades, tendo seus sentimentos validados. Por tratar-se de uma equipe multiprofissional, era possível identificar em quais aspectos os usuários estavam demandando mais cuidados, assim realizando-se os encaminhamentos necessários. Os profissionais que realizavam o acolhimento tornavam-se referência na continuidade do tratamento e cuidado dos usuários. Além disso, aos residentes houve impacto no melhor desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, com expansão de conhecimento por se tratar de um momento que envolvia diferentes residentes e áreas.

Como limitações dessa atividade, destaca-se a restrição de local adequado para preservar a privacidade e conforto dos usuários. Além disso, a equipe de residentes era composta

por nove profissionais e os espaços disponíveis para essas atividades eram pequenos e nem sempre foi possível que toda a equipe participasse de um único acolhimento. Logo, a estratégia encontrada foi elencar alguns profissionais que realizariam o acolhimento em um dia específico e, então, nos dias seguintes, os profissionais revezavam-se. Dessa forma, todos os profissionais participavam dos acolhimentos durante a semana e, a partir das demandas específicas que surgiam, o profissional era acionado pelos demais. A média de duração de cada Acolhimento era de 45 minutos e a quantidade realizada por turno dependia do número de consultas e usuários do dia, sendo uma média de dois acolhimentos por turno.

RODA DE CONVERSA

A Roda de Conversa era realizada quinzenalmente, nas quartas-feiras, em uma sala localizada na unidade de internação, sempre conduzida por um residente, tendo apoio dos demais para o planejamento e realização da atividade. Tinha duração aproximada de uma hora e meia e contava com a participação de em média 15 pessoas, entre usuários, familiares e demais profissionais da equipe, sendo realizados um total de 20 encontros. Esta atividade tinha como característica ser aberta, com a participação de diferentes sujeitos a cada encontro, devido a rotatividade de usuários na unidade de internação.

Durante o ano foram abordados temas diversos referentes ao tratamento: manejo de sentimentos, emoções e pensamentos, comunicação, ansiedade e depressão, tabagismo, direitos sociais e previdenciários, saúde do cuidador, expectativas com o tratamento, orientação quanto à alimentação, funções cognitivas, comportamentos saudáveis e outros temas que surgiram como solicitações por parte dos usuários durante a atividade.

Como potencialidades, destacam-se a aproximação com os sujeitos internados e seus familiares, construção de relações de confiança, vínculo e aprimoramento da comunicação, com espaços para acolhimento de angústias, dúvidas e necessidades dos participantes. Assim como, para os residentes envolvidos houve a ampliação de conhecimento, habilidades e capacidades no que tange ações de grupo, nos trazendo maior segurança para desenvolver esse tipo de atividade, melhorando também a capacidade de comunicação.

Destaca-se como limitação a restrição de espaço adequado, tendo em vista que a sala também era usada por outros profissionais e o estado clínico dos usuários, o que por vezes dificultava a participação destes e seus acompanhantes nas atividades.

ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As atividades de Educação em Saúde na sala de espera da unidade de internação e ambulatórios de quimioterapia e radioterapia foram desenvolvidas por toda equipe. Foram realizadas atividades principalmente em datas comemorativas como Páscoa, Festa Junina,

Natal e nas campanhas de conscientização e prevenção ao câncer de mama e câncer de próstata, Outubro Rosa e Novembro Azul.

Todos os usuários e seus acompanhantes eram convidados a participar e, nessas atividades, era priorizado um lanche coletivo, dinâmicas educativas e, algumas vezes, contou-se com a participação de artistas locais. Por ser uma atividade na sala de espera ou no *hall* de entrada da unidade de internação, era grande a adesão e contemplou-se uma média de 25 pessoas por encontro, sendo realizados 12 atividades de Educação em Saúde.

Em todas as intervenções os assuntos foram abordados com a utilização de jogos e dinâmicas, como os “Mitos e Verdades sobre o Câncer”, “Bingo da Saúde”, “Roleta da Saúde”, atividades artesanais dentre outros materiais lúdicos.

Essas atividades foram favoráveis pois, destacam-se a aproximação dos sujeitos internados e seus familiares com a equipe multiprofissional, o fortalecimento de vínculo, fazendo do contexto hospitalar não somente um local de tratamento à doença, com a criação desses espaços de entretenimento incentivado que as dúvidas, medos e conquistas fossem compartilhadas, de acordo com a vontade e o desejo de cada um.

Ressaltamos que as ações realizadas requerem disponibilidade dos pacientes, acompanhantes e profissionais envolvidos, pois movimentam diferentes sujeitos e locais. Assim como, esforços da equipe de desenvolver atividades práticas que impliquem conhecimento aliado a momentos de distração.

DISCUSSÃO

As características demográficas e epidemiológicas da população brasileira têm mudado devido ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. O número de idosos tende a aumentar no Brasil nas próximas décadas, como aponta a Projeção da População, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, e o índice de envelhecimento que é a relação da porcentagem de idosos e de jovens, deve aumentar de 43,19 % em 2018, para 173,4 % em 2060 (IBGE, 2019).

No que diz respeito a saúde pública, isto tem impacto significativo, pois esse grupo etário apresenta elevada taxa de internação hospitalar devido a fragilidades próprias da idade e também pela prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus agravos de saúde, tais como doenças cardíacas, doenças respiratórias crônicas e o câncer (INCA, 2019; OMS, 2015). Em relação ao câncer, destaca-se que além de ser um problema de saúde pública é também uma das situações de adoecimento mais frequentes da população idosa, sendo que mais de 60% dos novos casos na população brasileira serão em idosos, devido as alterações fisiológicas do envelhecimento e também maior período de exposição e acúmulo de fatores de risco ao longo da vida (BRASIL, 2015; OMS, 2015; INCA, 2020).

No Brasil temos, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) que é uma iniciativa inovadora na garantia de direitos da pessoa idosa e abrange o direito à vida; à liberdade; ao respeito; à dignidade; à alimentação; à saúde e à convivência familiar e comunitária. É assegurado em seu Art. 15, a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Desse modo, torna-se imprescindível o desenvolvimento de ações que possam favorecer o enfrentamento adaptativo tanto do envelhecimento quanto do processo de hospitalização. Para tanto, as práticas de cuidado às pessoas idosas precisam estar alinhadas as necessidades desta população, bem como aos princípios que norteiam as ações de saúde considerando a pessoa como um todo e atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2006).

O sistema de saúde e os profissionais devem estar preparados para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social a fim de atender às demandas e necessidades na assistência integral ao paciente idoso oncológico, tendo em vista as especificidades desta população, bem como a subjetividade (FERNANDES et al, 2013).

Uma das possibilidades de capacitação são os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde (Portaria nº 1.077 de 2009), que proporciona a formação dos profissionais com base nos princípios e diretrizes do SUS, problematizando o processo de trabalho e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (BRASIL, 2009b). A Residência Multiprofissional pode ser uma estratégia na promoção de qualidade de vida, dignidade e autonomia aos idosos e seus familiares, mesmo em um ambiente muitas vezes tão hostil como o hospital e diante de um processo de adoecimento tão intenso como o câncer (CECCIM, FEUERWERKER, 2004; MALLMANN et al., 2015).

As práticas da residência multiprofissional e a produção de suas intervenções em sua maioria são consoantes com as orientações e dispositivos da PNH, produzindo interferências no ambiente institucional com a elaboração de mecanismos de gestão de trabalho mais participativos e mais resolutivos para a saúde do usuário como o exercício do acolhimento (MENEZES, ESCÓSSIA, 2018).

Assim, a PNH propõe ações a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho, deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Acolhimento, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, Gestão Participativa e cogestão, defesa dos direitos dos usuários, são alguns conceitos que norteiam a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2013).

A PNH também preconiza o acolhimento como estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde, pois visa atendimento com qualidade, valorização dos sujeitos como participantes ativos na produção de saúde e qualificação da escuta às demandas. Acolher implica prestar atendimento com resolutividade e responsabilização aos usuários. O acolhimento deve ser realizado por todos os membros da equipe, favorecendo uma visão integral do sujeito e busca-se a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre a equipe, usuário e familiares e/ou cuidadores. A escuta qualificada oferecida pela equipe ao usuário, possibilita a garantia do acesso oportuno as tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde, reconhecendo o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde (BRASIL, 2009a, 2010, 2013).

A roda de conversa é um dispositivo que se aplica em espaços coletivos, apresentando-se como uma ferramenta para o desenvolvimento de atividades de promoção em saúde, favorecendo o aprendizado mútuo de forma espontânea, estimulante e inovadora. Esta experiência pode proporcionar o aprofundamento da compreensão sobre a participação dos sujeitos sociais, concebidos como protagonistas de seu modo de viver e produtores do seu próprio cuidado (MELO et al., 2016). A roda de conversa possibilita que todos os participantes verbalizem seus sentimentos, sejam valorizados, identifiquem áreas potencialmente problemáticas no seu tratamento, quais são as fontes de ajuda e recebam incentivo para desempenho de ações de autocuidado dentro de suas possibilidades (BRASIL, 2013; MARINHO, DOMINGUES, OLÁRIO, 2016).

Os espaços de ambiência devem ser saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas (BRASIL, 2013). Dessa forma, esses espaços favorecem aos usuários momento de reflexão sobre sua autonomia e as decisões acerca de sua saúde. Entre as estratégias que visam fortalecer a promoção da saúde está a educação em saúde, que enfatiza a conscientização, sensibilização e mobilização individual ou coletiva para o enfrentamento de situações a educação em saúde deve ser entendida como importante vertente à prevenção e na prática deve estar preocupada com a melhoria das condições de vida e de saúde das populações (FERREIRA, LOPES, 2013; PEREIRA et al., 2016).

Educação em saúde é uma estratégia de ação voltada à aprendizagem para alcançar a saúde, portanto, torna-se necessário que seja voltada a atender à população de acordo com sua realidade, uma vez que deve oportunizar que os sujeitos possam pensar e repensar a sua cultura e transformar a sua realidade (SIQUEIRA, 2012). Estando não somente vinculada à atenção primária, e sim a todos os níveis de atenção à saúde, seja na comunidade ou no hospital, é importante desde o início do tratamento, não somente com a criação de instrumentos que permitam a prática, mas com a atuação efetiva do profissional, que deve atuar no empoderamento e na busca pela melhora do paciente (SILVA, et al., 2019). A educação

em saúde tem o propósito de identificação de opções a serem tomadas para estabelecer atitudes mais saudáveis (MONTEIRO, VIEIRA, 2010; PEREIRA et al., 2016).

Estas intervenções possibilitam falar sobre a situação de adoecimento, o que por vezes não ocorre em outros espaços, pois é comum que com o intuito de minimizar o impacto do diagnóstico de câncer, alguns familiares optam por não contar ao idoso sobre seu estado de saúde e os espaços de discussão e troca tornam-se menos frequentes. Essa atitude acaba prejudicando e afastando o idoso da família e pode fazer com que ele se sinta cada vez mais isolado, inseguro e ansioso (VOLLES, BUSSOLETO, RODACOSKI, 2012; SIMÃO, 2015). O conhecimento sobre seu estado de saúde possibilita que o idoso seja ativo no seu tratamento, busque informações e participe das decisões, construindo formas de enfrentamento desse processo, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (PNCC), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003, 2006, 2009a; 2013).

A equipe de saúde deve atuar na perspectiva de empoderamento do usuário, e assim favorecer sua participação de forma ativa e consciente no cuidado à saúde (HERR et al., 2013), devendo atuar numa perspectiva não somente curativa, mas também preventiva e, independentemente do cenário onde a prática educativa aconteça, ela gera nos indivíduos que a praticam maior responsabilização pelo cuidado e fortalecem também sua autonomia. Além do saber técnico-científico, a educação em saúde é um comprometimento social que visa o bem-estar da população (OLIVEIRA et al., 2015; PEREIRA et al., 2016).

A construção de conhecimento coletivo, trocas de saberes e a aproximação entre a equipe, os usuários e seus acompanhantes gerou fortalecimento de vínculos e a apropriação desses espaços por todos os atores envolvidos. Pode-se dizer que a realização desses momentos possibilitou a troca de experiências, confraternização, descontração e aprendizagem e tem sido visto como uma possibilidade de prevenção, promoção, proteção e efetivação da Política de Humanização (BRASIL, 2009a).

CONCLUSÕES

O crescente número de idosos sobreviventes do câncer, decorrentes do aprimoramento do tratamento oncológico demanda o desenvolvimento de ações multiprofissionais que fortaleçam a autonomia dos sujeitos e os empoderem a respeito de sua própria saúde. Considerando esse cenário, uma equipe de profissionais em processo de formação continuada em um programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar com ênfase na Hemato-Oncologia desenvolveu suas atividades no ano de 2017. As atividades foram construídas coletivamente e oferecidas de modo condizente com as necessidades e

singularidades da população, sendo uma possibilidade de intervenção, além do farmacológico e fortalecendo a corresponsabilização do cuidado e a valorização da autonomia, contribuindo para a qualidade de vida dos idosos em tratamento oncológico e seus acompanhantes.

■ REFERÊNCIAS

1. ALBUQUERQUE, F. R. P. C. **Fontes das informações para o estudo da mortalidade**. In: ERVATTI L. R.; BORGES G. M.; JARDIM A. P. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro, IBGE, 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de humanização. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
3. _____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.
4. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2020.
5. _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada**. Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_foleto>. Acesso em: 23 ago. 2020.
6. _____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/ MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <portal.mec.gov.br/docman/marco-2014-pdf/15462-por-1077-12nov-2009>. Acesso em: 23 ago. 2020.
7. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.htm>
8. _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 out. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 20 ago. 2020.
9. CECCIM R.B.; FEUERWERKER L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **HYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 41-65, 2004.
10. FERNANDES, M. A. et al. Percepção dos enfermeiros sobre o significado dos cuidados paliativos em pacientes com câncer terminal. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 9, p. 2589-2596, 2013.

11. FERREIRA, V.F.; LOPES, M.M.B. Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora. **Revista enfermagem UFPE [Online]**, Recife, v.7 esp, p.5834-6, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11867/14313>>. Acesso em: 09 set. 2020.
12. HERR, G. E. et al. Avaliação de conhecimentos acerca da doença oncológica e práticas de cuidado com a saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n.1, p. 33-41, 2013.
13. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Longevidade. Retratos: A revista do IBGE. Rio de Janeiro: IBGE, 2019.
14. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, INCA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Ministério da Saúde. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2020. Disponível em:<<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//livro-abc-6-edicao-2020.pdf>>. Acesso em 04 set. 2020.
15. _____ . **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>>. Acesso em 09 set. 2020.
16. MALLMANN, D. G. et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1763-1772, 2015.
17. MARINHO S.S.M.M.; DOMINGUES K.C.C.M.; OLÁRIO P.S. Humanização da Assistência Frente Ao Paciente Oncológico: Uma Revisão Integrativa. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, Duque de Caxias, v. 3, n.1, p. 133-147, 2016.
18. MELO, R. H. V. et al. Roda de Conversa: uma Articulação Solidária entre Ensino, Serviço e Comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica [online]**, Brasília, v.40, n.2, p.301-309, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e01692014>>. Acesso em: 21 ago. 2020.
19. MENEZES, A. A.; ESCÓSSIA, L. A Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia para a humanização: modos de intervir no cotidiano de um hospital universitário. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 322-329, 2018.
20. MONTEIRO, E.M.L.M.; VIEIRA, N.F.C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n.3, p.397- 403, 2010.
21. OLIVEIRA, M. R. et al. Concepção de graduandos de enfermagem sobre a prática educativa em saúde em primeiros socorros. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 16, n.2, p.150-8, 2015.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2020.
23. PEREIRA, F. G. F. et al. Características de práticas de educação em saúde realizadas por estudantes de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.21, n.2, p. 01-07, 2016.
24. SIMÃO, S. C. et al. Revisão integrativa: enfrentamento do idoso com o diagnóstico de câncer. **Revista de Enfermagem e Atenção Saúde [Online]**, Uberaba, v. 4, n. 2, 2015, p. 115-126. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/viewFile/592/pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2020.

25. SILVA, L. C. A. et al. Abordagem Educativa ao Paciente Oncológico: Estratégias para Orientação acerca do Tratamento Quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, 2019.
26. SIQUEIRA, M.S. **Programa de educação em saúde para estudantes da escola estadual Tuiuti**. 2012. 23 p. Monografia (Especialização em Comunicação em Saúde). Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz/Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2012.
27. VOLLES, C.C.; BUSSOLETTO, G.M.; RODACOSKI, G. A conspiração do silêncio no ambiente hospitalar: quando o não falar faz barulho. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 212-231, 2012.

“ Utilização do Nintendo Wii para promoção de equilíbrio em idosos

▮ Julli Batista Fausto de **Queiroz**
UBM

▮ Patricia Luciene da Costa **Teixeira**

RESUMO

O envelhecimento ocasiona modificações no sistema visual, vestibular e proprioceptivo, as quais acabam afetando a ação dos centros de controle postural. Este déficit de equilíbrio na população idosa pode ocasionar alterações na mobilidade, graves transtornos funcionais e aumentar o risco de quedas. Objetivo: avaliar os benefícios do *Nintendo Wii* (NW), no processo de reabilitação e treinamento neuromuscular proprioceptivo, em idosos com déficit de equilíbrio. Métodos: 15 indivíduos foram submetidos a 20 atendimentos duas vezes por semana, com duração de 30 minutos, com a utilização da plataforma balance do Nintendo. Conclusão: A utilização do Nintendo Wii contribuiu para melhora do quadro de equilíbrio nos participantes da pesquisa.

Palavras-chave: Idosos, Equilíbrio, Nintendo Wii.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento ocasiona modificações no sistema somatossensorial, visual e vestibular, que acabam afetando a ação dos centros de controle postural. O sistema vestibular é sensível às acelerações lineares e angulares, enquanto o sistema somatossensorial é composto por vários receptores que percebem a posição e a velocidade de todos os segmentos corporais, seu contato com objetos externos, inclusive o chão, e a orientação da gravidade. No sistema visual, pode-se dizer que o envelhecimento compromete não só a acuidade visual, mas também restringe o campo visual e diminui a percepção de profundidade, já que as informações visuais relacionam-se com a forma, cor e movimento dos objetos e do próprio corpo. Tais alterações contribuem para a instabilidade corporal afetando o equilíbrio (MANN et al, 2008).

Este déficit de equilíbrio, na população idosa, pode ocasionar alterações na mobilidade, graves transtornos funcionais e aumentar o risco de quedas, que possuem um significado de alta relevância para o idoso, podendo inclusive levá-lo ao óbito. As fraturas e o medo de cair novamente, consequências comuns das quedas, também podem gerar incapacidades funcionais, com maior dificuldade para realizar as atividades da vida diária (PINA et al, 2015).

No cotidiano dos idosos, vários fatores podem facilitar ou propiciar a ocorrência de quedas. Esses fatores se dividem em dois grandes grupos: os intrínsecos, que são inerentes ao próprio indivíduo, relacionados com as alterações biológicas e psicossociais associadas ao envelhecimento; e os extrínsecos, decorrentes da interação do idoso com o meio ambiente como, por exemplo, qualidade do piso e iluminação de sua moradia, acesso aos meios de transporte público e às áreas de lazer, entre outros. Entretanto, por serem eventos multifatoriais, esses fatores guardam relação com a capacidade de manter habilidades para realizar atividades básicas e instrumentais da vida diária, percebidas como condição para viver com independência e autonomia, sendo, pois, muitas vezes, difícil relatá-los separadamente (SMITH et al, 2017).

A queda é considerada um problema de saúde pública e se dá em decorrência da perda total do equilíbrio postural, podendo estar relacionada à insuficiência súbita dos mecanismos neurais e osteoarticulares, envolvidos na manutenção da postura (SOARES et al, 2015). A alta prevalência de quedas pode ter consequências sérias na qualidade de vida de idosos, podendo resultar em hospitalizações prolongadas, institucionalizações, restrição das atividades e da mobilidade, isolamento social, ansiedade e depressão. Nesse sentido, a ocorrência de quedas, interfere nos aspectos biopsicossociais e econômicos dos idosos e da sociedade, necessitando-se priorizar o conhecimento de fatores de risco e o impacto destes na ocorrência de quedas, objetivando estabelecer medidas (SMITH et al, 2017).

A eficácia terapêutica de uma tecnologia computacional denominada Realidade Virtual (RV), vem sendo utilizada em diversas áreas da fisioterapia, proporcionando aos usuários uma maneira fácil de realizar atividades físicas, associando à diversão. A RV é caracterizada por uma interface que integra graus variados de imersão, interação e envolvimento do usuário, ao utilizar dispositivos multissensoriais, a partir de um ambiente tridimensional, criado em tempo real por computador. Essa tecnologia possibilita a realização de atividade física, pois capta os movimentos humanos, potenciando a interação entre o usuário e o contexto do jogo, incorporando o fato de mover-se para jogar. Ao mesmo tempo em que se exige um alto nível de atenção aos detalhes visuais, se requer a mobilidade dos membros inferiores e superiores para alcançar os objetivos do jogo (PINA et al, 2015).

A gamificação pode ser definida de forma mais consistente como sendo uma estratégia apoiada na aplicação de elementos de RV para atividades *non-game*, que é utilizada para influenciar e causar mudanças no comportamento de indivíduos e/ou grupos (COSTAS, MARCHIORI.,2016).

Sendo assim, o objetivo deste estudo, foi avaliar os benefícios do *game* de RV *Nintendo Wii* (NW), no processo de reabilitação e treinamento neuromuscular proprioceptivo de idosos, com déficit de equilíbrio.

METODOLOGIA

Esta pesquisa iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Barra Mansa (UBM), sob **NºdoCAAE: 09436319.1.0000.5236**

Participaram deste estudo, 15 idosos escolhidos aleatoriamente em um Centro Universitário localizado no interior do estado do Rio de Janeiro.

Foram incluídos no estudo idosos de ambos os sexos, com idade entre 60 a 80 anos, capazes de deambular de forma independente, que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).C

Crerios de exclusão: idosos que se sentiram desconfortáveis com os procedimentos de avaliação e tratamento, com doenças neurodegenerativas, osteomioarticulares, que impossibilitassem a prática de atividade física, indivíduos que apresentaram qualquer contraindicação para a realização de exercício físico, incapacidade cognitiva para participar das avaliações, e aqueles que faltaram 3 atendimentos consecutivos.

Assim que os voluntários chegaram à clínica-escola, ficaram em repouso por no mínimo 5 minutos, para estabilização dos sinais vitais. Logo em seguida, foi verificada a pressão arterial (PA) com o participante sentado, com o dorso recostado em uma cadeira, pés apoiados no chão, membro superior esquerdo estendido e apoiado com ligeira semi flexão de cotovelo, tendo sido previamente orientado a não falar durante a avaliação pela técnica

auscultatória. O manguito foi insuflado até 5mmHg após o desaparecimento do pulso, em seguida foi desinsuflado aproximadamente 3mmHg por segundo, e registrado o 1º som (PA sistólica) e o último som (PA diastólica), antes do desaparecimento total.

Para avaliar a mobilidade funcional antes e após o período total de intervenção, foi realizado o teste *Timed Up and Go* (TUG), que consiste em mensurar em segundos, o tempo gasto pelo indivíduo para levantar-se da cadeira, andar três metros, voltar e sentar-se novamente na cadeira.

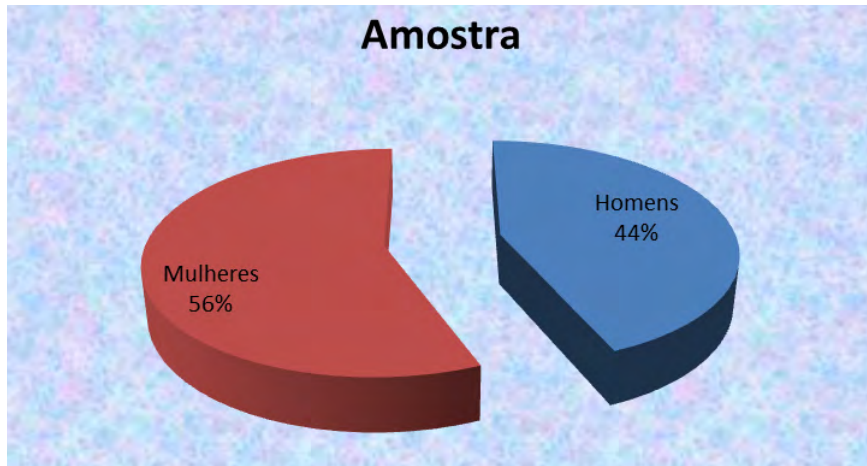
O teste de alcance funcional também foi realizado, antes e após o período total das intervenções. Inicialmente, com fixação da fita métrica à parede, paralela ao chão, e posicionada na altura do acrômio do voluntário. O indivíduo, descalço, foi posicionado com os pés paralelos entre si, perpendicularmente em relação à parede e próximo ao início da fita métrica. Com punhos em posição neutra, cotovelos estendidos e ombro com flexão de 90°, o voluntário foi instruído pelo examinador a realizar a inclinação para frente sem tocar na fita e, em seguida, foi verificado o deslocamento sobre ela. Foi anotado o melhor resultado após três tentativas, e calculada a média entre a diferença da posição inicial e final registrada na fita.

Foram realizadas 20 sessões utilizando o Nintendo Wii (NW). A intervenção fisioterapêutica foi baseada em um jogo de equilíbrio do vídeo game NW, que utiliza o acessório *Balance Board*, o qual é responsável pela interface entre o vídeo game e o jogador, e capta a descarga de peso do paciente. Os pacientes realizaram a primeira sessão para aprendizagem em relação ao jogo selecionado (Pinguim), onde o paciente é representado por um pinguim sobre um iceberg, que deve se deslocar latero-lateral, para pegar o maior número de peixes sem cair na água. A frequência das sessões foram de duas vezes por semana, com duração de 30 minutos. O tempo de repouso aconteceu de acordo com a necessidade de cada participante.

RESULTADOS

Entre os meses de Junho e Setembro, 40 pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade foram recebidos para dar início ao protocolo de treinamento, com a utilização do Nintendo Wii, para promoção de equilíbrio. Apenas 15 voluntários realizaram o protocolo em sua totalidade. A idade média dos participantes foi de $70,81 \pm 5,11$ anos, havendo predomínio do sexo feminino (n=9) como apresentado na figura 1.

Fig. 1. Distribuição da amostra por sexo. Fonte: Dados do estudo 2019.



Devido ao pequeno número amostral, não foi possível análise estatística com os resultados obtidos na realização dos testes, *Time Up And Go* e Alcance Funcional (Tabela 1).

Tabela I: Resultados observados pré e pós intervenção.

VARIÁVEIS	PRÉ	PÓS MÉDIA ± DP	MÉDIA ± DP
<i>Time Up and Go</i>			
Homens	29,14±5,81	12,85±2,41	
Mulheres	37,77±7,08	13,77±3,56	
<i>Teste de Alcance Funcional</i>			
Homens	8,68±0,7	9,05±0,71	
Mulheres	7,77±2,27	8,25±3,32	

Após a realização do protocolo estabelecido, os pacientes foram reavaliados pelo teste TUG, onde os resultados mostraram diminuição do tempo de execução na realização do teste, apontando diminuição do risco para queda nos indivíduos do sexo masculino (Figura 2) e do sexo feminino (Figura 3).

Fig. 2. Valores do TUG pré e pós intervenção nos participantes do sexo masculino. Fonte: Dados do estudo 2019.

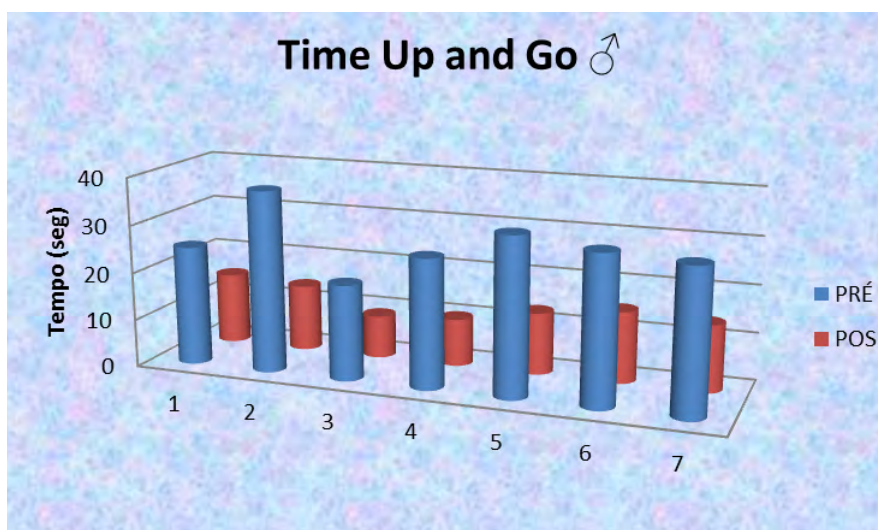
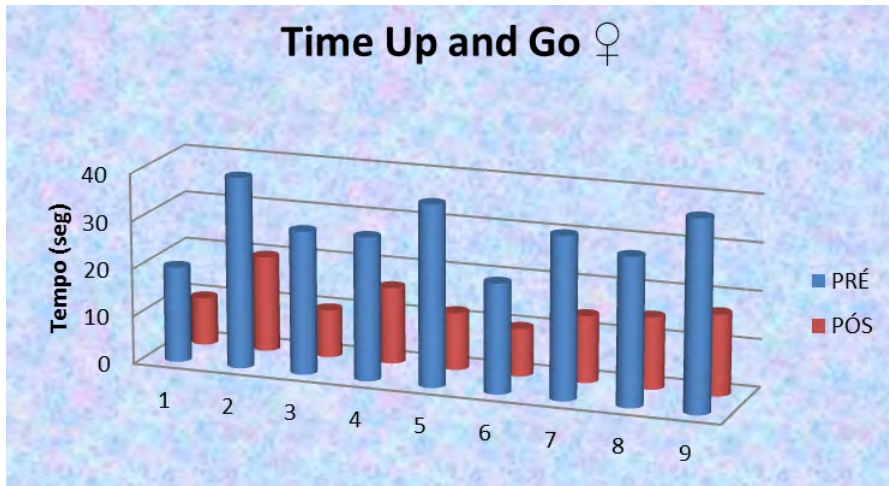


Fig. 3. Valores do TUG pré e pós intervenção nos participantes do sexo feminino. Fonte: Dados do estudo 2019.



A avaliação obtida pelo Teste de Alcance Funcional não foi homogênea nos dois gêneros, mas a maioria dos participantes apresentou melhora do equilíbrio após término dos atendimentos (Figura 4 e 5).

Fig. 4. Valores do teste de alcance funcional pré e pós intervenção nos participantes do sexo masculino. Fonte: Dados do estudo 2019.

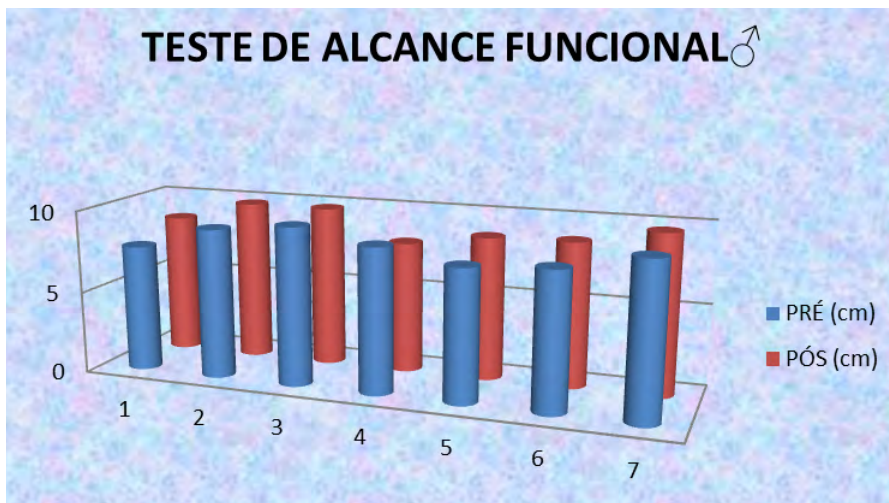
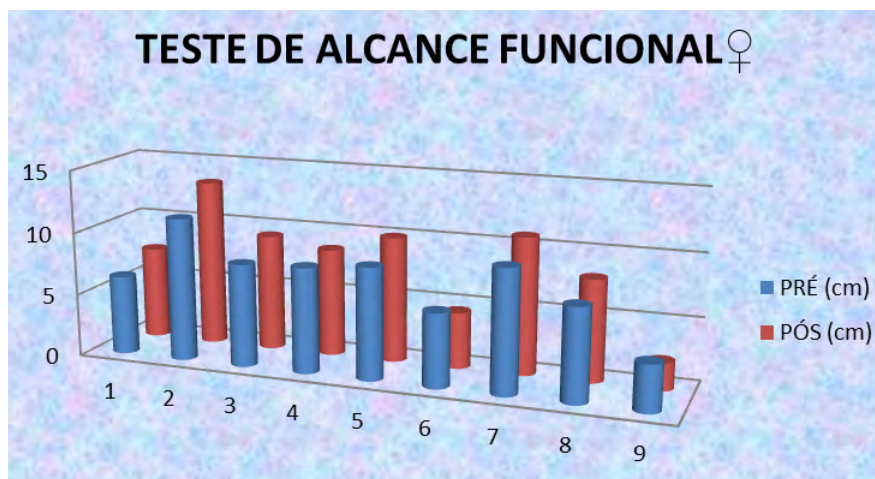


Fig. 5. Valores do teste de alcance funcional pré e pós intervenção nos participantes do sexo feminino. Fonte: Dados do estudo 2019.



DISCUSSÃO

Os resultados mostraram diminuição do tempo do TUG nos pacientes de ambos os sexos e, aumento da medida realizada pelo Teste de Alcance funcional, pela maior parte dos participantes, apontando para uma melhora do equilíbrio nos mesmos.

É possível inferir que os benefícios de aplicação de um programa de RV, podem transcender os aspectos puramente fisiológicos e clínicos de uma reabilitação.

Segundo Sposito (2013), essa tecnologia favorece o emprego de elementos motivacionais que podem facilitar mudanças nos aspectos psicossociais, culturais e pedagógicos, este último entendido como aprendizado de recursos e técnicas de uso ampliado na sociedade. Embora tenham ocorrido muitas perdas durante o período de realização do protocolo, os participantes remanescentes mostraram interesse em continuar a utilizar o recurso terapêutico, após o término das sessões.

A ideia de imersão lúdica dos jogos proporciona ao paciente um maior engajamento nas atividades aplicadas (FONSECA, BRANDALIZE, BRANDALIZE, 2012). Os jogos utilizados envolviam transferências de peso corporal controladas, uma estreita base de apoio e movimentos rápidos e bem coordenados. Também exigiam um trabalho cognitivo, que envolvia detectar estímulos sonoros e visuais, focar atenção e tomar decisões rápidas. Esta interação sensorial, que inclui o processamento da informação e o sistema neuromuscular, é similar às etapas de respostas necessárias para evitar muitas quedas.

O uso do Nintendo Wii é eficaz para melhora de desfechos funcionais, equilíbrio, mobilidade, desempenho motor e independência. Além de atuar promovendo a diminuição do risco de quedas, aumentando a qualidade de vida. Em outros estudos realizados com idosos institucionalizados, foi possível observar que o uso da tecnologia no processo de reabilitação mostrou benefícios, quando considerados a mobilidade e o equilíbrio (SMITH et al, 2017).

Santos e colaboradores (2015) demonstraram que a intervenção do treino do equilíbrio em idosos utilizando o Nintendo Wii, melhorou o equilíbrio dos idosos participantes do estudo, o que corrobora nossos resultados.

Souza, Bezerra (2016) evidenciaram benefícios na marcha dos pacientes, principalmente nas situações de dupla tarefa. Houve redução do tempo e conseqüentemente, da cadência nas situações de velocidade aumentada, obstáculo e tarefa cognitiva associadas. No atual estudo, evidenciou-se que a associação de qualidade de vida, com força, equilíbrio e velocidade de marcha, é benéfica para os idosos.

Durante o envelhecimento, ocorre perda de propriocepção articular. Esse decréscimo é apontado na literatura como fator de risco de quedas, assim como problemas somatossensoriais, sensoriomotores e vestibulares (TREM et al, 2014; BATISTA et al, 2012). A utilização de mecanismos de realidade virtual é possibilidade recente de fácil aplicabilidade, baixo

custo, de aspecto lúdico que exerce no usuário fascínio pelo ambiente virtual. Simula a vida real e permite aumentar a intensidade do treinamento, enquanto providencia um aumento tridimensional e um feedback sensorial direto visual e sensitivo. As dimensões da utilização da realidade virtual e relevância fisioterapêutica, resultaram em uma boa consistência. Tais fatos refletem diretamente a proposta de reabilitação, mediante a execução das metas lúdica e terapêuticas ao longo do jogo; olhar focado para as peculiaridades de idosos com déficit de equilíbrio postural (MEDEIROS, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados sugerem que o Nintendo Wii é um valioso instrumento para a prática fisioterapêutica, trazendo potenciais benefícios para esta população. Porém, são necessários mais estudos, com um protocolo que envolva maior número de participantes, com escolha de outros jogos, de forma que possa ser apontando qual duração e frequência de terapia seria mais vantajosa para a população de idosos saudáveis, como meio de promoção de saúde.

■ REFERÊNCIAS

1. BATISTA, J. S. et al. Reabilitação de idosos com alterações cognitivas através do videogame Nintendo Wii. **RBCEH. Passo Fundo**. V.9, n.2, p.293-299, 2012.
2. COSTA, A. C. S; MARCHIORI, P.Z. Gamificação, elementos de jogos e estratégias: Uma matriz de referência. Incid: **R. Ci. INF.DOC; Ribeirão Preto**. V.6, n.2, p.44-65, 2016.
3. FONSECA, R. M.; BRANDALIZE, D.B.; BRANDALIZE, M.B. Nintendo Wii e seu efeito no equilíbrio e capacidade funcional de idosos saudáveis. **R. Bras. Ci. Mov.** v.20, n.2, p.68-75, 2012.
4. MANN, L. et al. Investigação do equilíbrio corporal em idosos. **Rev. Bras. Gerontol.** v.11, n.2, p.155-165, 2008.
5. MEDEIROS, C. S. P. **Validação do jogo serio virtualter para reabilitação do equilíbrio postural de idosos por meio da realidade virtual**. Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fabrícia Azevêdo da Costa Cavalcanti, 2018. 81f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
6. PINA, J. M. S. et al. Efeito do Nintendo wii sobre o equilíbrio postural em idosos: ensaio clínico randomizado. Estudo Piloto. **Ciên em Mov Reabilitação e saúde**. V.17, n.35, p.61-69, 2015.
7. SANTOS, C. S.; PINA, J. M. S.; RIBEIRO, G. D.; FERRAZ, D. D. N. Efeito do Nintendo Wii sobre o equilíbrio postural em idosos: Ensaio clínico randomizado. Estudo piloto. **Ciên em Mov. Reabil. Saúde**. v.17, n.35, p.84-96, 2015.
8. SMITH, A. A. et al. Avaliação do risco de queda em idosos residentes em domicílio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.25, n.2, p.1-9, 2017.

9. SMITH, N. F. T.; DUTRA, L. R.; MEDEIROS, P. S. E; FARIA, C. D. M. Eficácia do Nintendo Wii em desfecho funcionais e de saúde de indivíduos com doenças de Parkinson. **Fisioter. Pesqui.** V.25, n.1, p.100-106, 2018.
10. SOARES, D. S.; MELLO, L. M.; SILVA, S.; NUNES, A. A. Análise dos fatores associados a queda com fratura de fêmur em idosos: Um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatr.** v.18, n.2, p.239-248, 2015.
11. SOUZA, V. B.; BEZERRA, R. C. D. O uso do videogame Nintendo Wii como recurso terapêutico para idosos: Uma análise da atividade na perspectiva da terapia ocupacional. **Rev. Ciênc em Mov.** v.24, n.4, p.34-52, 2016.
12. SPOSITO, L. A. C. et al. Experiência de treinamento com Nintendo Wii sobre a funcionalidade equilíbrio e qualidade de vida de idosos. **Rev. Bras. Geriatr.** v.19, n.2, p.532-540, 2013.
13. TREM, C. J. et al. O uso da plataforma Balance Board como recurso fisioterápico em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.16, n.4, p.756-768, 2014.

“

O curso da UAMA e sua repercussão no processo de envelhecimento e melhoria da qualidade de vida do idoso: o que dizem o aluno e familiares pesquisados

▮ Roseanny Dantas dos **Santos**
UEPB

▮ Karolyne Alves da **Silva**
UEPB

▮ Maria José **Guerra**
UEPB

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo apresentar uma análise sobre o processo de envelhecimento e a melhoria da qualidade de vida de idosos alunos da Universidade Aberta à Maturidade – UAMA da Universidade Estadual da Paraíba, a partir do dizer de aluno e familiares pesquisados. Considerando a importância deste tipo de educação oferecida no Brasil e, especificamente, na cidade de Campina Grande, Paraíba, é que se justifica a escolha do tema. Optou-se pela pesquisa qualitativa de natureza bibliográfica e interativo-interpretativa, com o apoio de estudos da literatura sobre o Envelhecimento Humano. A coleta de dados foi realizada por meio de conversas espontâneas e da aplicação de questionários, observações e a transcrição das entrevistas. O desenvolvimento dessa atividade investigativa traz as impressões dos familiares a respeito desse curso de Educação para o Envelhecimento Humano. Os resultados obtidos permitiram constatar que a entidade educacional UAMA, merece destaque pelo trabalho cuidadoso e inclusivo que alcança uma dimensão pública, pessoal e familiar, sobretudo, de cidadania que realiza sobre a qualidade do processo de envelhecimento e, especialmente, com o incentivo e o cultivo da autonomia do idoso e da dignidade cidadã, que requer o aluno idoso- UAMA, como uma questão que vem ganhando forças na contemporaneidade.

Palavras-chave: Envelhecimento, Dignidade, Qualidade de Vida, UAMA.

INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento humano tem sido constante preocupação de pesquisadores e estudiosos da área, não somente pela expectativa de vida mais elevada dos idosos brasileiros, mas, também, pela condição que este cenário representa e, por conseguinte, reflete diretamente em nossa sociedade, no modo de vida dos sujeitos, na criação de novas políticas públicas, na melhoria dos meios de transporte e locomoção, etc.

Em semelhante contexto, estas questões passam a ser de interesse do meio acadêmico, quando nos entendemos como sujeitos partícipes e promotores de conhecimento e transformação do meio em que estamos inseridos. Assim sendo, é objetivo maior deste trabalho, apresentar a comunidade e discorrer sobre o projeto vinculado a Universidade Estadual da Paraíba, com sede, inicialmente no campus I: a Universidade Aberta a Maturidade - UAMA com o curso de formação especial Educação para Envelhecimento Humano, bem como a sua **repercussão no processo de envelhecimento e melhoria da qualidade de vida dos idosos**. A relevância dada a estas aulas e, como os familiares enxergam os benefícios da inserção dos seus, neste grupo aberto à maturidade, justificam nossa pesquisa.

O texto discute as manifestações dadas pela própria aluna da UAMA que, participa do curso da Universidade Aberta à Maturidade – UAMA há 6 (seis) anos, bem como de familiares da referida aluna. As falas convergem sempre, para a afirmativa de que as aulas e o convívio com “outros” idosos trouxeram inúmeros benefícios aos participantes.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste trabalho consiste na análise da coleta de dados realizada, através da orientação e da aplicação de questionários com perguntas semiestruturadas de familiares de alunos da Universidade Aberta a Maturidade e de uma entrevista espontânea com a aluna Francisca Dantas dos Santos de 70 anos. As falas foram transcritas e identificamos os sujeitos como: **Aluna Francisca Dantas (AFD) Familiar da idosa (Fi1, Fi2, Fi3 e Fi4)**, todos os familiares têm como grau de parentesco ser (*filha da aluna*). Contudo para dimensão que assume este artigo foi realizado um recorte dos dados, cujo *corpus* apresenta apenas três entrevistas de familiares.

Trata-se de uma proposta metodológica que discute a relevância do papel ocupado pelo idoso no contexto contemporâneo e reforça a importância de tornar esses indivíduos idosos atuantes em sociedade. Pesquisas realizadas no ano de 2018 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), apontam que em 2060, 1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos. Portanto, mais precisamente no contexto educacional, incluir esses idosos significa contribuir através de políticas públicas, com estratégias de aprendizagem, que possibilite o contato com seus semelhantes e a troca de suas experiências.

Borges (In: FREITAS [et al] 2002, p.1038) defende a gestão participativa em organizações de idosos como instrumento para a promoção da cidadania. Ou seja, envolve o conceito de autonomia contendo as seguintes competências: *capacidades cognitivas; controle sobre o corpo; controle emocional; domínio do tempo e capacidade simbólica*, expressa pela capacidade de responder e produzir estímulos simbólicos, com a utilização de vários tempos de linguagens.

Para os autores Fernandes e Soares (2012) “O Brasil tem se organizado na tentativa de responder às crescentes demandas da população que envelhece, preparando-se para enfrentar as questões da saúde e do bem-estar dos idosos [...]”. Percebemos aqui, que não trata-se apenas de incluir ou “ocupar” esses indivíduos, mas garantir o seu bem-estar através de atividades mentais e corporais que lhes remetam sentido e satisfação.

É importante destacar que o Conselho Nacional do Idoso pela Lei Nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994 assegura em seu Art. 3º que: O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos. Diante do exposto, é um dever das políticas educacionais e sociais a conscientização da participação do idoso na esfera social, e a garantia dos seus direitos conforme prevê a lei.

Considerar o conhecimento cultural e familiar desses indivíduos, permite que os diálogos aconteçam como forma de representação de suas identidades, sobre isso aponta Meneses [et al] (2013):

No que diz respeito às experiências e vivências dos idosos, observa-se que os saberes e atitudes na velhice resultaram de conhecimentos e práticas diárias desenvolvidas no ciclo vital – ou seja, infância, adolescência, vida adulta até a fase atual, com um desempenho de sucesso e prazer em muitas atividades e a superação de momentos de dificuldades para outras tarefas [..]

Contudo, falar do papel do idoso no contexto educacional, é ressaltar a contribuição de Paulo Freire, ao considerar a aprendizagem na modalidade de Jovens e Adultos como um processo que precisa partir do conhecimento de mundo desses sujeitos, suas necessidades e anseios em relação ao contexto ao qual estão inseridos. Merece destacar a contribuição de Freire (2005) “A palavra viva é diálogo existencial. Expressa e elabora o mundo, em comunicação e colaboração”.

Na visão de Guerra (2013, p.122) a qualidade de vida na velhice implica algo que está associado à idade cronológica, mas nem sempre é idêntico a ela. Pode ser usado de diversas formas, isto significa que:

A qualidade de vida dos idosos e sua avaliação sofrem os efeitos de numerosos fatores, entre eles, os preconceitos da sociedade civil e de alguns profissionais, no que diz respeito à velhice. O idoso deve participar ativamente da avaliação do que é melhor e mais significativo para ele, pois o padrão de qualidade de vida de cada pessoa é um fenômeno altamente da narrativa pessoal. Portanto, essa é uma questão não apenas metodológica, mas também ética.

Certamente que a qualidade de vida no processo de envelhecimento humano depende naturalmente, do passar do tempo vivido e de seu processo que pode ser determinado individualmente, pelas escolhas que o idoso escolhe e poderá orientar melhor suas atividades, promovendo à velhice saudável como: saúde, alegria, prazer, felicidade, bem estar, qualidade de vida entre outros.

Lawton, 1983 (*apud* PASCHOAL, 2002, p. 84) contempla quatro dimensões conceituais para a análise da qualidade de vida do idoso, que podem interferir na convivência do idoso, como sendo:

1. *Competência comportamental*: avaliação do funcionamento do indivíduo no tocante a saúde, a funcionalidade física, a cognição, o comportamento social e a utilização do tempo, referenciada a parâmetros clínicos, bioquímicos e comportamentais.
2. *Condições ambientais objetivas*, que são relativas ao contexto físico e ao construído pelo homem e tem relação direta com a competência comportamental. Deve oferecer adequadas condições de acesso, manejo, conforto segurança, variabilidade, interesse e estética, o que inclui instrumentos, equipamentos e adaptações construtivas.
3. *Qualidade de vida percebida* define subjetiva e relativa à avaliação da própria saúde e do próprio funcionamento em qualquer domínio.
4. *Bem-estar subjetivo*: dizem respeito à avaliação pessoal que o idoso faz do conjunto e da dinâmica das relações entre as três áreas precedentes. É indicado principalmente por satisfação, felicidade e estado de espírito.

Essa relação de proximidade dos idosos com o curso da UAMA, a melhoria da qualidade de vida e a necessidade de conhecer um pouco da literatura sobre o envelhecimento humano, tornou emergente buscar compreender, qual a relação do idoso com os seus familiares.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O material coletado seguiu as orientações de Minayo (1999) que foram cuidadosamente analisados: frases, palavras, gestos, adjetivos, estrutura e significado de ideias já dadas no texto e sentido geral do texto. Em observação aos seguintes passos: [i] ordenação dos dados; [ii] classificação dos dados de categorias empíricas; [iii] análise final.

Para tanto, seguimos o sistema mínimo de notação de *pergunta* e *resposta* sugerida pela Análise da Conversação dos pesquisadores Marcuschi (1999) e Pretti (1991), cujo *corpus* foi constituído de uma amostra de 5 (cinco) Quadros, os quais refletem, um recorte de *perguntas* de 3 filhas e a *resposta* já dada no texto da **Aluna Francisca Dantas (AFD)** que estuda na UAMA/UEPB, conforme veremos a seguir.

Quadro 1. Quem é AFD pesquisada?

DADOS SOBRE (AFD)- UAMA/UEPB	
PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- Qual a sua idade	1- Setenta anos
2- Nível de Escolaridade antes de entrar na UAMA?	2- Ensino Médio
3- Como tomou conhecimento desse curso da UAMA para fazer sua inscrição?	3- Indicação da amiga da filha.
4- Há quantos anos você frequenta as aulas da UAMA na UEPB?	4- Seis anos

Essas informações do **Quadro -1** acima sinaliza para a possibilidade de o leitor poder conhecer melhor quem é a **AFD** da UAMA pesquisada.

Quadro 2. Conversa com AFD para saber o significado da UAMA em sua vida:

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- O que significa ou representa hoje, a UAMA para você?	1- A UAMA é vida, é dignidade, é respeito ao idoso. A minha vida é outro depois da UAMA, me amo mais, sei dos meus direitos que são regidos pelo Estatuto do Idoso. Aprendi que devemos nos amar e entender que a vida vai passando, mas não podemos nos entregar jamais. Algumas de nós nunca foi na escola, outras já foram até professoras, mas lá, todo mundo é igual. Terminei meu curso em agosto de 2015, mas sempre estou lá, nas sextas feiras, no grupo de convivência. É ótimo! Passamos, dançamos, temos muitas confraternizações, festinha de São Joao, Carnaval, é uma delícia.
2- De que maneira a UAMA contribuiu para a melhoria de sua vida? Narre um fato em que isto aconteceu com você:	2- Em tudo! Lá na UAMA todo mundo é importante, tem seu valor. E esse valor não tem nada a ver com dinheiro, mas quando vou para as aulas, gosto de me arrumar, usar lenços, chapéus, óculos escuros, batom, me arrumo como quem vai para uma festa, mas na verdade, lá é uma festa. Uma festa de respeito, sem bagunça. Não existe um fato específico, todo dia é dia de alegria na mudança.
3- O que você mais gosta de fazer, nos dias em que se reúne, com os amigos na UAMA?	3- Gosto de colocar a conversa em dia, falar sobre coisas do nosso tempo, e assistir as aulas. Algumas amigas costumam não se comportar bem, porque a aula é lugar de respeito. O professor prepara as aulas com tanto carinho...
4- Quais são as vantagens e as desvantagens que o idoso descobre ao conhecer os elementos necessários da educação para o Envelhecimento Humano?	4- Só vejo vantagens...
5- Quais são as áreas que você mais gosta de estudar na UAMA?	5- Todas são ótimas, mas as aulas de Professor Mano, Professora Vitoria e Professora Glauce são ótimas, elas mexem com a gente, com nossos sonhos, nossa maneira de olhar o mundo com outros olhos, e as de Glauce principalmente, a gente aprende que apesar de idosos temos muitos direitos ainda.

Notamos nas falas da **AFD**, que há uma ligação maior com a UAMA do que com as relações de ensino e aprendizagem que costumamos vê nas escolas e universidades de experiências regulares Borges (In: FREITAS [et al] 2002). Observa-se, no dizer da **AFD** que existe uma relação de pertencimento dessa aluna para com a instituição. **AFD** nos parece uma aluna que entende as aulas como oportunidade de crescimento, reconhece os esforços de seus professores nos planejamentos das aulas e, também, costuma preparar-se para as aulas, nem que seja fisicamente.

Também é interessante como **AFD** fala da relação de igualdade com os demais alunos de sua turma. É, como se existisse um trabalho de aulas bem dialogadas, sobre este aspecto. E a postura do professor, também deve contribuir para que os alunos se compreendam

por iguais, e não somente por estarem em seus pares (quanto idade), mas, porque são capazes de reconhecer em si mesmo, o seu valor pessoal (BORGES In: FREITAS, 2002).

A UAMA chega à vida de **AFD** em meados do ano de 2012. Uma amiga próxima da filha de **AFD** disse que a mãe estava matriculada em curso para idosos, na Universidade Estadual e, que era uma excelente alternativa para idosos. Foi aguardado o período e feito a inscrição e, ao passo que foi chamada para o começo das aulas, **AFD** recebe o diagnóstico de *câncer de mama* já com metástase óssea. O normal seria abandonar o curso, e dedicar-se ao “tratamento contra o câncer”, mas tudo aconteceu “conforme os planos de Deus” disse **AFD**. Quando descobriu que estava doente, ela sentiu que precisava ainda mais da UAMA.

Mas **AFD** afirma que era o período que mais precisava do convívio escolar com outras pessoas de sua idade, que passaram e passam por problemas de saúde parecidos com o dela (GUERRA, 2013). Era maravilhoso, trocar as experiências de vida, as bem sucedidas e as outras que ainda precisam se tornar. Os professores passaram a serem médicos também, mas estes não trataram da patologia física, eles cuidaram da autoestima do idoso Preti (1991), da valorização da vida, do aceitar-se e estimulavam o aluno a viver em busca da dignidade frente ao envelhecimento (BORGES In: Freitas [et al], 2002).

O curso regular da UAMA tem duração de dois anos, mas a turma não queria deixar a UAMA, então foram criadas as aulas de convivência, aulas essas que **AFD** faz questão de não faltar. Notoriamente, o prazer de estar nesses encontros é percebido pelas famílias e este é em síntese o objeto de estudo deste trabalho, como os familiares de alunos da UAMA, enxergam as vantagens e benefícios, que segue mais adiante.

E por passar por essas transformações positivas na vida dos idosos, os familiares encontram na UAMA a síntese da descoberta, um resgate que cada aluno faz e retrata em seus memoriais, sua vida, suas marcas e suas histórias. Afinal, é o Trabalho de Conclusão do Curso, que se pede um “memorial descritivo”, com possibilidade de apresentá-lo digitalmente, em palestras e congressos, como foi o caso da **AFD**. Esta aluna também é descrita, como uma das incentivadoras do Curso da UAMA, as vésperas de períodos de inscrição ela passa a divulgar a toda comunidade e amigos que, há na Universidade Estadual da Paraíba, um curso para idosos.

Encontramos nos relatos de **AFD** uma verdadeira paixão pela UAMA, há muitas histórias que poderiam ser narrada referente, às vivências naquele lugar, mas todas elas culminam em um só aspecto, “lá a voz do aluno é respeitada”. E, os colaboradores que fazem a UAMA, também, fazem por onde, os alunos possam se sentir amados.

Na sequência, vejamos o que diz cada um dos **Familiares da idosa** que denominamos de (**Fi1, Fi2, Fi3**), da **AFD**, aqui pesquisados:

Quadro 3. O que diz o Fi1 sobre AFD-UAMA/UEPB?

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1-Grau de parentesco com o aluno(a) da UAMA:	1-Filha
2- Há quantos anos seu familiar frequenta as aulas da UAMA?	2- Seis anos
3- A partir da leitura que você faz sobre os comentários do seu familiar, o que significa a UAMA para você?	3- Um projeto onde valoriza a terceira idade, devolvendo a eles o motivo a mais para continuar sua vida normal
4- Consegue vislumbrar alguma diferença, no modo de vida de seu familiar, após torna-se aluno da UAMA?	4- Total! Mainha é outra pessoa depois da UAMA, mais alegre, mais motivada e cheia de vida
5- Como você descreve as expectativas de seu familiar, no dia que antecede, por exemplo, a(s) aula(s) que ele precisa frequentar na UAMA?	5- Mesmo longe (moro em SP) posso perceber sua felicidade, principalmente, quando tem palestras e eventos. Ela se sente muito importante em participar. Uma felicidade sem tamanho expressada em sua voz
6- Narre um fato concreto ou um acontecimento, que você presenciou/ observou em relação ao comportamento de seu Familiar antes de frequentar a UAMA e quais os efeitos que esse comportamento do seu Familiar tem se revelado depois que ele passou a frequentar a UAMA?	6- Antes de entrar para UAMA ela foi diagnosticada com câncer de mama. A descoberta deixou todos nós abalados. Mais ai veio essa faculdade onde ela encontrou força e motivo para seguir sua vida normal. Vejo a UAMA como uma benção pois ela nos ajuda a deixar ela mais feliz.
7- Em sua opinião quais as vantagens e desvantagens que o idoso adquire ao frequentar a UAMA?	7- Vantagens todas. Não encontrei nenhuma desvantagem até agora.
8- O que tem a dizer ou acrescentar sobre a inserção de seu parente na UAMA?	8- Acho que a melhor palavra que devo descrever e acrescentar a UAMA é OBRIGADA. Pois ela é algo espetacular. Fica aqui minha gratidão a toda equipe.

Quadro 4. O que diz o Fi2 sobre AFD-UAMA/UEPB?

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- Grau de parentesco com AFD:	1- Filha
2- Há quantos anos AFD frequenta as aulas da UAMA?	2- Seis anos
3- A partir da leitura que você faz sobre os comentários de AFD, o que significa a UAMA para você?	3- Um lugar de acolhimento. Um aprendizado onde os idosos passam a conhecer mais sobre seus direitos e certamente elevam a autoestima diante das atividades que são desempenhadas no decorrer das aulas.
4- Consegue vislumbrar alguma diferença, no modo de vida de AFD, após torna-se aluno da UAMA?	4- Inúmeras... Ela passou a despertar mais a curiosidade sobre assuntos que até então não demonstrava interesse. Passou a mostrar para outras colegas de sua idade a importância que uma instituição dessas faz na vida deles. É certamente mais feliz e muitas vezes parecem uma menina de colegial contando os fatos das aulas, sempre com um brilho no olhar!
5- Como você descreve as expectativas de AFD, no dia que antecede, por exemplo, a(s) aula(s) que ele precisa frequentar na UAMA?	5- Ela deixa absolutamente toda e qualquer tarefa ser adiada, só não pode faltar no grupo de convivência. Infelizmente, por motivo de saúde (Faz tratamento), precisa faltar! Mas notamos claramente o quanto ela não gostaria que isso acontecesse
6- Narre um fato concreto ou um acontecimento, que você presenciou/observou em relação ao comportamento de AFD antes de frequentar a UAMA e quais os efeitos que esse comportamento de AFD tem se revelado depois que ele passou a frequentar a UAMA?	6- Minha mãe ingressou na UAMA quase na mesma época que recebeu um diagnóstico de Câncer! Nós como família não sabíamos como seria ao longo desse tempo. Porém para nossa surpresa (Não diria nem surpresa) tendo em vista a fortaleza que ela é; Mainha continuou e continua vivendo sua vida o mais normal que pode . A mão de Deus que sempre nos sustentou, mostrou que a UAMA seria um dos lugares em que ela se sentia e sente muito feliz, esquece os problemas e parece que àquelas horas são mágicas. Todos que participam desse projeto não fazem ideia da nossa gratidão!! Ela é infinitamente mais alegre, "despojada" e conhecedora de seus direitos ((risos))
7- Em sua opinião quais as vantagens e desvantagens que o idoso adquire ao frequentar a UAMA?	7- Eu digo com propriedade que no caso da minha mãe , só vejo Vantagens... Trouxe vida , dignidade , valorização do ser humano e Respeito a ela !!
8- O que tem a dizer ou acrescentar sobre a inserção de seu parente na UAMA?	8- Gratidão hoje em dia tornou-se uma palavra meio batida. Mas, todos colaboradores da UAMA tem mãe, seja aqui na terra ou ao lado de Deus no céu! Eu gostaria de dizer do mais profundo do meu coração que eu e minhas irmãs somos GRATOS verdadeiramente a cada um, desse projeto lindo de resgate a vida!! Às vezes me questiono o que seria de mainha se não fosse essas aulas, como elas são importantes para a alma, o sorriso dela. Mas daí lembro que nada é por acaso e que DEUS sabe exatamente o momento de tudo nessa vida.

Quadro 5. O que diz o **Fi3** sobre **AFD-UAMA/UEPB**?

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1- Grau de parentesco com AFD :	1- Filha
2- Há quantos AFD frequenta as aulas da UAMA?	2- Seis anos
3- A partir da leitura que você faz sobre os comentários de AFD , o que significa a UAMA para você?	3- Imagino a UAMA como um lugar mágico. Associo a UAMA a educação infantil de uma escola da Reggio Emilio na Italia. Porque o aluno é protagonista de sua história. Tem sempre alguém para escutar as falas das experiências de vida dos alunos.
4- Consegue vislumbrar alguma diferença, no modo de vida de seu familiar, após torna-se aluno da UAMA?	4- As mudanças são muito visíveis. A UAMA resgatou a autoestima e a vaidade de mainha. Porque a UAMA deu a ela vez, voz e muitos direitos como idosa que ela não conhecia.
5- Como você descreve as expectativas de seu familiar, no dia que antecede, por exemplo, a(s) aula(s) que ele precisa frequentar na UAMA?	5- Chega a ser engraçado, porque ela costuma trocar de roupas várias vezes, colocar os colares, se maquiar. Quer ir “impecável” como ela diz.
6- Narre um fato concreto ou um acontecimento, que você presenciou/observou em relação ao comportamento de seu Familiar antes de frequentar a UAMA e quais os efeitos que esse comportamento do seu Familiar tem se revelado depois que ele passou a frequentar a UAMA?	6- O fato de mainha ter parado de estudar a muitos anos, sempre foi uma pauta nas conversas de família. Ela vez ou outra falava como eram as matérias no tempo dela, a matemática, língua portuguesa, etc. Nunca mediu esforços para formar as filhas, daí surgiu a oportunidade dela mesma fazer um curso na universidade e foi incrível como isso de fato trouxe mais dignidade para ela, além da realização de um sonho, ser uma universitária, ela se vê assim.
7- Em sua opinião quais as vantagens e desvantagens que o idoso adquire ao frequentar a UAMA?	7- Não existem desvantagens. A alegria de viver que a UAMA resgata nos alunos, para mim é a maior vantagem.
8- O que tem a dizer ou acrescentar sobre a inserção de seu parente na UAMA?	8- A UAMA é um lugar único. Não conheço nenhum outro projeto com o poder transformador que a UAMA tem. Existem muitos grupos de convivência de idosos, mas de fato a UAMA tem uma magia. Percebo que eles têm uma sensação única de pertença.

Com base nas transcrições de *perguntas e respostas* (MARCUSCHI, 1999) dos dados pesquisados e referentes a cada Quadros acima relacionados (**Quadro-3** do **Fi1**), (**Quadro-4** do **Fi2**) e (**Quadro-5** do **Fi3**) verificou-se, que o conteúdo dos familiares da **AFD** já dado, em cada um dos três textos tem em sua unanimidade, um significado semelhante, cuja essência, de modo geral, todos elogiam a UAMA, seja pela política de trabalho desenvolvida, seja porque presenciam as vantagens que seu familiar adquiriu após tornar-se aluno da UAMA. Todos falam em uma mudança na vida dos alunos, principalmente, no tocante ao que se refere à alegria e valorização da autoestima que o curso tem proporcionado. Isto pode ser compreendido como uma espécie de gestão participativa como lembra (BORGES, In: FREITAS, [et al] 2002).

Torna-se importante ressaltar que, as vantagens sobre a UAMA, de que falam os familiares da **AFD** se estendem as famílias, de modo muito evidente permeado por um sentimento de gratidão (PASCHOAL, In: FREITAS, [et al], 2002). As falas das opiniões dos familiares são muito parecidas, neste aspecto. Em todas as falas reconhecem que as aulas vivenciadas são na verdade, momentos de laboratório, para o estudo e valorização da autoestima dos alunos. Outro ponto em comum, é que a UAMA veio contribuir não apenas com **AFD**, mas forneceu um conteúdo significativo de apoio aos familiares, capaz de proporcionar elementos de cunho reflexivo que ajudou muito para uma mudança de vida, nos modos de encarar as dificuldades e oportunidades dos seus idosos. Daí o significado do “diálogo com o outro”

de que trata o grande educador brasileiro Paulo Freire (2002). Portanto, há uma unidade de pensamentos sobre este projeto tão desafiador que é a UAMA, enquanto caminhada de formação e excelência na qualidade de ensino para o idoso do contexto paraibano e, especificamente do município de Campina Grande.

CONCLUSÃO

Falar do processo de envelhecimento humano e melhoria da qualidade de vida através da Universidade Aberta a Maturidade foi uma experiência enriquecedora. Em primeiro lugar porque podemos conhecer mais deste projeto espetacular desenvolvido nestes últimos 10 (dez) anos, na Universidade Estadual da Paraíba. Depois, pela oportunidade de parar e ouvir os sujeitos pesquisados neste estudo, pessoas e suas falas que marcaram este trabalho com linhas de muita emoção, alegria, gratidão ao mesmo tempo, deixou um marco histórico de articulações entre a linguagem e sua identidade sociocultural do reconhecimento sobre a qualidade de vida na velhice.

E o que mais poderia sintetizar a dignidade do envelhecer se não fosse, o registro positivo de um espaço onde o aluno é de fato protagonista do seu saber, capaz de ensinar ao professor, de aprender depois de anos longe da sala de aula e até, sem ir para sala de aula. Falar de UAMA neste momento e da repercussão de suas ações sobre a qualidade de vida do idoso. Exigem muitas reflexões, inclusive de se pensar onde está o interesse de manter as disputas políticas, que negam os direitos da pessoa idosa? Porque, no Brasil ainda não se tem a criação de políticas públicas eficientes e capazes de melhorar, de fato, a vida das pessoas? Talvez, assim, tivéssemos a possibilidade um paradigma necessário do envelhecimento humano. Daí é como se houvesse, uma luz no final do túnel apontando bons ventos, em meio às tempestades.

Sem dúvidas, os idosos não querem assistencialismo, eles querem vivências, assistência voltada para interação, promoção de relações interpessoais, com qualidade de suporte. Seja, este suporte pedagógico, social, psicológico cultural educacional e legal. O mundo está mudando e envelhecendo, precisamos de mais cursos como o da UAMA para garantir ao menos o acesso ao conhecimento de direitos que a pessoa humana, muitas vezes passa a ter a partir dos 60 (sessenta) anos.

Portanto, somando todos esses fatores, as causas desse processo é uma pauta acadêmica, a observância do curso de Envelhecimento Humano ministrado na UAMA, bem como, sua divulgação e incorporação nos principais meios de divulgação vinculados a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) inclusive, nas mídias sociais e site da instituição para promoção deste curso entre os sujeitos participantes e de seus respectivos familiares.

■ REFERÊNCIAS

1. BORGES, Claudia M. Moura. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumento para a promoção da cidadania. In: FREITAS, Elizabete V. de [et al]. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2002.
2. BRASIL. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [texto na Internet]. Brasília; 1994. [citado 2005 Maio 18]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm
3. FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O. O. Desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1-9, 2012. Disponível em: Acesso em: 17 jul. 2015.
4. FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 45.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.
5. FREITAS, Elizabete V. de [et al] **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2002.
6. GUERRA, Maria José. **Conversação de idosos em contexto alfabetizador universitário e a oralidade desveladora de uma pedagogia da convivialidade**. João Pessoa: UFPB, 2013.
7. LIMA, Marcelo Alves A gestão da experiência de envelhecer em um programa para a terceira idade In: VERAS, Renato P. (org.). **Velhice numa perspectiva de futuro saudável**. Rio de Janeiro: UnATI, 2001.
8. MENESES, D. L. P. et al. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. In: **Enfermagem em Foco**. Brasília, v. 4, n. 1, p. 15-18, 2013. Disponível em: Acesso em: 08 jul. 2015.
9. MINAYO, M. C. S, Introdução à metodologia de pesquisa social. In:_. O desafio do conhecimento. 6. ed. São Paulo HUCITEC, 1999.
10. PASCHOAL, Sérgio M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete V. de [et al] **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: GUANABARA KOOGAN, 2002.
11. PRETI, Dino. **A Linguagem dos idosos**: Um estudo de análise da conversação. São Paulo: Contexto, 1991.

“

O lugar de fala e a escuta como possibilidade de apreensão do sujeito da velhice: um relato de experiência

▮ Josefa M^a da Conceição Paulo **Malaquias**
UFCG

▮ Renata Silva de **Souza**
UFCG

▮ Sabrynna Silva **Sousa**
UFCG

▮ Edgley Duarte de **Lima**
UNIFIP - CG

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo discutir o lugar de fala e de escuta de sujeitos atravessados pela fase da velhice, a partir de visitas realizadas à uma instituição de acolhimento de idosos, localizada na cidade de Lagoa Seca – PB. Partimos de uma leitura da psicanálise para a compreensão de tais fenômenos, a partir da teoria freudiana e do ensino de Lacan. Para tanto, fez-se uma revisão não-sistemática da literatura acerca do tema, que pudesse dar sustentação às reflexões suscitadas no campo. Observou-se que a partir da noção de produtividade, cada vez mais valorizada pelo sistema de produção capitalista, o sujeito idoso passa a ocupar o lugar de desuso, o que pode acarretar uma dificuldade na sua inserção dentro do laço social. Esta experiência pode, portanto, acarretar uma série de dificuldades de reconhecimento dentro do espaço social. Desse modo, a partir da fala e da possibilidade de ser escutado e valorizado naquilo que ele tem a dizer, presumimos que o sujeito idoso tem novamente a possibilidade de inventar novas saídas para o seu sofrimento e para as questões subjetivas advindas da relação perversa entre as demandas do social e as suas possibilidades de respostas a elas.

Palavras-chave: Envelhecimento, Fala, Escuta, Psicanálise, Relato de Experiência.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da idade, o idoso passa por várias transformações que atingem diretamente a sua subjetividade, fonte muitas vezes de sofrimento e mal-estar. Sua vida ganha novos significados e sentidos a depender do seu contexto de inserção e da forma como o social o posiciona dentro do laço social de sua época. Com o avanço do capitalismo, cada vez mais a noção de produtividade passa a conformar, ao idoso, o lugar de desuso e, quase sempre, de improdutivo, o que acaba por trazer repercussões também no âmbito de sua subjetividade.

Com isso, os especialistas e estudiosos da área do envelhecimento utilizam-se de três nomenclaturas para se referir a tal fase. São elas: 1) os idosos jovens, 2) os idosos velhos e 3) os idosos mais velhos. O idoso jovem se caracterizaria como aqueles com idade entre 65 a 74 anos, o termo “jovem” refere-se por sua condição física não encontrar-se tão debilitada, com um bom rendimento cognitivo, permanecendo-se ativos e com as marcas da velhice menos perceptíveis (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008).

Embora tenham ocorrido os avanços tecnológicos e clínicos que prolongam a vida do idoso, algumas construções sociais permanecem as mesmas, ultrapassando as várias gerações. Antes de tudo, ressaltamos que partimos de uma concepção de envelhecimento como uma construção social, atravessada por fatores biológicos, culturais, políticos, econômicos e sociais (SCHNEIDER e IRIGARAY, 2008; CARVALHO e GARCÍA, 2003; DEBERT, 2006).

Nesse sentido, os sentidos produzidos em torno do processo e do sujeito do envelhecimento estão substancialmente associados às práticas discursivas em torno deste fenômeno em uma dada sociedade e os repertórios ofertados por ela para tal significação. Se, por um lado, algumas sociedades supervalorizam essa fase, tomando-a como uma etapa do desenvolvimento significada como a “melhor idade”, dando ênfase ao acúmulo de conhecimentos destes sujeitos e a sua contribuição na formação de novas gerações, em outras observamos que a velhice é retratada frequentemente como sinônimo de invalidez, perda das habilidades sociais, emocionais e cognitivas. Denota-se, portanto, à velhice um caráter negativo e de acúmulo de perdas.

De acordo Schneider e Irigaray (2008, p. 587), “as acepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias”, ressaltando o seu caráter complexo no âmbito das práticas e discursos organizados em torno dessa experiência subjetiva.

Todavia, é possível compreender que a existência de várias formas de nomeação da velhice revela o quanto o decurso do envelhecimento pode se tornar, para muitos sujeitos, uma experiência difícil e de muito sofrimento, dada a sua recusa e sua negação, sobretudo

quando associada aos valores de uma sociedade capitalista e neoliberal, que valoriza quase sempre o belo e o novo. Destaca-se, com isso, a realidade de preconceitos, não apenas pela sociedade em si, mas pelo próprio sujeito que atravessa esta fase (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008).

Este artigo busca, então, realizar uma discussão entorno da demanda de fala e da escuta clínica com idosos, a partir do relato de experiência realizado em visita à uma instituição de acolhimento de idosos, na cidade de Lagoa Seca – PB.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de cunho descritivo-qualitativa, que pudesse nortear as discussões apresentadas diante das experiências vivenciadas pelos sujeitos na instituição de acolhimento de idosos.

Partindo da concepção de que muitos idosos precisam do aparato institucional, principalmente das casas de repouso, foram realizadas cinco visitas na instituição de acolhimento de idosos, na cidade supracitada.

O espaço foi passando por transformações/reparos ao decorrer do tempo, adquirindo aos poucos uma estrutura de uma instituição de acolhimento de idosos. Quando adentramos no local, logo nos corredores temos acesso a sala de administração, vários quartos e no final do corredor o espaço da cozinha. O local tem uma varanda grande que a coordenadora responsável nos informou que os idosos passam ali a maioria do tempo, ou seja, é através daquela vista composta por árvores, pássaros e uma estrada de terra em que eles sonham um dia poder retornar a sua vida, ao seu lar. Esse espaço serve também como cenário para os diálogos estabelecidos entre os moradores da casa e com os visitantes.

Um aspecto importante a ser ressaltado refere-se à organização de cada quarto, já que cada idoso pode decorá-lo com objetos pessoais que acabam por tornar aquele ambiente “estranho” um lugar mais íntimo e personalizado, a partir da singularidade de cada um.

Ao longo da visita, fomos parados para um bate papo, no qual muitos idosos queriam contar sua história, mostrar sua família através das fotos ou narrar suas tristezas, logo, é possível perceber como cada diálogo é carregado de memórias e sentimentos, fazendo com que todo o espaço da instituição seja composto por trocas afetivas.

Com o intuito de darmos conta do objeto de investigação deste trabalho, *a priori* realizamos um processo de revisão bibliográfica não-sistemática, capaz de aprofundar a problematização do objeto analisado e cujo foco era fazer a aproximação do campo com as especulações teóricas da literatura acerca deste tema. Trata-se, portanto, de uma pesquisa eminentemente qualitativa, dada a sua maior aproximação com o campo das produções discursivas (SPINK e MEDRADO, 2004), em torno do objeto de investigação deste trabalho.

Além disso, lançamos mão da escuta mais apurada dos discursos produzidos pelos idosos, dando ênfase aos aspectos mais subjetivos da velhice sua articulação com as produções socioculturais. Logo, foi utilizada a pesquisa qualitativa para fomentar a discussão.

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas Ciências Sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009, p.21).

Com essas técnicas foi possível compreender alguns processos subjetivos que permeiam a função da fala no envelhecimento.

Por último, cabe ressaltar que por se tratar de um relato de experiência, as falas dos sujeitos não serão literalmente reproduzidas ao longo do texto, respeitando o sigilo e o caráter ético desta pesquisa.

DESENVOLVIMENTO

Observa-se, frequentemente, que muitos sujeitos idosos perdem o seu lugar da fala e de expressão dos seus desejos e anseios. Imbricados nos discursos hegemônicos da velhice, eles passam a ganhar significações e derivações que nem estes se reconhecem, mas que muitos acham necessário incorporá-las como forma de existir no mundo. Tendo em vista que a fala é um dos pontos de partida para os questionamentos presentes no artigo, vale salientar que a psicanálise em seu primeiro momento surge coma aposta da cura por meio da fala – *talking cure* –, que possibilitou Freud fundar a teoria psicanalítica e, mais tarde, Lacan introduz a voz como objeto de pulsão oral e que tem repercussões subjetivas importantes na vida do sujeito.

O sujeito não se percebe envelhecendo, embora seja atravessado por um corpo biológico, que imprime algumas marcas ao longo do tempo, diferindo assim do corpo simbólico, no qual se resguarda os desejos e as memórias. As memórias de toda sua trajetória estão presentes em suas lembranças, mas também nas marcas impressas no próprio corpo (MUCIDA, 2006).

Mucida (2009) indica-nos que a memória é um traço marcante na vida do sujeito e nela se encontra não apenas as marcas de experiências passadas, mas tudo aquilo que foi desejado, pensado, sonhado e todo o peso que se tem sobre ela. Mas, como pensar as memórias numa sociedade que é marcada pela efemeridade das experiências?

Para Mucida (2006, p. 83), “vivenciamos novas formas de segregação que são, sobretudo, ditadas pela nova ordem econômica entre aqueles que fazem parte e os excluídos da globalização”. São sujeitos, muitas vezes, invisibilizados que, relegados à solidão dos

seus quartos e reféns de rotinas despersonalizantes, tornam-se mais um acessório do que propriamente um sujeito dentro de algumas famílias ou instituições voltadas para esse público. Emerge, portanto, para muitos desses sujeitos à demanda em falar e reviver algumas memórias de outrora, tornando-se possível a muitos deles a possibilidade de enlaçar, mesmo que de maneira precária, o seu passado, presente e futuro (MUCIDA, 2009). O sujeito que antes era acostumado a dialogar e ter sua devida liberdade, agora se vê “preso” com sua fala limitada e sem muita importância.

“Em sua escrita encontra-se um sujeito que jamais envelhece. Isso significa que há traços de cada um que não se perdem jamais e não se alteram com a passagem do tempo. Significa ainda que cada um escreve, desenha, pinta, tece, conta ou canta sua velhice em conformidade com sua forma de lidar com a vida. A velhice não traz em cena outro sujeito” (MUCIDA, 2009, p. 23).

Dessa forma, percebe-se que grande parte dessa demanda por fala surge no sentido desse idoso ter a oportunidade de ser escutado na sua condição de sujeito e não de objeto de intervenção das práticas médicas que lhe outorgam, frequentemente, um lugar de pouca autonomia. Essa realidade não é distinta em muitas instituições, onde a fala do idoso é cada vez mais silenciada em prol de uma padronização e de regras de convívio.

Lacan em a “ *Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano*” (1998) parte da premissa que o sujeito se constitui primordialmente a partir da sua relação com o Outro, representado como o tesouro dos significantes. Desse modo, desde o seu nascimento o bebê humano não pode prescindir dos cuidados ofertados por aquelas pessoas que desempenham uma função materna e paterna, capaz de transformar a necessidade da criança em demanda. Com efeito, o que está em jogo é, antes de tudo, a fala advinda desse Outro fundamental, daí a constituição do sujeito ser atravessada pela linguagem. Mas, como pensar o desejo de sujeitos idosos que são cerceados nas suas demandas de fala e reconhecimento?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Quando se fala, diz-se mais do que queria falar, não se diz o que queria dizer e se diz além do que se pretendia dizer” (MUCIDA, 2006, p. 39). O uso da fala – não apenas verbal – é condição *sine qua non* para a constituição de relações sociais como o outro dentro do laço social. Na velhice isso se intensifica, uma vez que nesta fase tem sido cada vez menos ofertados espaços de escuta e acolhimento para que o sujeito possa falar das suas recordações, experiências e angústias.

Arelado a isso, Mucida (2006, p. 80) argumenta que, “junto à nova ciência, inaugura-se o imperativo do novo sob diferentes formas. Quando tudo se torna obsoleto num tempo

mínimo, é o próprio sujeito que está em causa: envelhecer torna-se também obsoleto”, tendo como efeito o apagamento subjetivo do sujeito idoso.

Nas visitas realizadas à instituição de acolhimento, observou-se de maneira consensual que as histórias contadas realçam um lugar de endereçamento para o outro daquilo que está sendo dito e, mais ainda, tornando-se uma demanda central de reconhecimento e estabelecimento de vínculos.

Nessa instituição, a liberdade para a realização de visitas é sempre valorizada, inclusive, por se tratar de uma demanda da coordenadora, mas as mesmas não são suficientes para dar conta de todos os idosos que ali residem, embora haja o desejo de muitos em narrar as suas próprias histórias. Durante algumas conversas, ficou clara essa demanda explicitada na fala de uma moradora: “Gosto muito quando vocês vêm aqui, para gente conversar” (SIC) e outra que no momento da despedida afirma: “Não vão embora, fiquem um pouco mais pra gente conversar” (SIC).

A partir dessas falas observamos a expressão dos desejos particulares de cada um, de ser ouvido na sua singularidade e demonstrar que ainda tem muito a oferecer à sociedade que tenta de todas as formas apagar esse sujeito idoso. Mais do que isso, o que se observa é, quase sempre, um processo violento que retira estes sujeitos do âmbito da vida social, calando-os nas prisões simbólicas do seu próprio silêncio, processo de segregação subjetiva destacado por Mucida (2006).

Diante desse apagamento do sujeito por meio das padronizações impostas seja por meio da sociedade ou dos lares, perguntamo-nos: onde fica a singularidade desse sujeito?

Quando o idoso é convidado a manifestar-se a respeito do seu envelhecimento, surgem relatos de suas histórias de vidas que remetem à juventude e suas trajetórias, reafirmando que essa é uma fase heterogênea, dada a experiência singular de cada um na sua relação com o seu próprio envelhecimento.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2008), a velhice é um processo inevitável na evolução da vida e na história do indivíduo, produzindo alterações importantes na sua relação com o outro e com o mundo. O aumento da expectativa de vida, nas últimas décadas, tem levantado várias questões para a população que está envelhecendo, a ampliação dos serviços de saúde e a centralidade do discurso da ciência na produção de novas tecnologias e produtos voltados para essa parcela da população.

Geralmente, o que se percebe é um processo de pulverização das experiências singulares, em detrimento da lógica universalizante proposta por algumas políticas voltadas para este público. Pensando desse modo, ressaltamos que a ética da psicanálise diz respeito às relações estabelecidas entre o “universal” e o “particular” e, principalmente, as invenções e saídas encontradas pelo sujeito para não ser dissolvido no processo de homogeneização

da sociedade moderna. Dessa maneira nos diz Tatit (2006, p. 8), “a singularidade seria uma expressão para se referir ao movimento de tensionamento entre o discurso coerente do paciente e a emergência do inconsciente”. O sujeito então aparecerá quando o mesmo se separar do universal, quando se afasta da espécie do geral, mas não sem desconsiderar a importância do coletivo na formação desse sujeito singular.

Com o avanço das ciências médicas e as mudanças ocorridas nos modelos econômicos, foi possível perceber que a vida foi caracterizada através da idade cronológica. Como argumenta Debert (1999, p. 73), “a padronização da infância, adolescência, idade adulta e velhice pode ser pensada como resposta às mudanças econômicas, devidas, sobretudo à transição de uma economia que tinha como base a unidade doméstica para outra baseada no mercado de trabalho”. Ressaltamos, ainda, o papel que o Estado tem na formação de tais categorias, pois o mesmo “seria, por excelência, a instituição orientadora do curso da vida, regulamentando todas as suas etapas, desde o momento do nascimento até a morte, passando pelo sistema complexo de fases de escolarização, entrada no mercado de trabalho e aposentadoria” (DEBERT, 1999, p. 74).

Esses relatos mostram que há uma diferença no modo como cada sujeito atravessa as fases da vida e, especialmente, o processo de envelhecimento. Em outras palavras, a vivência real se contrapõe à literatura e aos discursos, principalmente, de médicos e especialistas, nos quais há uma tentativa de reduzir o sujeito na sua singularidade há um padrão. Para exemplificar tal fato, poderíamos usar o cenário das instituições, no interior das quais há uma padronização do horário de comer, de dormir, de tomar banho. Nesta perspectiva, “a demanda é de que os sujeitos apaguem seus traços particulares a favor do bom funcionamento da rotina” (MUCIDA, 2006, p. 86).

Com efeito, surgem entre os próprios moradores dos lares as queixas desse processo de despersonalização, como fica claro na seguinte fala: “Preferia estar na minha casa para, comer na hora em que sinto fome!” (SIC). Porém, o sujeito que ali residir, seja por vontade própria ou por imposição da família, passará por processos de padronização prezando uma boa convivência.

Sobre isso, Goffman (1974, p. 28) afirma que: “é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal”. Acrescenta ainda que: “roupas, pentes, agulha [...] - tudo isso pode lhe ser tirado dele ou a ele negado” (GOFFMAN, 1974, p. 28), embora na instituição visitada seja permitido que os quartos possam ser decorados com os pertences dos integrantes, como dito anteriormente, percebe-se que no dia-a-dia isso é negado, dada a impossibilidade da própria instituição bancar determinados custos, o que

acaba gerando mais sofrimento, como foi relatado por uma das idosas ao afirmar que mesmo sabendo fazer crochê, não o faz por falta de material.

Partindo, então, das ideias trazidas por Goffman (1974), a partir dos seus estudos sobre a vida e o trabalho nos manicômios, prisões e conventos, o processo de padronização culminará na mortificação do eu, a partir também de uma ruptura com o mundo exterior uma vez que o seu mundo passa a se restringir à dinâmica da instituição. Além disso, no interior de tais instituições, seja ela um manicômio ou uma casa de acolhimento de idosos, o trabalho se dá com pessoas e, a partir disso, Goffman (1974, p. 70) afirma que: “como material de trabalho, as pessoas podem adquirir características de objetos inanimados”, logo os sujeitos passam a ocupar o lugar de objetos de intervenção, de cuidado e de imposição de regras.

Com os processos de institucionalização, Debert apud. Berni e Lenartovicz (2018) revela que essa universalização em torno do processo de envelhecimento ocorre, especialmente, a partir do enfoque nos processos biológicos. Logo, essa tentativa de universalizar o envelhecimento acaba sendo falha ao nos depararmos com os processos subjetivos produzidos por cada sujeito a partir do auxílio dos discursos produzidos numa dada sociedade e cultura. Desvelam-se, portanto, os modos de vida e as diversas formas encontradas pelo sujeito para resignificar a velhice.

Assim sendo, o sujeito da psicanálise é o sujeito do desejo, sujeito marcado pela falta, porém, é por faltar, que o sujeito se move a preencher essa lacuna para sempre aberta na sua vida. Na sua obra, Lacan salienta que essa lacuna é o que possibilita o sujeito posicionar-se na condição de desejante. Sobre isso, Lacan afirma que: “Com efeito, é muito simplesmente - e diremos em que sentido - como desejo do Outro que o desejo do homem ganha forma, porém, antes de mais nada, somente guardando uma opacidade subjetiva, para apresentar nela a necessidade” (LACAN, 1998, p. 828). Quando não há a aposta do Outro, o sujeito desaparece. Esse sujeito se constitui por se inserir em uma ordem simbólica que o antecede, atravessado pela linguagem, entretanto tomado pelo desejo de um Outro. A linguagem não é um mero instrumento, meio de comunicação, que o falante utiliza para se “enunciar”, mesmo porque “convém” tanto para comunicar-se quanto para o mal-entendido e o desconhecimento.

Como mostra na experiência analítica “é de ver funcionar toda uma cadeia no nível do desejo do Outro que o desejo do sujeito se constitui”. (LACAN, 1973/1988, p. 223). É por meio da fala, que é retirada do sujeito “velho”, que é dado a oportunidade de se reconectar com memórias perdidas e, portanto, a elaboração de um novo sentido para elas. O que, muitas vezes, se aposenta na velhice é o desejo e, por isso, devemos apostar no seu restabelecimento, quer seja, na possibilidade de que o sujeito possa novamente vir a desejar.

Quando o sujeito fala, damos a possibilidade dele reelaborar e dar um novo significado ao significante velhice (MUCIDA, 2009).

Foi possível perceber que próximo a datas festivas, a sensação de desamparo familiar e tristeza é intensificado nos idosos, principalmente, pelas representações simbólicas e sociais que esses momentos significam. A maioria dessas instituições estão localizados em pontos da cidade isolados, fortalecendo ainda mais o caráter segregacional, o que, por vezes, acaba por invisibilizar o contato dos idosos com o meio externo, contribuindo para a sensação de solidão e abandono. Por outro lado, o entusiasmo fica estampado nas feições de cada idoso quando recebem os visitantes e mesmo que seja momentâneo esse pequeno intervalo já representa uma construção de laços e uma maneira de veicular a fala.

Embora alguns sujeitos explicitem suas demandas por reconhecimento de vontades e desejos próprios, há aqueles idosos que demonstram essas emoções de maneira sutil, seja no pedido para que alguns colegas se calem durante a conversa com algum idoso, assumindo com isso assumindo o lugar de protagonista na narrativa da sua própria história. Frequentemente, estas narrativas são interpretadas pelos próprios colegas como falsas, o que acaba por gerar alguns conflitos.

Esses modos implícitos de ser escutado foram percebidos ao longo de toda a visita, quando, por exemplo, durante a conversa de uma visitante com uma idosa, outra moradora afirma: “é mentira o que ela está falando, essa velha só sabe mentir” (SIC) e logo começou a falar um pouco das suas histórias. Nesses vínculos, muitas vezes passageiros, que são construídos durante o encontro com o outro, são produzidas algumas expectativas demonstrando o que as pessoas esperam: uma escuta acolhedora, confiabilidade e atenção. Porém, já que os vínculos são momentâneos e periódicos, surgem algumas questões, dentre elas: “Quando irão receber outra visita? Quando outro irá chegar e dispor de uma escuta? Quando voltará a ver aquela mesma pessoa, já que muitos vão ali apenas uma vez?” Tais questões acabam gerando também uma ansiedade, como exposto na fala de outra idosa: “Por que vocês demoram a voltar? Ficamos com saudades e sem saber se veremos mais vocês” (SIC).

A própria estrutura física da instituição pode nos dar indícios importantes da forma como as pessoas organizam-se lá dentro. Muitos idosos interagem entre si e com os profissionais que trabalham no lar. Ao circular para conhecer o ambiente e visitar os demais idosos, percebemos que alguns não gostam de sair dos seus quartos, seja por condições físicas ou por indisponibilidade pessoal, ocupando um lugar ainda maior de invisibilidade, já que muitos dos visitantes se restringem apenas à área inicial e dialogam apenas com os sujeitos que estão por ali.

Como no início de uma análise, a queixa é o que move o sujeito a falar, daí a importância de darmos um lugar de acolhimento para as lamentações desses idosos e a partir

disso apostamos na possibilidade de novas formas de inserção no laço social. A queixa, por exemplo, se torna uma estratégia criada por eles para o início dos diálogos.

Essa queixa é endereçada ao Outro, a causa do seu mal-estar. Esse Outro que não visita, não conversa mais, parece não se importar. Trata-se de um outro que parece ter o abandonado. E é por meio desse discurso que ele se coloca enquanto sujeito, não só do discurso, mas da sua própria história, uma vez que ninguém mais do que ele conhece seu próprio sofrimento. A queixa, por sua vez, pode nos direcionar à uma compreensão que ultrapassa apenas o objetivo de uma reclamação e se torna uma demanda do sujeito, no qual poderá retificar esse sofrimento ou, pelo menos, possibilitar uma nova perspectiva, uma transformação.

Nesse ínterim, muitos idosos chamam os visitantes para sentar nas suas camas ou para mostrar o quarto e seus pertences, contando-nos as suas histórias de vida, relatando com saudosismo seus anos de juventude e o convívio com seus familiares e amigos. Esse saudosismo e lembrança do convívio em sociedade são explícitos na fala de muitos moradores, dentre eles, uma que, mesmo se encontrando em um quadro de Alzheimer, relembra um fato que permanece vivo em sua memória e diz “morei muitos anos em Campina, perto do cemitério [...] trabalhava no João Ribeiro, você conhece? Eu escrevia muito, por isso sei ler” (SIC). A partir dessa recordação o laço com o outro torna-se possível, dando ênfase a aposta na ressignificação de antigos conflitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões apresentadas neste artigo pretendem, acima de tudo, expandir o campo de diálogos e debates no tocante ao processo de envelhecimento. Com efeito, destacamos a importância da reflexão em torno da fala e do espaço de escuta e acolhimento de sujeitos idosos. Mais do que isso, desejamos que esse trabalho possa servir para abrir mais discussões no campo da psicanálise.

Sendo assim, utilizamo-nos de conceitos psicanalíticos para demonstrar como a psicanálise tem outro olhar com relação ao processo de envelhecimento, melhor dizendo, em relação ao sujeito.

Trata-se, portanto, de construir uma forma possível para lidar com o real da velhice, priorizando o campo das invenções singulares. Além disso, percebemos ao longo deste trabalho como as memórias são carregadas de afetos. A noção de que podemos ressignificar nossas memórias evita que a compreensão psicanalítica da história do sujeito se reduza a um determinismo que, por analisar somente a ação do passado sobre o presente, determine que todo o destino do sujeito permanece o mesmo desde o seu nascimento. A capacidade de ressignificação possibilita ao sujeito uma reinvenção da sua própria condição.

Dito de outro modo, não se pode desconsiderar o singular e partirmos apenas do universal, uma vez que a ética da psicanálise está na articulação entre aquilo que é do social e as saídas construídas pelo sujeito para dar conta de tais determinações. Nesse contexto, nomear, narrar, partilhar experiências se faz necessário como uma saída dado o insuportável dessa realidade.

■ REFERÊNCIAS

1. BERNI, Felipe Collar; LENARTOVICZ, Tiago. **O processo de envelhecimento e o exercício da cidadania do sujeito idoso como proposta de um livro-reportagem**. In: XIV JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA EM COMUNICAÇÃO, 15. , 2018, Joinville, p. 1 - 15.
2. Carvalho, J. A. M. D., & Garcia, R. A. (2003). **O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico**. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 725-733.
3. Conselho Federal de Psicologia. **Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social**. Brasília, DF, 2008.
4. DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Barros, Myriam Moraes Lins de.(Org.) **Velhice ou terceira idade**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.
5. DEBERT, Guita Grin. Velhice e o curso da vida pós-moderno. **Revista Usp**, São Paulo, n. 42, jun. 1999, p. 70-83.
6. GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva S.A, 1974. Lacan, J. (1988, 2ª Ed.). **O seminário: livro 11- os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
7. LACAN, Jacques. **Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano**. In. ____ Escritos. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
8. MUCIDA, Ângela. De uma memória que não se apaga. **Escrita de uma memória que não se apaga: envelhecimento e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
9. MUCIDA, Ângela. **A velhice é uma escrita**. In.:_____. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. MUCIDA, Ângela. O simbólico na constituição do sujeito: Freud e Lacan. **O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
10. MINAYO, Cecília de Souza. Desafio da Pesquisa Social. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro. Vozes, 2009. p. 07-108.
11. SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais** . Estudos de psicologia, Campinas, p. 586-593, 2008.
12. SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2004, p. 41-61.

“ O papel dos idosos nos desafios do “desenvolvimento sustentável”

▮ Tarcísio Carvalho da **Cruz**
UNEB

▮ Aurea da Silva **Pereira**
UNEB

RESUMO

Mesmo que não se apresente de forma homogênea, o aumento da expectativa de vida dos seres humanos é considerado um fenômeno demográfico em escala global, fazendo-se assim necessário analisar o processo do envelhecimento de forma multidisciplinar. Nesse sentido, o presente corpus teórico, construído por meio da pesquisa qualitativa de cunho bibliográfico, tem como objetivo apresentar a relação homem-natureza na construção da consciência ambiental sob a perspectiva histórica da velhice. Essa discussão indica duas dimensões antagônicas: o idoso negligenciado no processo de formação de políticas voltadas a sustentabilidade e simultaneamente percebido como um importante ator social em defesa do meio ambiente.

Palavras-chave: Envelhecimento, Meio Ambiente, Sustentabilidade.

INTRODUÇÃO

O homem é um predador ineficiente, imediatista, que tende a não calcular o quanto pode consumir antes de se autodestruir [...]. Talvez todos devessem fazer uma visita, real ou imaginária, a Ilha de Páscoa, e aprender com sua trágica história, antes que só restem nossas estátuas e monumentos.

Esta citação do físico Marcelo Gleiser, publicada no Jornal Folha de São Paulo (23/04/2004) nos indica uma história real, que ocorreu há muitos anos atrás, mas que representa a projeção de um futuro não distante. Este acontecimento ocorreu na Ilha de Páscoa, conhecida pelos moais, centenas de gigantescas estátuas de pedra maciça.

Em 1772, o holandês Roggeveen foi o primeiro europeu a pisar na ilha localizada a três mil quilômetros da costa chilena e nela encontrou uma pequena comunidade de três mil pessoas, que viviam em estado precário em barracas ou cavernas, convivendo em meio a conflitos sangrentos como forma de suprir as necessidades alimentares. Em face da barbárie e escassez de recursos, questionava-se como esta “sociedade primitiva” construíram os moais, o que fez surgir várias teorias, dentre elas, a visita de extraterrestres.

Com pesquisas científicas, descobriu-se que os primeiros habitantes da Ilha de Páscoa eram polinésios, portanto, a organização social constituía de famílias numerosas, em que os líderes do clã competiam e mensuravam seu poder através da construção das estátuas. Sua forma de organização social promoveu seu ápice e decadência, uma vez que toda floresta da ilha foi desmatada e sua madeira foi usada para transportar e erguer estátuas, construir canoas e arpões para a pesca. Sem os recursos oferecidos pela natureza, os habitantes da ilha famintos transformaram-se em canibais, até a extinção.

Quando relacionamos o que ocorreu com os polinésios da Ilha de Páscoa, com a intensa degradação ambiental permitida pela sociedade capitalista atual, podemos perceber através da frase atribuída ao poeta francês Victor Hugo (1802-1885), o quão “triste é pensar que a natureza fala e que a espécie humana não a escuta”. O aumento do nível dos mares, a extinção de seres vivos, a desertificação, a falta de água potável, furacões e tempestades cada vez mais fortes e ondas de frio e calor, são apenas alguns exemplos dos sinais enviados pela natureza e ignorados pelo homem, que pratica uma espécie de homicídio e suicídio em escala global, a fim de manter “sustentável” o sistema mercantil totalitário moderno, dando sua própria vida e a dos demais, através de um regime de servidão voluntário e cego.

Diante deste cenário catastrófico, se faz necessário analisar a relação homem- natureza de forma plural estabelecendo pontes multifacetadas a fim de observar a problemática sob diversos ângulos. Nesse sentido, este artigo propõe engendrar a relação supracitada ao processo do envelhecimento, uma vez que esta população é considerada biologicamente mais vulnerável as alterações climáticas e em pouco tempo será demograficamente maior, fazendo com que as ações locais produzam maior impacto em escala global.

Assim, esta pesquisa de natureza qualitativa e estilo bibliográfico é concebida através da relação da gestão ambiental com envelhecimento partindo de dois eixos: a construção da consciência ambiental, onde dentro de uma linha cronológica é possível ver que o idoso é tratado como mero expectador e sua imagem, muitas das vezes, é vista sob um olhar depreciativo e a sustentabilidade como proteção social, onde questões relativas à saúde e educação ambiental e cidadania podem contribuir como catalisadores no que tange a participação desses atores velhos nas questões que envolvam a responsabilidade socioambiental.

CONSTRUÇÃO DA CONSCIÊNCIA AMBIENTAL: OS VELHOS COMO ATORES COADJUVANTES

Se afirmarmos que o idoso é autor de sua própria trajetória, também não podemos esquecer que, enquanto, ser de relações, a caminhada em busca da autonomia e auto-realização se dá através da interação constante com o meio ambiente.¹

A preocupação com a degradação ambiental não é recente. Por instinto de sobrevivência ao meio, essa preocupação se materializa através de manifestações coletivas ou individuais, como é o caso do cacique Seattle, que pertencia à tribo Suquamish, localizada nos Estados Unidos. Em 1855, o chefe indígena, escreveu uma carta tendo como remetente o presidente Francis Pierce, que através dos meios de comunicação tinha demonstrado interesse em comprar o território ocupado pela tribo para exploração comercial. No trecho da carta² diz o índio:

Talvez compreendêssemos com o que sonha o homem branco, se soubéssemos quais as esperanças transmitem aos seus filhos nas longas noites de inverno, quais visões do futuro oferecem para que possam ser formados os desejos do dia de amanhã. Mas nós somos selvagens. Os sonhos do homem branco são ocultos para nós.

A luta em prol do meio ambiente sempre foi despertada por fatores históricos. E neste contexto, o grande marco inicial constitui a Revolução Industrial, que incorporou um novo estilo de produção e consumo, criando caminhos para consolidação do sistema econômico e social vigente na contemporaneidade, o capitalismo. Nesse sentido afirmou Ross (1996, p. 213): “O acréscimo do conhecimento técnico-científico dos séculos XVIII, XIX e XX possibilitado pelo capitalismo colocou definitivamente os interesses das sociedades humanas de um lado e a preservação da natureza de outro”.

1 Frase atribuída a Ivalina Porto Nicola, na Revista Terceira Idade, São Paulo, V.16,, nº 32, em Fevereiro de 2005.

2 Seattle (Chefe Índio). *Preservação do meio ambiente - manifesto do Chefe Seattle ao presidente dos EUA*. São Paulo, Babel Cultural, 1987, 47p. (Trad. Magda Guimarães Khouri Costa.

Essa revolução trouxe o aumento do consumo, a incorporação das máquinas no sistema produtivo, produção em série e formação dos centros urbanos, mas também proporcionou um antagonismo social através das péssimas condições de vida e trabalho, principalmente a mulheres, crianças e idosos, devido às altas quantidades de horas trabalhadas, ausência de saneamento básico e as consequências advindas da conjugação dos dois fatores citados, tais como: doenças e acidentes de trabalho. Dessa forma, relacionamos a visão de Teixeira (2017, p.34), quando trata do envelhecimento da classe trabalhadora:

A centralidade no envelhecimento do trabalhador advém do movimento real e não apenas de pressupostos teórico-metodológicos. É a classe trabalhadora a protagonista da “tragédia” no envelhecimento (velhice, pobre, desamparada, sem ou com baixa renda, sem bens e propriedade, doentia, sem acesso às políticas públicas e dependentes dos recursos familiares), considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor na ordem do capital, principalmente, quando perde o “valor de uso” par ao capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida.

Percebe-se que com a Revolução Industrial e a formação da estrutura de consolidação do capitalismo, acentuaram-se de forma relevante as agressões ao meio devido às metamorfoses ocorridas. Na visão de Charles Dickens (2008, p. 23), as cidades eram as verdadeiras amostras de tais mudanças:

Tal como estavam às coisas era uma cidade de um vermelho e um negro inaturais como a face pintada de um selvagem; uma cidade cheia de maquinarias e de altas chaminés de que saíam serpentes de fumo que se desenrolavam ininterruptamente. Havia um canal negro e um rio violáceo por causa das tintas malcheirosas que nele derramavam; havia grandes aglomerados de edifícios repletos de janelas que tintinavam e tremiam todo o dia; em Coketown, os êmbolos das máquinas a vapor subiam e descia com um movimento regular e incessante como a cabeça de um elefante a braços com uma louca melancolia.

Apesar dessas evidências, somente a partir da segunda metade do século passado foi que surgiu um debate, inicialmente tímido, formado pela percepção de que a biosfera vinha sofrendo agressões que ameaçavam o progresso contínuo.

Na década de 60, no auge da Guerra Fria, o mundo bipolar foi movido pelo temor nuclear, gerado pelos testes atômicos. A humanidade estava assustada com os efeitos provocados pela fissão do átomo, já vistos em agosto de 1945, na Segunda Guerra Mundial, quando os Estados Unidos lançaram bombas atômicas nas cidades japonesas de Hiroshima e Nagasaki. Nesse período, os movimentos ambientalistas se organizaram e emergiram em face dos movimentos estudantis e hippies, questionando os impactos da sociedade moderna. Tais impactos foram, no Brasil, imortalizadas por Vinicius de Moraes, na canção Rosa de Hiroshima, em 1973:

Pense nas crianças mudas telepáticas. Pense nas meninas cegas inexatas. Pense nas mulheres, rotas alteradas. Pense nas feridas como rosas cálidas. Mas só não se esqueça da rosa, da rosa. Da rosa de Hiroshima, a rosa hereditária. A rosa radioativa, estúpida, inválida. A rosa com cirrose, anti-rosa atômica. Sem cor, sem rosa, sem nada.

Considerado por muitos como a “era do individualismo”, os anos 70, foi marcado como o embrião da corrente ambientalista, com o surgimento de grupos, organizações e agências governamentais em prol do meio ambiente. Tais ações possibilitaram a realização da Primeira Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente, realizada na cidade de Estocolmo, originando o PNUMA – Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, o qual enfatizou a preocupação do sistema político e organizações, como a Igreja, com a degradação da natureza. Neste contexto, enquanto inicia-se a delinear a ambiguidade semântica presente no conceito de desenvolvimento sustentável, o Brasil ditatorial, baseado na linha desenvolvimentista, personificava o milagre econômico, impulsionado pela crescente industrialização, criando a Secretaria Especial do Meio Ambiente (SEMA) para atender a exigência de organismos internacionais que exigiam para concessão de empréstimos para obras públicas a proteção ambiental.

O eixo ambientalista com temática nuclear volta em cena nos anos 80, sinalizado com dois acidentes. O primeiro em 1986, na Usina Nuclear de Chernobyl, localizada na cidade da Ucrânia, onde os reatores explodiram e espalharam material radioativo na atmosfera, afetando diretamente mais de duzentas mil pessoas. Um ano depois, 1987, na cidade de Goiânia, no Brasil, catadores de sucata encontraram no aparelho de radiologia de um hospital abandonado, uma pedra de pó branco que no escuro emitia brilho azulado. Esse brilho, que encantou os moradores pela sua beleza constituía o Césio-137, elemento extremamente perigoso, que pela sua radioatividade, contaminou milhares de pessoas, deixando um rastro de contaminação até os tempos atuais. Marcada como a “década perdida para a América Latina” devido à estagnação econômica e pela aplicabilidade do liberalismo econômico, a década de 80, é lembrada também pela redemocratização brasileira e a promulgação da Constituição de 1988, que se caracterizou pela preocupação com as questões ambientais, como aponta o Capítulo VI do Meio Ambiente, artigo 225 da CF:

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

No mesmo ano, foi assassinado o líder ambientalista da região amazônica, Chico Mendes, que se tornou símbolo conhecido internacionalmente devido a sua intensa luta pela exploração das riquezas florestais da maneira ecologicamente correta. É válido ressaltar que nesta mesma década, precisamente em 1982, na Áustria ocorreu a Assembleia Mundial

sobre o Envelhecimento, que apesar de toda discussão ambientalista, se pautou apenas na definição e segmentação da pessoa idosa.

Caracterizada pela entrada do seguimento empresarial na preservação ambiental, que almeja lucratividade num emergente mercado verde, os anos 90, o mais quente dos dois milênios, foi o período onde se realizou o ECO- 92: Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, com objetivo de buscar caminhos para o desenvolvimento socioeconômico com a conservação e proteção dos ecossistemas do planeta. Nesta conferência da ONU, Servern Suzuki, uma canadense de apenas treze anos, se destacou por apresentar de forma simplória a realidade que impede a adoção de medidas efetivas contra a degradação ambiental. No seu discurso³, disse Suzuki:

Sou apenas uma criança e não tenho todas as soluções, mas quero que saibam que vocês também não têm. Vocês não sabem como reparar a camada de ozônio. Vocês não sabem como salvar os peixes das águas poluídas. Vocês não podem ressuscitar os animais extintos. E vocês não podem recuperar as florestas que um dia existiram e onde hoje é deserto. Se vocês não podem recuperar nada disso, por favor, parem de destruir! [...] Você é aquilo que faz não o que você diz.

O RIO-92 representou um divisor de águas na luta em prol do meio ambiente, pois obteve participação ativa das ONGs e a presença de chefes de estado, diferenciando-se assim, das outras conferências. Esse evento que ocorreu na cidade do Rio de Janeiro proporcionou uma visão holística à ideia de preservação do habitat, ao afirmar que não existe sustentabilidade ambiental sem sustentabilidade social, uma vez que a ramificação global do capitalismo baseado consumo exacerbado, gerou impactos no que tange a concentração populacional e aumento das desigualdades, que por sua vez fornece subsídios a agressões crescentes ao meio ambiente, seja de forma direta ou indireta. Nesse aspecto, destacamos que os agravos, sejam eles naturais ou socialmente construídos apresentam o idoso como uma das principais vítimas da vulnerabilidade ambiental e socioeconômica.

Esse divisor deu fôlego ao Protocolo de Kyoto, em 1997, no Japão, onde o ponto chave das discussões foi à emissão de gases poluentes na atmosfera. Protocolo este, que evidenciou as divergências entre desenvolvimento e sustentabilidade e colocou em foco os interesses entre países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Os primeiros anos do século XXI foram marcados pelas catástrofes ambientais, dentre eles Furacão Katrina, ocorrido nos EUA e fenômenos relacionados ao El Niño como chuvas no nordeste e tornados no sul brasileiro. Este período representou a popularização do termo "desenvolvimento sustentável" ao mesmo tempo em que seu conceito tornou-se mais

3 Discurso retirado do site do You Tube, plataforma de compartilhamento de vídeos. <<https://www.youtube.com/watch?v=SyBVxm-N-7JE>> Acesso em 17.04.2019.

complexo. Segundo Oliveira (2008, p. 23): “O conceito de “desenvolvimento sustentável” embute a ideia de que o mesmo tem que ocorrer nas esferas ambiental, econômica e social, existindo também a dimensão política, que seria transparência e participação.”.

Neste sentido, da ampliação de horizontes no que tange a denominação da sustentabilidade, foi realizado em 2009, a Conferência de Copenhague, para definir as regras do segundo período do compromisso estabelecido em Kyoto (1997), como a definição de novas metas de redução. Considerada como fase decisiva da luta pela sobrevivência, através da sustentabilidade econômica, as negociações não avançaram por interferir nos interesses individuais como comenta Arnaldo Jabor⁴:

Nos ecos da Conferência da Dinamarca, vemos que o mesmo problema que rege o egoísmo humano no plano individual, se repete em escala global, mesmo com o período de se acabar com a humanidade. A mesma luta arcaica, a luta de classes, se repete. Assim como se explora pobres trabalhadores, as nações ricas querem ferrar as nações pobres... A política de “farinha pouca meu pirão primeiro” se repete em Copenhague em escala global. Será que essa gente não consegue pensar além dos seus bolsos e interesses? [...].

Observando-se que as ações a nível global não avançaram, os países participantes do ECO-92, assumiram o compromisso e o desafio de internalizar, em suas políticas públicas as noções de sustentabilidade e desenvolvimento sustentável. Dessa forma, surge o processo de elaboração teórica e prática da Agenda 21, que se posicionou na adoção metodológica multi-setorial, ou seja, focar a interdependência das dimensões ambiental, econômica social e institucional, baseada na realidade local, trabalhando na gestão dos recursos naturais.

Com a mudança da estratégia adotada pela Agenda 21, de analisar e trabalhar o local, partindo do pressuposto que pequenas ações realizadas localmente e quando somadas, têm impactos globais em larga escala, proporcionou avanços significativos nas áreas como saneamento básico e redução das desigualdades sociais.

Até o momento, a Agenda 21 é considerada documento mais eficaz produzido em prol da sustentabilidade, sendo assim, se faz necessário verificar onde e como o idoso está inserido politicamente neste contexto, uma vez que representa o segmento populacional de maior crescimento e vulnerabilidade.

Deste modo, o capítulo três da Agenda 21 Brasileira apresenta aspectos de combate à pobreza e a questão dos refugiados, indicando como público alvo: “mulheres, crianças e jovens”. Percebemos assim, que apesar de dados oficiais apontados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, indicarem que os velhos brasileiros representam uma parcela significativa de pobres, eles são esquecidos nos documentos que tratam das condições socioambientais.

4 Comentário feito na radio CBN, dia 10 de dezembro de 2009.

O capítulo cinco, ao abordar a relação demográfica com a sustentabilidade, aponta que:

Deve ser feita uma avaliação das implicações da estrutura etária da população sobre a demanda de recursos e os encargos de dependência, incluindo desde o custo da educação para jovens até o atendimento sanitário e auxílio para os (as) idosos (as), e sobre a geração de rendimentos no âmbito da família[...]. Devem ser desenvolvidas, tanto no plano familiar como no de sistemas de apoio estatais políticas socioeconômicas adequadas para jovens e idosos.

È possível perceber que na primeira referencia que se faz ao idoso, em um documento tido como referencial, faz a alusão do velho como um problema social, que gera custos ao Estado, esquecendo-se que “o envelhecimento populacional, longe de ser um dado natural, se configura como resultado da reprodução do sistema do capital” (Paiva, 2014, p.125), além de não evidenciar quais e como seriam aplicadas tais políticas públicas.

O mesmo capítulo faz indicação ao idoso como consumidor, e como dependente da família, ao afirmar que:

As pessoas idosas pertencerão a famílias cada vez menores (tendências a famílias com apenas dois filhos), poderão ter menor amparo dos filhos e parentes. Portanto, o sistema de saúde, público e privado, deverá se preparar para atender adequadamente a essa parcela da população, que apresenta um quadro de morbidade bem mais específico e de tratamento mais caro.

Fugindo da “lógica” fantasiosa trazida pelo capital, ao apresentar uma visão unívoca que apresenta o Estado como gerenciador da sociedade, é perceptível também que esse gestor transfere sua responsabilidade para as famílias, além do visível e maléfico processo de mercantilização em prol da “valorização social” dos idosos.

Percebemos então que o principal documento que deveria nortear as ações brasileiras em prol da sustentabilidade, não percebe o idoso como um ator importante, mas como um fardo no que se refere às questões socioambientais e suas inferências, além de trazer uma imagem caricata e uma percepção incompleta e subjetiva das políticas públicas de desenvolvimento menos danoso ao ambiente.

A partir de 2016, iniciou-se em todas as partes do planeta um movimento de ascensão da extrema direita, impulsionado por crises econômicas, éticas e políticas. O “populismo” desses governos, que hoje tem como expoentes os presidentes Donald Trump (EUA) e Jair Bolsonaro (Brasil), fragiliza a luta em prol da sustentabilidade uma vez que questionam o aquecimento global, liberam de forma irresponsável o uso de agrotóxicos, são abertamente a favor da exploração inconsequente dos recursos naturais, fragilizaram os órgãos de controle e flexibilizam a legislação, além de atacar direitos de seguridade social e distribuição de renda que aumenta desigualdades e conseqüentemente ampliam as agressões ao meio ambiente.

A SUSTENTABILIDADE COMO QUESTÃO SOCIAL

[...] A classe trabalhadora é a protagonista da tragédia no envelhecimento, considerando-se a impossibilidade de reprodução social e de uma vida cheia de sentido e valor, na ordem do capital, principalmente, quando perde o valor de uso para o capital, em função da expropriação dos meios de produção e do tempo de vida. (Teixeira, 2009, p.64).

Teixeira (2009) apresenta a tragédia do processo do envelhecimento propiciado pela sociedade do capital, indicando o velho como fardo, por ser o elemento “improdutivo” na cadeia e por absorver parte de recursos que poderiam estar circulando no mercado financeiro. Destarte, a mesma relação se faz presente também nas questões pautadas na sustentabilidade, uma vez que o idoso, já estigmatizado como agente inativo e não politizado serve ao sistema mercantil apenas como mero expectador das decisões tomadas por meio da sociabilidade capitalista, tornando-se assim um coadjuvante dócil e marginalizado no processo decisório.

Assim, o desenvolvimento sustentável sob a perspectiva do idoso torna-se uma questão social e política, uma vez que a inserção desses atores sociais nesta arena de discussão trará à cena a participação ativa nas decisões que envolvam a comunidade, possibilitando o resgate do velho da margem periférica da gestão da vida em sociedade. É válido reafirmar que tal posicionamento, não é dado, nem imposto, mas é fruto da vontade do idoso, uma vez que de modo geral esse grupo deseja “viver o máximo possível, terminar a vida de forma digna e sem sofrimento e participar das decisões que envolvam a comunidade; prolongar, ao máximo suas conquistas e prerrogativas sociais com propriedade, autoridade e respeito”. (Minayo, Coimbra Júnior e CEA, 2002, p. 11-24). Sendo assim, o idoso tem sua função de cidadão assegurada pela Constituição Federal, ao afirmar que: “é obrigação do Estado e da sociedade assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.” (BRASIL, 2003).

As vulnerabilidades biológicas dos idosos os colocam como o grupo social de maior interesse nas questões relativas à sustentabilidade ambiental, pois diferentemente demais classes etárias, as alterações climáticas já provocam no presente efeitos que põe em risco imediato sobrevivência dessa fração populacional. Uma pesquisa da USP – Universidade de São Paulo⁵ indica um aumento expressivo de mortalidade dos idosos provocados pelas consequências advindas do aquecimento global.

Dessa forma, a luta em prol da preservação ambiental torna-se uma questão social, que deve ser motivo de uma luta persistente para assegurar o que está previsto no Artigo

5 Pesquisa indicada no site < <https://extra.globo.com/noticias/saude-e-ciencia/mudancas-climaticas-aumentam-mortalidade-de-idosos-nas-metropoles-brasileiras-269570.html> > Acesso em 01 /06/2019.

225 da Constituição Cidadã de 1988: “Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.”

METODOLOGIA

Metodologicamente, esta pesquisa se aportou, inicialmente, ao desembarço histórico do processo de consciência ambiental e sua percepção sobre a terceira idade. A partir daí, foi realizada uma análise temática, onde direcionamos o olhar, abrindo perspectivas novas para a releitura do envelhecimento, sendo possível apresentar percepções enraizadas e socialmente construídas que são nitidamente percebidas no desenrolar das questões inerentes a sustentabilidade.

Deste modo, a pesquisa adotou uma estratégia qualitativa e de caráter exploratório, uma vez que “é realizada em áreas na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado.” (Vergara, 2009, p. 42), tendo como aporte uma pesquisa bibliográfica a cerca da temática abordada, possibilitando alcançar o objetivo almejado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O fenômeno deflagrado pelo avanço da ciência possibilitou o homem aumentar significativamente sua expectativa de vida, porém esta possibilidade veio com um novo desafio: como adicionar vida a esses anos?

Este artigo centralizou seu foco em dois vieses: percepção histórica no processo de relação envelhecimento – natureza e o idoso como possível protagonista da luta de modelo social, econômico e ambiental menos agressivo.

Através do primeiro viés foi possível analisar dentro de uma ordem histórica o que conhecemos como sendo a tomada de consciência ambiental e como neste processo o idoso foi deixado a margem não apenas das discussões, mas também na própria análise de identidade, onde homogeneiza e não contextualiza o velho como um ser humano autônomo dotado de direitos e deveres.

Deste modo, foi indicada a terceira idade, como possível protagonista das relações que envolvam a sustentabilidade, seja pela vulnerabilidade biológica, e sendo assim, esse grupo se constituiria como sendo o mais preocupado, ou por vias da educação ambiental, através da indicação da sua experiência cotidiana. Para isso, se coloca como ponto de discussão a necessidade de mobilização e organização de pessoas e instituições capazes de politizar e articular possibilidades que venham a alterar o tecido destas relações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cumpriu sua sentença. Encontrou-se com o único mal irremediável, aquilo que é a marca do nosso estranho destino sobre a terra, aquele fato sem explicação que iguala tudo o que é vivo num só rebanho de condenados, porque tudo o que é vivo, morre. (Suassuna, 1975).

O primeiro discurso ligado ao processo de envelhecimento: a preparação para morte advém justamente da caracterização da última fase do ciclo da vida, em que aspectos inerentes à vida social, como a saúde, a capacidade de produzir, a beleza e vigor sexual são diminuídos.

Através do estereótipo atribuído ao idoso, que se diferenciam em contextos históricos, políticos, econômicos, sociais e principalmente culturais, percebemos conceitos que são constituídos em diferentes contextos temporais, mas que simultaneamente apresentam uma intrínseca relação, onde o envelhecimento está atrelado ao processo: à velhice como fase de vida e ao idoso (velho) o resultado final.

Na contemporaneidade a imagem estereotipada do idoso é apenas “alterada” a partir do momento em que o mesmo, através do seu esforço individual, passa a utilizar a juventude e suas características marcantes como sendo uma forma de se viver e não uma fase passada da sua vida. A partir desta análise, o processo de envelhecimento sofre metamorfose e passa a adquirir a conotação de mercado de consumo, uma vez que é preciso utilizar todos os instrumentos disponibilizados no comércio global para obtenção e/ou manutenção da “nova jovialidade” atribuída a última fase de vida. É válido ressaltar que essa nova visão a cerca do idoso é respaldada e propagada pela mídia.

Assim, percebemos a dualidade quando se analisa assuntos transversais ao processo de envelhecimento, tal como a relação desenvolvimento sustentável e velho. Percebemos neste artigo que historicamente o idoso é cauterizado à imagem de improdutivo, vulnerável e isso se torna perceptível quando nos deparamos com isolamento social promovido a não inserção dessa categoria nos debates e ações concretas em torno de um desenvolvimento mais equilibrado e menos danoso ao ambiente.

Indicamos também que quando existem literaturas que colocam o idoso em certo destaque no que concerne sua participação ativa em torno da efetivação de políticas direcionadas a sustentabilidade, se incorpora a visão da velhice romantizada e jovial que se configurará em um mercado consumidor de modo a tornar o velho docilizado e sociável ao capital.

Nessa complexa ideia de crescer e preservar, e do impasse sobre como os idosos participam e são vistos nos quesitos relacionados ao processo de preservação ambiental, indico o comentário de Arnaldo Jabor⁶, quando afirma que o tragicômico nas discussões em

6 Comentário: Crônica no Jornal da Globo em 16 de agosto de 2008.

torno dos problemas ambientais são que os mesmos são vistos como sendo uma “ameaça a natureza”, porém percebe-se exatamente o contrário. Já morreram dinossauros, já houve idade do gelo, chuva de asteroides, e a natureza segue seu rumo, indicando assim quem realmente encontra-se ameaçada graças às escolhas socioeconômicas utilizadas na contemporaneidade.

Destarte, se torna eminente o que ocorreu na Ilha de Páscoa e conseqüentemente da ideia do primeiro discurso ligado ao envelhecimento. A discussão é em torno da sobrevivência dos seres humanos e nesse aspecto toda contribuição pode e deve ser utilizada, a exemplo dos idosos, que conscientes de seu papel como cidadão podem e devem politizar, debater e participar ativamente e efetivamente, na luta em prol de um ambiente mais sustentável.

■ REFERÊNCIAS

1. BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
2. BERNARDO, Maria Helena de Jesus. **A velhice da classe trabalhadora e a naturalização dos cuidados familiares**. In: Teixeira, Maria Solange. Envelhecimento na sociabilidade do Capital, Campinas, Papel Social: 2017.
3. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.
4. DICKENS, Charles. **Segregação urbana, enclaves fortificados e espaço público**. São Paulo, EDUSP/Ed. 34, 2008.
5. EVANGELISTA, Luiz Pereira Evangelista. **Antologia Poética do Sesquicentenário**, Editora: EGBA, 2003.
6. ESPÍNDOLA, Michele. ARRUDA, Dayana. **Políticas ambientais: ideologias, fazer antropológico e engajamento social**. Disponível em: <http://www.fsma.edu.br/visoes/ed05/ed05_artigo_9.pdf> Acesso: 30 de novembro de 2010.
7. GORE Jr., A. A. **Uma verdade inconveniente - o que você precisa saber (e fazer) sobre o aquecimento global**. [tradução Isa Mara Lando] - Barueri, SP: Editora Manole, 2006.
8. HADDAD, Eneida G. de Macedo. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.
9. MONTIBELLER-FILHO, G. **O Mito do Desenvolvimento e Sustentável**. Editora da UFSC, Florianópolis, 2001.
10. TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento e trabalho no tempo do capital: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.
11. Minayo MCS, Coimbra Júnior, CEA **Entre a Liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento**. In Minayo MCS, Coimbra Júnior, CEA. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
12. PAIVA, S. de O.C e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

13. VEIGA, José Eli da, ZATZ, Lia. **Desenvolvimento sustentável: que bicho é esse**. São Paulo, Editora Autores Associados, 2008.
14. VEIGA, José Eli da. **Do global ao local**. Campinas, São Paulo: Armazém do Ipê, 2005.
15. VEIGA, José Eli da. **Emergência socioambiental**. São Paulo: Editora SENAC, 2007.
16. VERGARA, Sylvia Costant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 1998

“

O tabu social atrelado a sexualidade dos idosos: uma revisão sistemática

▮ Emily Priscila Silva **Costa**
UNINASSAU

▮ Drielle Barbosa Leal **Serafim**
UEPB

▮ Alcimar Tamir Vieira da **Silva**
UNINASSAU

▮ Gleison Alves **Barbosa**
UNINASSAU

RESUMO

O envelhecimento é considerado um processo natural que é acompanhado por diversas mudanças físicas, biológicas e psicológicas. Essas mudanças dificultam o diálogo com os idosos acerca da sexualidade nesta fase da vida, passando a ser um assunto visto como tabu. Para o desenvolvimento da pesquisa, foi realizada uma busca de artigos nos bancos de dados: SciELO, PePSIC, BVS e *Google Acadêmico*. Para isso foram utilizados os seguintes Palavras-chave: sexualidade, idoso, tabu e sexo. Observou-se que mesmo o ato sexual sendo comum entre os idosos muitos são os fatores que contribuem para a discriminação e falta de esclarecimento sobre a temática. Aspectos históricos, culturais, religiosos e eventos midiáticos favorecem a propagação dos tabus e concepções errôneas. Desse modo, a pesquisa objetiva identificar os tabus e construções sociais atreladas à sexualidade que influenciam a qualidade de vida dessa população. Realizar pesquisas que contribuam significativamente para o aperfeiçoamento de estudantes e profissionais diante do envelhecimento humano é um fator positivo para a sociedade e para o desenvolvimento de novas pesquisas científicas, pois promove uma melhora na qualidade de vida e bemestar dos idosos ao abordar aspectos que facilitam a interação social.

Palavras-chave: Sexualidade, Tabu Social, Idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecer é o processo natural não patológico que inicia na idade adulta acompanhado por diversas mudanças físicas, biológicas e psicológicas. O envelhecimento humano é um processo universal atrelado a fatores genéticos de cada indivíduo e espécie, que se manifesta através da diminuição da plasticidade, aumento da vulnerabilidade e perdas evolutivas e no aumento da probabilidade de morte (VIEIRA; DE LIMA COUTINHO; DE ALBUQUERQUE SARAIVA, 2016).

Nas próximas décadas a população idosa tende a crescer, ou seja, os grupos mais jovens ficarão em uma proporção inferior comparada a população idosa. Esse fenômeno vem ocorrendo de forma gradativa não só em países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento como no Brasil. De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o IBGE (2019) prever que o índice de envelhecimento deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47, em 2060. Essa mudança demográfica está atrelada a diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida da população Brasileira.

O envelhecimento da população associado a maior longevidade das pessoas idosas indubitavelmente aponta novas perspectivas, desafios e necessidade de melhorias na qualidade de vida dessa população.

Neste cenário, a sexualidade na terceira idade começou a ser discutida a partir do desenvolvimento de pesquisas sobre a qualidade de vida dos idosos (GONZAGA, 2017). A sexualidade é caracterizada como uma necessidade básica do ser humano que se manifesta através do desejo, contato, intimidade, expressão emocional, amor e carinho como também criação de laços de união mais intensos com outras pessoas, assim desenvolvendo uma comunicação que visa o prazer, o bem-estar e autoestima através de uma relação íntima (MORAES, 2011; ANTUNES, 2010). Porém observa-se uma minimização da dimensão da sexualidade, uma vez que dentre todos esses aspectos ela esteja associada a estereótipos físicos na contemporaneidade.

É natural ocorrer mudanças físicas com o avanço da idade, isso ocorre em conjunto com a valorização do corpo jovem propagada pela mídia e que resulta em uma convicção de que a sexualidade está associada a juventude (GOLDENBERG, 2012). Dessa forma, as mudanças no corpo são acompanhadas de preconceitos e estereótipos que rotulam as pessoas com idade avançada, principalmente sobre assuntos ligados a sexualidade, dificultando as discussões acerca do tema com os idosos e passando a ser um assunto visto como tabu. Esse cenário impede que os idosos vivenciem a sexualidade de forma plena, tornando-se um fator para diminuição da qualidade de vida dessa população. Portanto, esse trabalho tem como finalidade identificar tabus e construções sociais atreladas a sexualidade dos idosos e quais são os impactos na vivência da sexualidade nesta fase da vida.

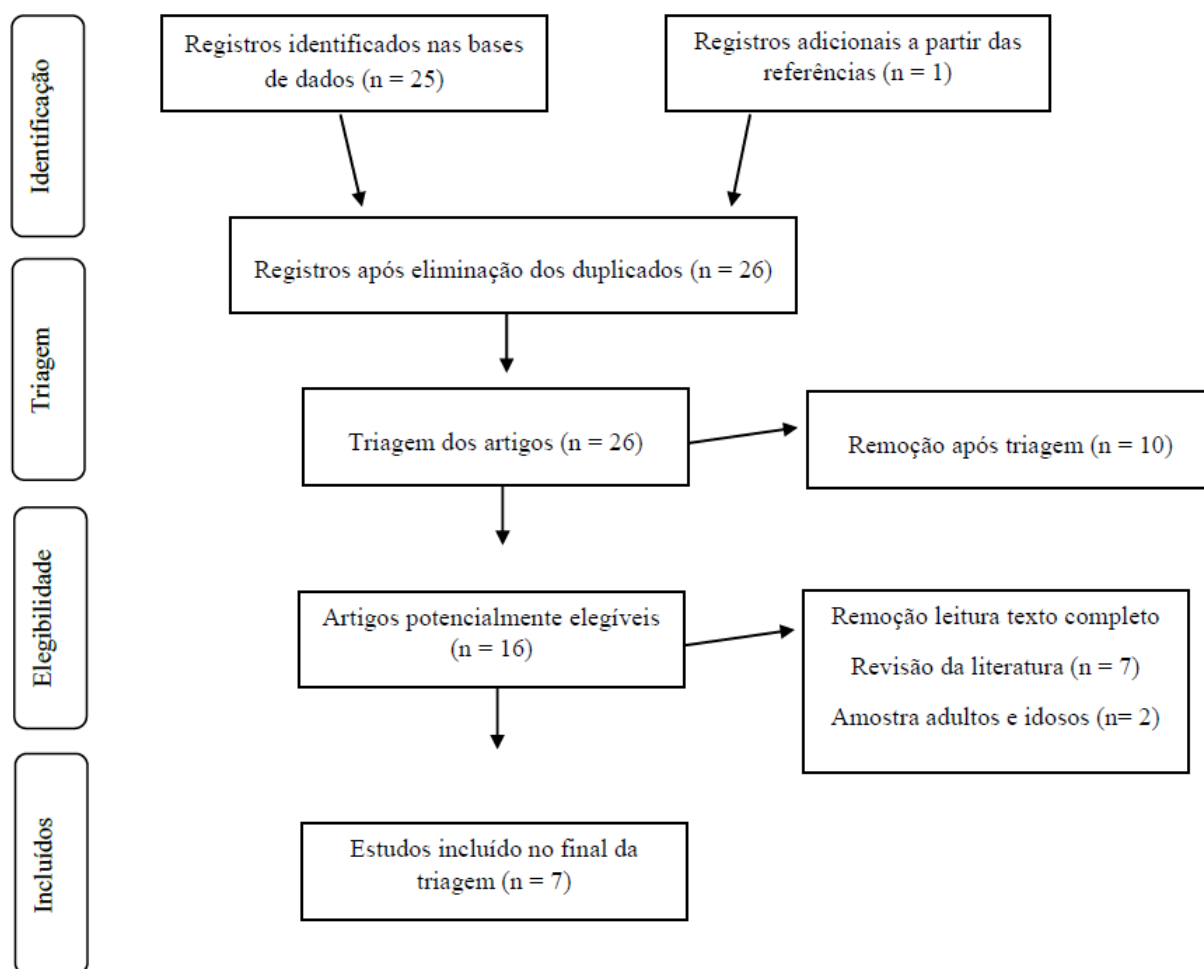
METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa realizada através de uma revisão sistemática onde objetivouse selecionar, pesquisar e analisar de forma crítica os artigos pesquisados afim de obter resultados acerca do tabu social voltado para a sexualidade do idoso e suas consequências.

Buscando atingir o objetivo desta pesquisa, foi realizada uma busca de artigos nos seguintes bancos de dados online: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e *Google*

Acadêmico, usando os seguintes descritores: Sexualidade, Idoso, Tabu, Sexo. Os critérios de inclusão das publicações consideradas foram: a) artigos publicados entre 2014 a 2019, b) pesquisas acerca do tabu voltada para sexualidade dos idosos, c) descrever acerca da visão social dos idosos sobre a sexualidade, d) descrever como esses paradigmas re-flete na vida dos idosos, e) artigos no idioma português. Os critérios de exclusão abrangem pesquisas bibliográficas e revisão sistemática e da literatura, além disso artigos em idiomas estrangeiros e publicações datadas a mais de 5 anos.

Figura 1. Fluxograma do processo de revisão dos artigos.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 1. Informações breve dos artigos: autoria, ano e objetivos.

Autoria	Objetivos
ARAÚJO, 2016	• Mostrar as diferentes visões de três gerações de uma família em relação a sexualidade.
DA SILVA ROZENDO, 2015	• Analisar a maneira como a sexualidade é retratada e vivenciada na terceira idade.
DA SILVA UCHÔA, 2016	• Identificar a percepção dos idosos acerca da sexualidade.
LOPES DE ALENCAR, 2016	• Analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas.
OLIVEIRA, 2015	• Analisar o perfil sexual de um grupo de idosos não institucionalizados, e quais os fatores que interferem na atividade sexual.
SOUZA, 2015	• Descrever a vivência da sexualidade por mulheres idosas viúvas e percepção dos seus familiares.
VIEIRA, 2016	• Identificar as representações sociais dos idosos acerca da sexualidade.

DESENVOLVIMENTO

Com a nova onda de liberdade sexual que vem ganhando ênfase na sociedade contemporânea através de diversos movimentos, temos nos deparado com questões que antes eram pouco ou quase nunca faladas. Questões como a liberdade sexual feminina e a liberdade sexual dos idosos, apesar de serem ainda vistas como um tabu social, estão sofrendo a influência de alguns fatores que contribuem para a desmistificação de paradigmas sociais negativos em torno deles.

O primeiro fator deve-se ao fato de que a vida sexual vem passando a deixar de ter apenas função de procriação, tornando-se uma fonte de satisfação e realização de pessoas de todas as idades. O segundo fator está relacionado a um aumento notório e de pessoas que chegam a 3ª idade em condições psicofísicas satisfatórias levando-as a não sentir desejo nem a renunciar a vida sexual. E, o terceiro, deve-se ao aparecimento da AIDS que levou a população a repensar e falar sobre a sexualidade e sexo seguro, reforçando a necessidade de todos em informarem-se e falarem mais abertamente sobre o tema (ARAÚJO, 2016).

Apesar destes fatores citados acima contribuírem com o avanço do tema desta pesquisa, para alguns idosos a sexualidade não é um componente que faz parte de sua vivência atual, seja por não possuírem companheiro (a), seja por não terem interesse (ARAÚJO, 2016). Embora a sexualidade humana seja algo natural a nossa existência, segundo o mesmo autor, na terceira idade esta necessidade básica da pessoa enfrenta muitos preconceitos socioculturais, construídos a partir de heranças da civilização, em que as suas normas e dogmas rígidos de comportamento discriminam o idoso.

De acordo com Groisman (2002, apud DA SILVA ROZENDO, 2015) a cultura ocidental costuma olhar para os idosos e descrevê-los como decadentes, biologicamente e socialmente fracos. Porém, entende-se que apesar de as alterações físicas, como a lentidão no caminhar e em exercer tarefas e a diminuição das atividades físicas serem os primeiros sinais

do envelhecimento, essas modificações podem ser aceleradas ou retardadas, a depender do estilo de vida adotado por cada pessoa (CALDAS CP, 1998 apud ARAÚJO, 2016).

Apesar de a sociedade não ter um olhar voltado para a sexualidade do idoso como um processo natural, segundo Gradim, Souza e Lobo (2007, apud DA SILVA ROZENDO, 2015) as mudanças no corpo conforme a chegada do envelhecimento são inevitáveis, porém, não são fatores que venham a interferir na satisfação sexual do homem ou da mulher. Mesmo com todas essas mudanças, o idoso pode ter uma vida sexual satisfatória.

Outro problema atrelado ao tabu social acerca da sexualidade do idoso, deve-se ao fato de que costumeiramente as pessoas tendem a olhar o idoso como assexuados e sem libido sexual, além de que os idosos não possuem apoio advindo dos profissionais de saúde, ao tempo em que também os familiares põem empecilhos para impedir que os mesmos possuam vida sexual ativa. Além disso, não existe estímulo por parte dos meios de comunicação, que mostram uma visão pouco atrativa do processo de envelhecimento e de pessoas idosas (VIEIRA, COUTINHO, ALBUQUERQUE SARAIVA, 2016).

Goldenberg (2012, apud SOUZA, 2015) destacou que o culto ao corpo jovem, idealizado pela mídia, perpetua a convicção de que a sexualidade esteja ligada à beleza jovial. Partido desse pressuposto, surgem estereótipos voltados, principalmente, para a imagem corporal: o corpo que envelhece, portanto, não produz mais interesse e é retratado sem desejo, sem atração física e em um estado de declínio. Assim, em uma sociedade que reforça o jovem como o belo, a mulher quando envelhece, passa a sentir medo de demonstrar e viver sua sexualidade e passar a receber rótulos negativos, passando a optar por uma postura mais discreta e reprimida (SOUZA, 2015).

Destarte, torna-se relevante destacar que pesquisas acerca da sexualidade dos idosos são de bastante relevância, pois falar, pesquisar e desconstruir esses tabus atrelados ao tema, pode trazer qualidade de vida para essa população, pois, conforme afirma Vieira, Coutinho e Albuquerque Saraiva (2016) os estudos existentes nesta área, em sua maioria, abordam questões sobre disfunções e mudanças no funcionamento sexual do homem e da mulher, trazendo poucas reflexões acerca da forma como os idosos têm lidado emocionalmente com sua sexualidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de a prática sexual entre idosos ser bastante comum, ainda existem discriminações e tabus que impedem que os idosos busquem realizações sexuais de maneira mais plena na atualidade (DA SILVA ROZENDO, 2015). Segundo o mesmo autor, as práticas sexuais mais relatadas entre casais heterossexuais em uma amostra de 32 idosos foram, penetração vaginal, sonhos com conteúdo sexuais, carícias e toques. Um estudo publicado

no mesmo ano revela em uma amostra de 67 idosos que 27,7% realizam prática sexual em média quatro vezes por mês, além disso 94,4% afirmaram sentir-se satisfeito após a prática sexual (OLIVEIRA, 2015). Corroborando com esses achados, Lopes de Alencar e colaboradores (2016) identificaram em uma amostra de 200 idosos, que 51,5% afirmaram pensar espontaneamente em sexo, e 20% procuravam ter relação sexual com seu parceiro, 6,8% realizavam autoerotização, e 2,1% não responderam.

Isso revela que as práticas sexuais são vivenciadas na terceira idade, porém a sexualidade é influenciada por uma rede de situações históricas, culturais, religiosas e midiáticas que moldam a conjunção carnal, favorecendo o desenvolvimento de tabus e concepções errôneas sobre a mesma. A manutenção dessas concepções associa-se a ideias sobre a diminuição ou perdas da função reprodutiva (quando se trata de idosos), declínio das necessidades sexuais, ideias do sexo apenas como função de procriação e somando a isso existem os preconceitos e a negação da existência da sexualidade, afeto e sensualidade consequentemente reforçando a manutenção de tabus acerca desse tema (ARAÚJO, 2015).

Esse pensamento socialmente compartilhado deve-se ao processo de revolução na sexualidade, a vida sexual deixou de ter apenas função de procriação para se tornar uma fonte de satisfação, atrelado a este novo pensamento tem-se um crescente número de idosos com condições psicológicas e físicas satisfatórias e que possuem uma vida sexual ativa (ARAÚJO, 2016). Este novo cenário poderia ser atribuído de forma satisfatória se não fossem os preconceitos socioculturais, vestígios de pensamentos arcaicos que estão associados a perda da libido no idoso e atrelado a isso julga-se a questão biológica em que o idoso gradativamente perde a capacidade de procriação.

Os discursos e pensamentos tendem a moldar uma sociedade, castrando sua liberdade, assim como a cultura opressiva da sociedade, a família exerce um papel fundamental de opressão, não permitindo que o idoso vivencie sua sexualidade. Em primazia, pode-se caracterizar o perfil feminino como o mais oprimido, partindo do pressuposto em que a mulher que se torna viúva, em sua grande maioria, optam por viver uma vida sem um novo companheiro, pois a família não apoia seu envolvimento em novos relacionamentos (SOUZA, 2015). As consequências dessa situação intensificam um diálogo limitado entre familiares, profissionais de saúde e paciente, ou seja, apesar da prática ser vivenciada, é omitida, sendo um reflexo da influência cultural sobre a sexualidade ainda presente na sociedade atual (DA SILVA UCHÔA, 2016).

Apesar dos idosos admitirem ter uma vida sexualmente ativa, ainda há preconceitos por parte dos próprios idosos, onde o interesse sexual nos mais velhos pode fazer os demais expressar discursos pejorativos, dessa forma alimentando os estereótipos sobre a sexualidade e afastamento da vida sexual (ROZENDO E ALVES, 2015). Porém, torna-se

relevante que esse tipo de pensamento social seja desconstruído, tendo em vista que o envelhecimento ocorre de maneira singular e complexa e não representa sinônimo de incapacidade funcional, dependência ou ausência de vivências sociais e sexuais e mesmo na presença de perdas é possível vivenciar uma velhice bem-sucedida (VIEIRA, DE LIMA COUTINHO, DE ALBUQUERQUE SARAIVA, 2016).

Levando em consideração que existe um tabu social acerca da sexualidade do idoso que dificulta o direito de liberdade do mesmo e até mesmo sua qualidade de vida, assim como também reflete tanto na família como no próprio idoso de forma negativa, tendo em vista que conforme afirma Moraes, Penna e Proganti (2010, apud SOUZA, 2015) a sexualidade vem a ser uma dimensão humana ligada de forma íntima às necessidades de prazer, intimidade, reprodução, afetividade, amor, auto realização, autoestima e autoimagem, tornou-se relevante esta pesquisa, assim como também é percebido que ainda há muito o que se desconstruir, pesquisar e debater para que pessoas idosas possam vir a usufruir de uma vida sexual ativa e se expressarem de forma natural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como percebeu-se, embora estejamos contemplando um momento social em que a sexualidade tem sido alvo de discussões, pesquisas e foco da mídia, quando se trata da sexualidade do idoso esse cenário muda. Pesquisas como a de Araujo (2015), revelou que o tabu social quando se trata da sexualidade do idoso, reflete de forma a gerar preconceito tanto nos familiares, quanto nos próprios idosos.

A manutenção desses estigmas sociais refletem de forma negativa na vida do idoso, pois o fato de a sociedade reprimir a sexualidade dos mesmos, pode fazer que se sintam assexuados e não atraentes causando impacto em sua auto estima e qualidade de vida.

■ REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, Ana Cláudia Fernandes. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 12, n. 29, p. 34-41, 2016.
2. DA SILVA ROZENDO, Adriano; ALVES, Juliana Medeiros. Sexualidade na terceira idade: tabus e realidade. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 95-107, 2015.
3. DA SILVA UCHÔA, Yasmim et al. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.
4. LOPES DE ALENCAR, Danielle et al. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, 2016.

5. OLIVEIRA, Ludmila Barbosa et al. Sexualidade e envelhecimento: avaliação do perfil sexual de idosos não institucionalizados. **Rev Ciênc Saúde Nova Esperança**, v. 13, n. 2, p. 42-50, 2015.
6. SOUZA, Mariana de et al. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 936-944, 2015.
7. VIEIRA, Kay Francis Leal; DE LIMA COUTINHO, Maria da Penha; DE ALBUQUERQUE SARAI-VA, Evelyn Rúbia. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 196209, 2016.
8. GONZAGA, Maiara Fernandes et al. Sexualidade no Processo de Envelhecimento. In: **Congresso Internacional de Enfermagem**. 2017.
9. MORAES, Késia Marques et al. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. **Rev bras geriatr gerontol**, v. 14, n. 4, p. 787-98, 2011.
10. ANTUNES, E. S. D. C. et al. Considerações sobre o Amor e a Sexualidade na Maturidade. **Pensando famílias**, v. 14, n. 2, p. 121-138, 2010.
11. IBGE. Longevidade: Viver bem e cada vez mais. Brasil, **Retratos a revista do IBGE**, n.16 fev, p. 20-14, 2019.
12. GOLDENBERG, M. Mulheres e envelhecimento na cultura brasileira. Caderno Espaço Feminino, Uberlândia, v. 25, n. 2, p. 46-56, 2012.

“

O uso da internet e os efeitos nas ocupações da pessoa idosa.

- ▮ Edilson Coelho **Sampaio**
UNAMA
- ▮ Jhulye Laura Marçal Oliveira **Amaral**
UNAMA
- ▮ Lucilene Sabrina de Melo Dos **Santos**
UNAMA
- ▮ Bruno Costa **Poltronieri**
IFRJ

RESUMO

O aumento significativo da população idosa no Brasil requer novas medidas de aprendizados e estratégias para o uso da internet, no sentido de utilizar este sistema para ampliar e melhorar as ocupações deste grupo populacional. O objetivo do trabalho foi identificar os efeitos do uso da internet nas ocupações da pessoa idosa. O presente estudo foi realizado através de revisão integrativa da literatura e é oriundo de trabalho de conclusão de curso de graduação em Terapia Ocupacional. O trabalho permitiu a compreensão e reflexões sobre o uso da internet e os efeitos desta nas ocupações da pessoa idosa, onde foi possível delimitar pontos positivos e negativos.

Palavras-chave: Internet, Ocupações, Pessoa Idosa.

INTRODUÇÃO

A Internet pode ser definida como um sistema de informação global formado por uma rede mundial de computadores interconectados (FNC, 2005). Este sistema mudou as relações interpessoais de diferentes maneiras. A rapidez e os custos envolvidos para ter acessos às novas informações em tempo real estão cada vez mais acessíveis. Possibilitando diminuir a distância no acesso, criando formas de se conectar e trabalhar a participação social das pessoas.

A Internet trouxe grandes avanços para a sociedade, ela é responsável tanto pela globalização da economia quanto por novas formas de socialização, suscitando novas questões sociais e facilitando o acesso universal. Representa o maior repositório de informações e dados disponíveis a qualquer pessoa que a acesse de qualquer parte do mundo. É inegável que o advento da internet e do computador trouxe facilidades para o dia a dia das pessoas, sem falar da contribuição para a ciência e para a saúde. Esse meio introduziu uma nova forma de obtenção de informações, pensamento, busca por conhecimento, novos trabalhos, comunicação social e lazer (MIRANDA, FARIAS, 2009).

Desse jeito, é possível conceber a internet como uma ferramenta que favorece o acesso da pessoa idosa ao convívio social pelos diversos meios disponíveis, sendo este um direito regulamentado pelo Estatuto do Idoso que, em seu Artigo 3, prevê a viabilização de formas alternativas de participação, de ocupação e de convívio do idoso com as demais gerações. Assim, o Artigo 21, Parágrafo Primeiro, garante que os cursos especiais para idosos devem incluir conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos para sua integração à vida moderna (BRASIL, 2003).

Diante disto, percebem-se inúmeras vantagens e facilidades para os idosos a cerca do uso das novas tecnologias, visto que lhes permitem que de suas residências realizem compras, se comuniquem e obtenham informações relacionadas a qualquer assunto, assim como os demais grupos etários. Portanto, a internet não é apenas uma ferramenta voltada para o lazer, mas é totalmente viável para a aquisição de aprendizados e inserção social. Então, levando em consideração que o mundo está vivenciando a era da informação, é importante que a pessoa idosa utilize cada vez mais a internet para que esta possa aproveitar seus benefícios (SILVA et al., 2015).

Sabemos que a velhice deve ser compreendida em toda sua amplitude e totalidade, uma vez que é um ciclo universal marcado por implicações biopsicossociais. O processo de envelhecimento ainda é encarado com preconceito e, por vezes, não valorizado nas sociedades ocidentais. O envelhecimento é um processo natural, que modifica a relação da pessoa com o tempo, gerando mudanças em suas relações com o mundo e com sua própria história (FREITAS, QUEIROZ, SOUSA, 2010).

Envelhecer não significa estar doente, e sim que o ser humano caminha para mais uma etapa da vida com características e valores próprios adquiridos durante o tempo, mas seu corpo ocorrem modificações, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais, e ainda, na própria comunicação (SCHIMIDT, SILVA, 2011), importante considerar as mudanças no engajamento ocupacional por conta do processo de envelhecimento.

De acordo com Costa et al. (2017, p. 658) a “ocupação é o mecanismo pelo qual os indivíduos demonstram suas habilidades na sociedade e no mundo. São através de suas atividades que as pessoas podem demonstrar quem elas são, ou o que elas esperam ser. A ocupação, geralmente, resulta em autodesenvolvimento e crescimento”.

O conceito de ocupação expõe inúmeras definições (MAGALHÃES, 2013). Sendo prioritariamente voltadas para ideias articuladas a partir de um estilo de vida idealizado pela maioria, em que o bem-estar e a qualidade do viver estão diretamente associados (KANTARTZIS; MOLINEUX, 2012).

O bem-estar, encontrado através do fazer permite ao indivíduo a ser criativo, bem como aventurar-se e principalmente, encontrar sentido nas emoções humanas que experimenta e explora. Bem-estar significa ainda, habituar-se de maneira adequada e sem interrupções, através do seu fazer, ao que suas vidas apresentam como demanda (MAGALHÃES, 2013).

Então é importante oferecer para os idosos a oportunidade de conhecer esse novo meio de informação, em um contexto virtual seguro, que estimule suas habilidades cognitivas, psicoemocionais e sociais, bem como, oferecer a oportunidade de crescimento enquanto indivíduos e cidadãos do século XXI. Essas ações de ensino voltadas para a estimulação intelectual e inclusão dos mesmos, devem respeitar as características individuais, com objetivo de manter a capacidade funcional e, conseqüentemente, o engajamento deste em suas ocupações.

A INTERNET E A PESSOA IDOSA: INCLUSÃO DIGITAL E INFOEXCLUSÃO

À medida que cresce a inclusão digital, aumenta a distância entre os incluídos digitalmente e os “infoexcluídos” – e embora a população idosa seja a que mais cresce no Brasil, constitui a população mais digitalmente excluída. Em 2009 e em 2010, apenas 5% dos idosos brasileiros eram usuários da Internet, sendo que este número vem apresentando uma tendência de crescimento com o passar do tempo, chegando a 19% em 2012-2013 (CETIC, 2009; 2010; 2013).

No entanto, os idosos usam menos, pois, têm mais dificuldades de novas tecnologias do que os jovens tanto no que se refere ao aprendizado destas quanto aos aspectos que

envolvem o uso, tais como o medo de danificar o aparelho, o embaraço no uso destes equipamentos em público, a compreensão de como funcionam os equipamentos multifuncionais (CARTELO, SANTANA, 2017, p. 3). Por isso, tem-se o desafio e a necessidade de promover a intervenção no sentido de minimizar a infoexclusão, proporcionando aprendizagem permanente ao longo da vida, capacitando-a, principalmente em relação às tecnologias uma vez que muitos dos idosos não tiveram contato ou acompanharam o surgimento das novas tecnologias, por isso a necessidade de adaptar os ambientes de ensino próprios para a população idosa, para incluir este grupo ativamente em uma nova realidade (NUNES, 2017).

A importância dessa ação de ensino para a terceira idade é de grande relevância para a participação social. Os idosos com acesso à internet poderão deixar de estar tão isolados da sociedade e poderão desenvolver estratégias para melhorar sua qualidade de vida e desenvolver habilidades/competências que os façam sentirem-se úteis na comunidade e no grupo familiar (CASTELLS, CARDOSO, 2005).

A inclusão digital representa um processo que pode acarretar muitos benefícios socio-culturais, empoderamento, integração social, sendo considerada uma “nova alfabetização” (ALVARENGA, YASSUDA, CACHIONE, 2019). Segundo Medeiros et al. (2012), a inclusão digital é um processo ativo que demanda iniciativa, alta capacidade cognitiva, controle emocional e aprendizado contínuo.

Para que a alfabetização seja positiva e motivante, é importante que o projeto ou a proposta de inclusão digital leve em consideração as seguintes estratégias no processo ensino-aprendizagem (DOLL, MACHADO, CACHIONE; 2016):

- Organização do conteúdo a ser ensinado com base no interesse do grupo;
- Organizar salas pequenas e de preferência com um instrutor para cada aluno;
- Tempo mais “largo” para execução e repetição das tarefas;
- Utilização de dispositivos móveis de fácil usabilidade;
- Criar contas nas redes sociais para contato contínuo do grupo.

Raymundo e Bernardo (2018) relatam que idosos ao finalizarem o módulo ofertado em um projeto de extensão universitária de inclusão digital, descreveram que estavam se sentindo muito satisfeitos e realizados, pois constatavam que eram capazes de aprender algo novo e além disso, perceberam que seria possível desempenhar com satisfação o uso da tecnologia. A curiosidade por um novo aprendizado faz com que os participantes possam perceber que não há idade para que o aprendizado ocorra (ALVARENGA, YASSUDA, CACHIONE, 2019).

O idoso usuário da rede mundial de computadores tem benefícios psicológicos importantes, tais como: prevenção da depressão e do isolamento social, especialmente os limitados fisicamente, e manutenção dos níveis cognitivos. Além de a internet ser utilizada como recurso para estimular as atividades cerebrais, ela oferece diferentes possibilidades de interação social para todas as faixas etárias. Estudos demonstraram a sua efetividade como ferramenta de comunicação social para os idosos.

Para a cognição, estudo feito em São Paulo por Alvarega, Yassuda e Cachione (2018) apontaram melhora na cognição global, atenção, funções executivas, habilidades visuoespaciais e sintomas depressivos com um grupo de idosos que fez uso do tablet e internet em comparação aos demais grupo de socialização (sem uso de tecnologia) e grupo controle inativo.

AS OCUPAÇÕES DA PESSOA IDOSA E O USO DA INTERNET

A utilização dos meios de informações em especial a internet pode trazer benefícios aos idosos, ajudando inclusive na manutenção da capacidade funcional, e no seu engajamento em ocupações de sua escolha, além da manutenção de habilidades cognitivas, sensoriais, motoras e comportamentais. A tecnologia adequadamente utilizada pode facilitar o processo de comunicação estimulando as relações interpessoais, reduzindo o isolamento e melhorando seu bem-estar, uma nova forma de lazer em suas ocupações, mantendo os idosos em contato com familiares e amigos em um ambiente de troca de informações (LECHAKOSKI, WILDAUER, 2013).

Vale ressaltar também a importância do envelhecimento ativo na sociedade moderna, desenvolver formas de familiarizar a pessoa idosa com os sistemas digitais, integrando essas atividades na sua vida diária para uma melhor comunicação com o mundo externo, que mesmo de seu domicílio tenha um contato com outras pessoas. Para isso, é necessário conscientizar os idosos e a sociedade das vantagens que as tecnologias de informação podem ter na promoção de um modo de vida mais ativa (MOSUERA, STROBAUS, 2012).

O uso da tecnologia e a socialização digital, como nova atividade de lazer e aprendizado em horários livres, atuará no equilíbrio entre a manutenção do desempenho cognitivo e da capacidade funcional garante ao idoso manter sua participação nas atividades cotidianas, preservando a qualidade de vida e aumentando o senso de bem-estar, através do desenvolvimento da competência e do controle de si mesmo e do seu ambiente (SANTANA, 2018).

Atuará também como uma nova forma de criar amigos, compartilhar informações, buscar conhecimento sobre assuntos de interesse pessoal e sobre o que acontece ao seu redor e também contribuir para uma maior interação com os mais novos, promovendo a intergeracionalidade, são motivações que inserem o idoso novamente na sociedade tornando

ativo no meio social, pois, a tomada de decisão é importante na vida dos mesmos, tornados assim mais autônomos em suas escolhas e criando novos papéis ocupacionais.

O aprendizado no uso de computadores e da Internet na velhice pode proporcionar mudanças significativas: depressão, solidão e autocontrole. Indicando, assim, que o uso da internet contribui para a satisfação pessoal e sensação de capacitação nas interações interpessoais, auxilia no funcionamento do corpo mais ativo e contribui para autonomia e surgimento de novos significados em seu cotidiano (SHAPIRA, BARAK, 2007).

A importância da independência funcional no acesso à internet nas trocas de mensagem e a preservação ao máximo de sua autonomia, nas habilidades cognitivas pois os idosos com passar dos anos sofrem algumas mudanças e podem apresentar declínio em algumas habilidades quando não trabalhadas, desta forma é de suma importância a estimulação dos aspectos cognitivos.

Novas ocupações e significados para o cotidiano dos idosos, nesse “recente” processo de aprendizado no uso da internet e novas tecnologias que tem a contribuir no sentido de novos papéis ocupacionais para idosos ativos sem ou com alguma limitação. Diminuir a solidão e a infoexclusão, e assim, contribuir para a qualidade de vida e participação social permitindo novas possibilidades ocupacionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil e no mundo, o envelhecimento ativo pode determinar a manutenção da capacidade funcional e ampliação no engajamento das ocupações da pessoa idosa. O uso da Internet gera grandes transformações e provoca efeitos positivos e negativos, como novos canais de comunicação entre as pessoas e infoexclusão, respectivamente. Esta última marcada pela limitação de acesso das pessoas idosas, criando barreiras na comunicação com outras gerações. Combater a infoexclusão é um desafio, que precisa ser superado em uma sociedade que envelhece a passos largos.

Dessa forma, entende-se que são necessários espaços de educativos para o aprendizado em torno do uso da Internet e apropriação de novas tecnologias pelas pessoas idosas, objetivando a promoção da inclusão digital, a intergeracionalidade, a manutenção da capacidade funcional e do engajamento em ocupações, promovendo bem-estar e qualidade de vida.

A partir dos achados deste estudo, foi possível concluir que, os efeitos da Internet nas ocupações das pessoas idosas apresentam pontos positivos e negativos e faz-se necessário a criação e adaptação de ambientes físicos e sociais para que essas pessoas sejam efetivamente incluídas digitalmente.

REFERÊNCIAS

1. ALVARENGA GMO; YASSUDA MS; CACHIONI M. Inclusão digital com tablets entre idosos: metodologia e impacto cognitivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 20, n. 2, p. 384-401, ago. 2019. Acesso em 23 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200209>.
2. BERNARDO LD.; RAYMUNDO TM. Idosos na era digital: Relato de experiência de um projeto de extensão universitária. In: Bernardo, LD; Raymundo, TM. **Terapia Ocupacional e Gerontologia: Interlocações e práticas**. Ed. Appris, Curitiba PR. 2018, p. 205- 2015.
3. CARLETO DG., SANTANA CS. Relações intergeracionais mediadas pelas tecnologias digitais. São Paulo, **Revista Kairós Gerontologia**, v. 20, n. 1: p. 73-91, 2017.
4. CASTELLS M., CARDOSO G. A Sociedade em Rede - do conhecimento à Acção Política. Lisboa, Portugal: **Imprensa Nacional da Casa da Moeda**. 2005.
5. CENTRO DE ESTUDOS SOBRE AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO. **Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação no Brasil: TIC Domicílios e TIC Empresas**. 2009. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil. 2010. Acesso em 21 set. 2020. <https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-2009.pdf>.
6. CENTRO DE ESTUDOS SOBRE AS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO. **Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no Brasil: TIC Domicílios e TIC Empresas**. 2010. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2012. Acesso em 21 set. 2020. <https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/tic-educacao-2011.pdf>.
7. COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. **Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação no Brasil – TIC Domicílios e TIC Empresas 2013**. São Paulo: CGI.br; 2014.
8. COSTA EF., et al. Ciência Ocupacional e Terapia Ocupacional: Algumas reflexões. **REVISBRATO**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p.650-663, 2017.
9. DOLL J., MACHADO, LR., CACHIONI, M. O idoso e as novas tecnologias. In: Freitas, E. V et al. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2016, p.1604-1611.
10. FEDERAL NETWORKING COUNCIL. **FNC resolution: definition of “internet”** [Internet]. 2005. Acesso 23 set. 2020. http://www.nitrd.gov/fnc/Internet_res.html.
11. FREITAS MS, QUEIROZ TA, SOUSA JAV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n.2, 2010, p. 407-12.
12. KANTARTZIS S.; MOLINEUX M. Understanding the discursive development of occupation: Historico-political perspectives. In: WHITEFORD G.; HOCKING C. (Ed.). **Occupational science: Society, inclusion, participation**. Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 2012. p. 38-53.
13. KRUG RR., XAVIER AJD. Eleonor a Factors associated with main tenance of the use of internet, Epi Floripa Idoso longitudinal study. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 52 [Acessado 23 Setembro 2020]. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000216>>. Epub 09 Abr 2018. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000216>.

14. LECHAKOSKI RM, WILDAUER EW. Os idosos na internet: uma análise da utilização da internet pelos idosos no Brasil. **Revista de UniCuritiba**. 2013; [acesso em 2018 out 21]; 13(1): [1-11]. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/view/663/499>.
15. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
16. MAGALHÃES L. Ocupação e atividade: tendências e tensões conceituais na literatura angló-fona da terapia ocupacional e da ciência ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p.255-263, 2013.
17. MEDEIROS FL et al . Inclusão digital e capacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (EpiFloripa 2009-2010). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 106-122, 2012.
18. MIRANDA LM; FARIAS SF. As contribuições da internet para o idoso: uma revisão de literatura. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 13: 383-394, 2009.
19. MOSQUERA J., STROBAUS C. O envelhecimento saudável: educação, saúde e psicologia positiva. In: FERREIRA A., STROBAUS C., GOULART D., MOSQUERA J. (Eds.). **Educação e Envelhecimento**. Porto Alegre, RS: ediPUCRS. 2012, p. 14-22.
20. NUNES, A. M. Modernização, envelhecimento e infoexclusão em Portugal. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 20, n. 2, pp. 79-99, 2017.
21. SANTANA CS. Gerontecnologia: Desafios e oportunidades do envelhecimento para os terapeutas ocupacionais. In: BERNARDO L.D.; RAYMUNDO T.M. **Terapia Ocupacional e Gerontologia: Interloquções e práticas**. Ed. Appris, Curitiba, 2018, p. 197- 203.
22. SCHIMIDT TCG, SILVA MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v. 46, n. 3, p. 612-17, 2011.
23. SHAPIRA N., BARAK A., GAL I. Promoting older adults' well-being through Internet training and use. **Journal Aging and Mental Health**, v. 11, n. 5, p. 477-484, 2007.
24. SILVA DAS, PEREIRA MMO., FERREIRA MC. Terceira idade e tecnologia: um estudo sobre a utilização da internet e do comércio eletrônico. **Revista Brasileira de Gestão e Engenharia**, v. 12, p. 61-87. 2015.







“ Óbitos de idosos por violência na Região Nordeste: panorama do ano de 2016

▮ Elizane Cristina **Aquino**
FAC. REDENTOR

▮ Ivoneide Ribeiro **Costa**
FAC. REDENTOR

▮ Nilzimar Ferreira da **Silva**
UFPB

RESUMO

O presente estudo em Gerontologia traz uma pesquisa cujo objetivo geral é buscar através de utilização de banco de dados da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o número de óbitos ocorridos dentro do ambiente hospitalar ocasionados por violência no ano de 2016, e destacar que a violência contra o idoso não é um dado novo e tem grande ascensão no meio social. Destaca-se a importância e a necessidade de pesquisas com foco nesta temática e na prevenção destes agravos uma vez que a violência aumenta consideravelmente a mortalidade e reduz a qualidade de vida além de produzir agravos às suas vítimas e diminuição da longevidade. Concluiu-se que os Estados da região Nordeste do Brasil Bahia e Pernambuco detém os índices mais altos de mortes por violência evidenciados pelas desigualdades sociais e pela falta de políticas públicas materializáveis para os idosos em situação de risco.

Palavras-chave: Idoso, Violência, Hospital.

INTRODUÇÃO

A população idosa passa por um crescimento abrupto em todo o mundo. Os idosos apresentam uma maior sobrevivência, estão ganhando visibilidade e tornando-se mais ativos e independentes, fato que se deve, sobretudo, aos avanços do setor saúde (CASTRO, 2017). No entanto, a carga de limitações físicas e cognitivas decorrentes da senilidade e senescência, bem como os conflitos intergeracionais que esses indivíduos possam vivenciar aumentam sua vulnerabilidade às enfermidades sociais, dentre as quais, destaca-se a violência (RISSARDO, 2017).

O conceito de violência contra o idoso pode ser definido como qualquer ação, única ou repetida, ou ainda a omissão de providência apropriada, ocorrida dentro de uma relação em que haja expectativa de confiança, que acarrete prejuízo ou aflição a uma pessoa idosa como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002).

Costuma-se distinguir a violência contra o idoso em cinco categorias: Violência **física** consiste no uso da força física com a intenção de se causar dor ou lesão, violência **psicológica** inclui ações verbais ou não verbais que geram angústia ou dor de ordem emocional; **abuso sexual** envolve qualquer tipo de atividade sexual não consensual; **abuso financeiro** refere-se à exploração ou apropriação indevida de bens de uma pessoa idosa para ganhos pessoais ou monetários; **negligência e abandono** são formas mais comuns de abuso, relacionam-se à falha, intencional ou não, por parte do cuidador designado, quanto à responsabilidade assumida pelo atendimento às necessidades de saúde física e mental de um idoso (BOND, 2013; LACHS, 2015; POWERS, 2017).

No que concerne às formas de imposição da violência contra o idoso é necessário esclarecer que muitas vezes existem variadas formas de violência acometendo o mesmo indivíduo dentro da sociedade. Então não raro observamos a força física nos maus tratos aliada ao constrangimento e a extorsão por parte dos impetradores da violência. Há ainda que se pontuar que embora sejam de caráter muito subliminar e subjetivo esta violência tende a se estabelecer e dominar as relações onde antes havia justiça, amor e respeito.

Ainda segundo a OMS (2002) a violência contra o idoso é vista como *“um ato de acometimento ou omissão, que pode ser tanto intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará em sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e uma redução na qualidade de vida do idoso”*.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF/88), no *caput* de seu artigo 230, erigiu o direito ao idoso ao *status* de direito fundamental, que deve ser protegido pelo Estado, pela sociedade e pela família (BRASIL, 2019).

Já os direitos fundamentais surgem com a constitucionalização dos direitos humanos aplicáveis e vinculáveis de modo imediato às entidades públicas e privadas (CANOTILHO, 2002). Os direitos humanos se caracterizam por serem reconhecidos em documentos internacionais e considerados válidos para todos os povos (GUERRA FILHO, 1997; MIRANDA, 2000; SILVA, 2011).

O prescrito na Constituição Federal (CF) /88, bem como as regulamentações infraconstitucionais que se seguiram, reconheceu o direito do idoso como um direito fundamental inerente a todo ser humano que se encontre em território brasileiro. Esta regulamentação sofreu influência dos seguintes documentos internacionais: 1º Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, de 1982; e o 2º Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento, de 2002.

As bases teóricas e políticas destes documentos internacionais sobre os direitos humanos dos idosos foram recepcionados pela CF/88 e no âmbito infraconstitucional especialmente com o texto da Lei Federal n. 10.741/2003, que fomentou a criação do Estatuto do Idoso (Ministério da Saúde, 2003).

Em seu Artigo (Art.) 3º o Estatuto do Idoso dispõe:

(Art. 3) A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 2019).

Os Direitos dos idosos deveriam ser considerados como um dos maiores avanços obtidos pela sociedade, uma vez que na compreensão de Azevedo (2011), a política pública serve para dar visibilidade e materialidade ao Estado, apresentando-o como o Estado em ação. Entretanto, o estabelecimento de penalidades para os casos específicos de violência e maus-tratos não garante a real implementação da lei haja vista que hoje o Brasil possui legislação minimamente estruturante para o combate da violência contra os idosos, porém é necessário por em prática esses recursos para que haja a mudança de visão da sociedade em relação ao ser humano e ao idoso (REIS, 1995).

O fenômeno da violência contra o idoso foi descrito pela primeira vez em 1975, em publicações britânicas, e em 1997 no Brasil (MINAYO, 2005). Entretanto, a violência acompanha a história da humanidade desde seus primórdios, ainda que só recentemente tenha alcançado a popularidade no país e no mundo (SANCHES; LEBRÃO; DUARTE; 2008; ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009).

Minayo adotou a idade de sessenta anos como o ponto de corte para considerar-se a pessoa idosa, pois é a idade mundialmente adotada, especialmente nos estudos epidemiológicos. Essa é a idade considerada pela legislação brasileira, a partir da edição da Lei nº 10.741, de 2003 (Estatuto do Idoso).

A epidemiologia da violência ao idoso no mundo evidencia que a incidência e a prevalência reais de maus-tratos são desconhecidas, uma vez que estes dados são muito subnotificados (BOND, 2017; CASTLE, 2019; YOUNG, 2019; BURNETT, 2019) e que existe subjetividade demarcando as ações e as formas de como a violência é imposta.

Estudo inédito apoiado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publicado pela Revista *The Lancet*¹ *Global Health*, que trata da prevalência de abuso de idosos em contextos comunitários: uma revisão sistemática e metanálise, datado de fevereiro de 2017, revelam que um em cada seis idosos sofre algum tipo de agressão no mundo (OPAS, 2017).

Esta revista médica inglesa, *The Lancet*, em seu estudo, relaciona ainda que a partir de dados de 52 estudos realizados em 28 países de diferentes regiões, incluindo 12 nações de baixo e médio nível de desenvolvimento, os pesquisadores concluíram que 16% dos idosos já foram submetidos a abuso psicológico (11,6%), financeiro (6,8%), físico (4,2%), sexual (0,9%) e a negligência (4,2%).

Relata ainda que na região das Américas o percentual de agressões a idosos é de 11,7%, variando de 10%, nos Estados Unidos da América do Norte, a 79,7% no Peru. Na Ásia/Pacífico, chega a 20,2%, com variações de 14% (Índia) a 36,2% (Irlanda) a 9,6% (Croácia).

Estes números são preocupantes, considerando que para cada caso contabilizado existam cinco não citados (BOND, 2013; LACHS, 2015). Apesar de configurar-se como um grave problema de saúde pública, a violência contra o idoso ainda é um problema camuflado na sociedade (CARREIRA 2017).

Na América Latina, os países com maiores índices de violência são: Colômbia, Brasil e Panamá, respectivamente, sendo registrados cerca de 102 mil casos por ano, dos quais aproximadamente 37% são idosos. Na Argentina e no Chile tal problema também é crescente e está diretamente relacionado às desigualdades sociais e desestabilidade das políticas públicas e econômicas desses países (CASTRO; RISSARDO; CARREIRA; 2018).

A Organização Mundial de Saúde alerta que o abuso contra os idosos está crescendo e para esses 141 milhões de pessoas com mais de 60 anos os custos individuais e sociais são muito altos (OMS, 2017).

É comum que idosos submetidos a constantes situações de violência no lar apresentem diminuição gradual de suas defesas físicas e psíquicas, resultando em aumento de problemas de saúde como doenças psicossomáticas, transtornos depressivos e fuga da realidade. Algumas vítimas reagem à situação abusiva com condutas autodestrutivas (autonegligência),

¹ Lancet – é uma revista científica sobre medicina e com revisão por pares que é publicada semanalmente. É uma das mais antigas e conhecidas revistas médicas do mundo e descrita como uma das mais prestigiadas. É publicada pela Elsevier no Reino Unido pelo Lancet Publishing Group. Criada em 1823.

normalmente associadas a quadros depressivos e a transtornos pós-traumáticos, que podem culminar em tentativas de suicídio (GODIM; COSTA; 2006).

Os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária.

Acerca das taxas de mortalidade por causas externas, os dados de 2016, consolidado mais recente disponibilizado pelo Ministério da Saúde, indicam as quedas (46,5% feminino e 27,9% masculino), acidentes de transporte (12,5% feminino e 25,1% masculino), agressões (2,9% feminina e 11,8% masculino), lesões autoprovocadas (3% feminino e 8,6 % masculino), e eventos com intenção indeterminada (12,7% feminino e 9,7% masculino). “Uma pessoa idosa que cai e tem um traumatismo craniano tem probabilidade alta de morrer no primeiro ano após a queda. A queda pode ter relação com fragilidade, equilíbrio, osteoporose, sarcopenia ou com negligências sociais em relação à pessoa idosa, seja dentro de casa, nas travessias, nas calçadas e nos transportes públicos” (FIOCRUZ, 2016).

Uma situação de elevado risco para a ocorrência de maus tratos é aquela em que o agressor é dependente econômico do idoso. Aliam-se a esses outros fatores de risco: quando o cuidador consome abusivamente álcool ou drogas, apresenta problemas de saúde mental ou se encontra em estado de elevado estresse na vida cotidiana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Por questões como as colocadas acima e muitas outras mais relativas à violência é que este trabalho busca, através da utilização de bando de dados da plataforma do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o número de óbitos de idosos ocorridos dentro do ambiente hospitalar no recorte de tempo do ano de 2016.

Investiga ainda analisar quantitativamente os óbitos de idosos, entre 60 a 80 anos e + ocorridos nos anos de 2016 na região Nordeste do Brasil provocados por violência, no banco de dados da plataforma Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo baseado em dados secundários disponibilizados eletronicamente pelo Ministério da Saúde na plataforma do DATASUS. A coleta de dados ocorreu em 10 de dezembro do ano de 2019.

As palavras-chave para acesso da pesquisa foram: idoso, violência e hospital disponibilizados nos Descritores de Ciências da Saúde (DeCS).

A população do estudo foi idosos de ambos os sexos, internados em decorrência de violência no recorte de tempo mencionado anteriormente, considerando-se o Nordeste do Brasil como unidade de análise. Os sujeitos foram selecionados de acordo com os seguintes

critérios: ter entre 60 e 80 anos e + de idade, dos estados civis casados e solteiros. No quesito escolaridade entraram todas as categorias. Apenas raça branca e negra como opção para a cor da pele. Ambos os gêneros (masculino e feminino) e terem sido admitidos para internamento em Unidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) por alguma forma de violência que resultou em óbito.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças² (CID- 10) agressão corporal e negligência e abandono correspondem aos códigos X85 e Y09, os quais, por sua vez, compõem o capítulo XX que trata das “Causas externas de morbidade e mortalidade.”

O fluxograma (Fig.01) mostra esquematicamente as várias etapas da coleta de dados da plataforma DATASUS. Foi acessado o endereço eletrônico (<http://datasus.gov.br>) em seguida os seguintes links sequencialmente: “Informações de Saúde/Tabnet”, “Estatísticas Vitais – mortalidade e nascidos vivos”, “Mortalidade de 2017 pelo CID² 10 (Classificação Internacional de Doenças 10)”; posteriormente localiza-se “Mortalidade geral”. Segue-se uma série de etapas do processo de obtenção dos dados utilizados nesta pesquisa.

Devido ao impacto sobre a saúde, os fenômenos – causas externas, acidentes e violências - são tratados sob esse enfoque na Política Nacional de Redução da Morbi mortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (2019).

A epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema de saúde mede a magnitude das violências no cotidiano da vida, das instituições e do próprio Estado. Para isso, usa o conceito de *causas externas* que é preciso diferenciar de *violência*. *Causas externas* constituem uma categoria estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, traumas e lesões (Minayo, 2003). “Violência” é um conceito referente aos processos, às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando empregam diferentes formas, métodos e meios de aniquilamento de outrem ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais (TEIXEIRA; MENEGHEL; 2015).

As buscas aos dados foram realizadas por Categoria CID 10 (código X85 e Y09), capítulo XX que trata das causas externas de morbidade e mortalidade como descritos anteriormente.

O recorte de tempo da pesquisa (anos utilizados para a extração de dados) é evidenciado na base de dados DATASUS e são agrupados pelo Cadastro Nacional (CN).

O Cadastro Nacional é uma série de aplicações voltadas para o cadastramento de informações utilizadas por todos os programas criados para operacionalizar o atendimento de saúde realizado pelo SUS.

2 Cid 10 - A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde determina a classificação e codificação das doenças e uma ampla variedade de sinais, sintomas, achados anormais, denúncias, circunstâncias sociais e causas externas de danos e/ou doença.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES é a base cadastral para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde (SIS) hospitalar e ambulatorial, imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente.

Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente e suas potencialidades, visando auxiliar no planejamento em saúde, em todos os níveis de governo.

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional que os realizou e também a unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

O Repositório de Tabelas Corporativas reúne todas as tabelas utilizadas por sistemas do Ministério da Saúde e que são do interesse de instituições de saúde do país. Exemplos destas tabelas é a Codificação Internacional de Doenças (CID), a tabela de municípios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a tabela de Procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SIH) (2019).

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

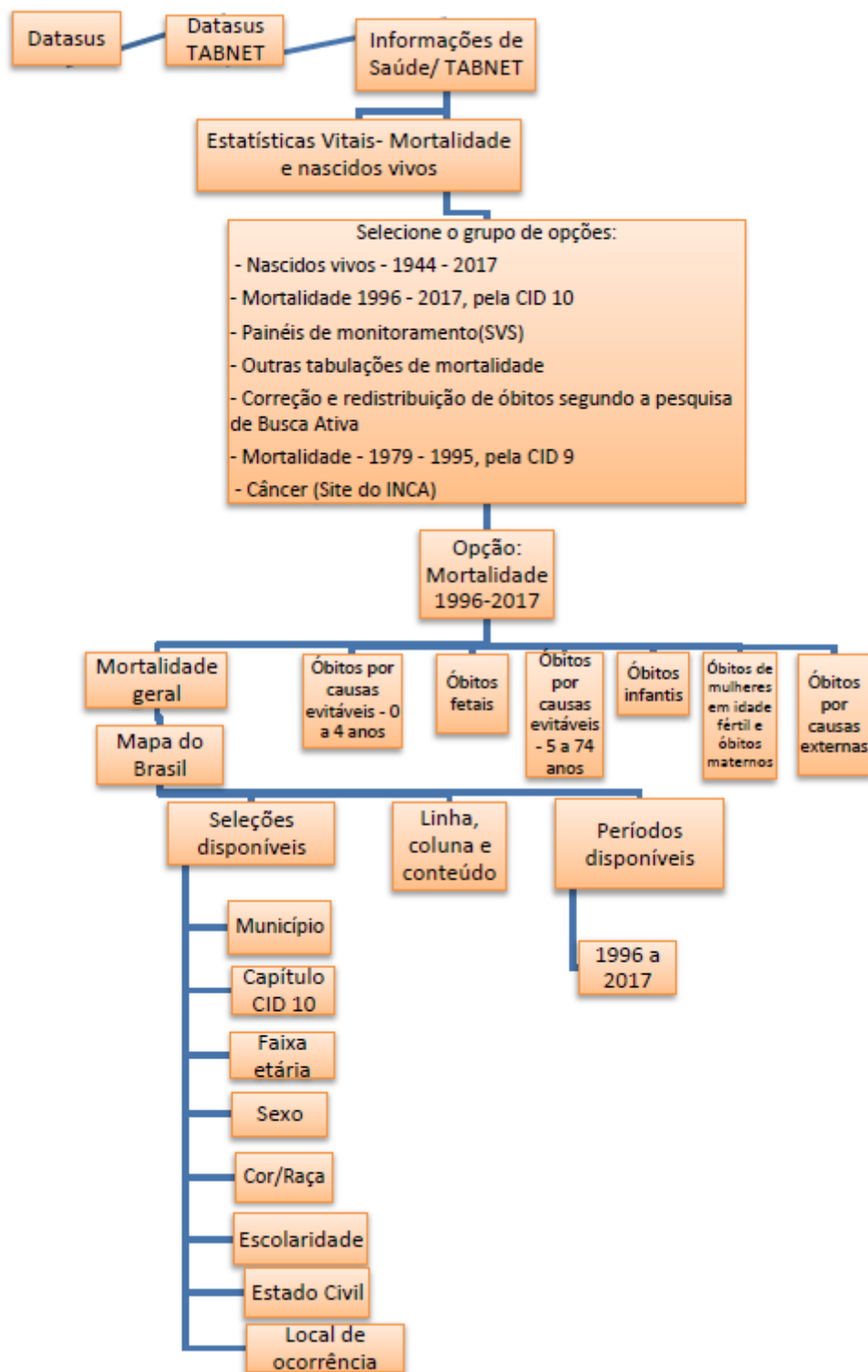
A mensuração do estado de saúde da população é uma tradição em saúde pública. Teve seu início com o registro sistemático de dados de mortalidade e de sobrevivência (**Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos**). Com os avanços no controle das doenças infecciosas (informações **Epidemiológicas e Morbidade**) e com a melhor compreensão do conceito de saúde e de seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária passou a incorporar outras dimensões do estado de saúde.

Dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de **Indicadores de Saúde**, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde.

Nesta seção também são encontradas informações sobre **Assistência à Saúde** da população, os cadastros (**Rede Assistencial**) das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações **Demográficas e Socioeconômicas**.

Além disso, em **Saúde Suplementar**, são apresentados links para as páginas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (DATASUS, 2019).

Fluxograma de Detalhamento de Pesquisa na base DATASUS (Fig. 01)



Fonte: DATASUS (2020)

Uma das plataformas de fomento de dados estatísticos para o DATASUS será o Censo Demográfico de 2020.

Os censos demográficos são planejados para serem executados nos anos de final zero, ou seja, a cada dez anos. Desta forma o último censo realizado no Brasil foi no ano de 2010. Em 2020 teremos novamente o censo demográfico.

O objetivo mais importante de qualquer trabalho estatístico é a obtenção de dados corretamente coletados, precisos, verdadeiros e que venham a ter utilidade para toda a sociedade. Isso se torna ainda mais relevante quando se trata de um Censo Demográfico, ou seja, quando o beneficiado pelos resultados da ação é uma população de cerca de 212 milhões de habitantes.

A apresentação dos resultados finais e análises será a partir do segundo semestre de 2021 até o início de 2023. Todos os resultados serão apresentados no portal do IBGE na Internet e em meio impresso (IBGE, 2019). É por esta razão que algumas pesquisas em bases de dados não contemplam os anos mais recentes do calendário.

RESULTADOS

O Nordeste é formado por 09 estados: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, e Sergipe. Figura 02.

Resultante de Óbitos por Estado da Região Nordeste no ano de 2016 (Fig. 02)

Estado	Óbitos
Alagoas	5
Bahia	68
Ceará	32
Maranhão	24
Paraíba	6
Pernambuco	65
Piauí	9
RG Norte	17
Sergipe	12
TOTAL	238

Fonte: Datasus

Os dados da pesquisa acerca das taxas de mortalidade por causas externas evidenciam que a violência foi crescente nos estados Nordestinos da Bahia e Pernambuco principalmente. As mulheres ainda apresentam taxas mais favoráveis de envelhecimento do que os homens. Provavelmente por procurarem as prevenções às doenças e cuidarem mais da saúde. As mulheres são mais vulneráveis em casa e os homens são mais agredidos na rua segundo dados do Ministério da Saúde de 2016. Entretanto vale salientar que a violência estrutural presente no Nordeste do Brasil está relacionada direta e intimamente a miséria, à fome e aos altos índices de desemprego. Os órgãos de combate a pobreza extrema e de denúncias contra os maus tratos embora exibam a estatística de denúncias e de exposição das situações de maus tratos tem resposta minimamente aceitável para a crise que vivenciamos nos dias atuais.

Por outro lado, a legislação que regula os direitos e deveres do Estado relacionadas ao idoso aparece como instituições perfeitas, potentes e ordenadas propondo um modelo que funcionam apenas nos papéis e nas estatísticas. Podemos entender que a própria Política Nacional do Idoso (PNI), tem um caráter mais simbólico que resolutivo. Essa legislação-álibi, entre nós e especificamente entre as políticas públicas referentes ao envelhecimento, prospera e estende seu caráter simbólico a outras normas, tais como o Estatuto do Idoso, que surgiu como uma forma de dar resposta à ineficiência da Política Nacional do Idoso. Este ciclo legislativo perverso anima e ilude a população idosa, enquanto tudo permanece no campo das promessas apenasmente. Os juristas Noll e Kindermann (1989, p.267) atestam que estas leis simbólicas não só deixam os problemas insolúveis como também obstrui e retarda o caminho para que eles sejam resolvidos.

DISCUSSÃO

Considerando-se o período de tempo investigado que foi o ano de 2016, verificou-se número total de 238 óbitos por violências de variadas naturezas registrados entre idosos de 60 a 80 anos e + ocorridos na região Nordeste dentro de hospitais públicos da rede SUS (Sistema Único de Saúde).

Os estados Nordestinos cuja violência foram mais registradas foram a Bahia com 68 óbitos no triênio citado anteriormente provavelmente por ser maior em extensão demográfica e ter uma população mais extensa também seguido de Pernambuco que registrou 65 óbitos e o Ceará que contou com 32 óbitos por violência dentro do ambiente hospitalar.

Relacionando a violência ao idoso no estado de Pernambuco a violência comum formalizada por agressão ou maus tratos só no primeiro semestre de 2019 já foram registradas 1.301 ocorrências de violência contra o idoso pelo Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa (Ciappi)³. No ano passado todo houve 1.151 casos segundo o órgão vinculado à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos. Estes dados superam todo o ano de 2018.

Por mais que haja divulgação sobre os números da violência contra idosos continua em primeiro lugar a negligência que configura violência intrafamiliar ou doméstica com 457 casos. Em segundo lugar está a violência financeira com 308 ocorrências, e, em terceiro lugar a violência psicológica com 270 casos (G1; 2019).

O Estatuto do Idoso Art. 4º pontua que “nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei”, entretanto o cumprimento destas

3 Ciappi - O CIAPPI, Centro Integrado de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa de Pernambuco, ligado a Secretaria Executiva de Direitos Humanos, tem participado das Conferências Municipais da Pessoa Idosa.

aplicações penais são diminutas por se tratarem de aplicações penais nos próprios filhos, netos, parentes bem próximos e consanguíneos.

Em alusão a consanguinidade são relevantes as pesquisas de Minayo:

(...) acidentes e violências são a sexta causa de morte de idosos com 60 anos de idade ou mais no Brasil. A maioria das internações por causas externas são devidas a lesões e traumas provocados por quedas e atropelamentos. As violências contra idosos, porém, são muito mais abrangentes e disseminadas no país, evidenciando-se em abusos físicos, psicológicos, sexuais e financeiros e em negligências que não chegam aos serviços de saúde: ficam “naturalizados”, sobretudo, no cotidiano das relações familiares e nas formas de negligência social e das políticas públicas (2006).

Alguns estudos sugerem um padrão de identificação do agressor familiar. Por ordem de frequência estão, primeiramente, os filhos, seguidos das filhas, noras, genros e esposos (Minayo, 2003). Dependente de outra pessoa significa estar em poder dela. A condição de dependência cria uma relação íntima de reciprocidade com a agressão (MENEZES, 1999).

A instalação de quadros de maior dependência ou a perda do cônjuge pode levar muitos idosos a terem de residir com outros parentes. Devido às transformações na estrutura familiar vivenciadas hoje pela sociedade, muitas vezes o espaço físico das residências não comporta mais esse idoso que acaba restrito a um quarto da residência. Há situações em que o idoso é dependente fisicamente de cuidados e não há quem possa ajudá-lo, já que, atualmente, muitos não têm filhos ou esses estudam ou trabalham e suas esposas, filhas e noras, antes cuidadoras, agora também são atuantes no mercado profissional e, portanto, indisponíveis para auxiliá-los (VERAS e col., 1987; ALVARES, 2005).

Independente dos locais de realização dos estudos sobre a violência contra o idoso, quase sempre há indícios do envolvimento familiar na situação. Considerando que a população que está envelhecendo terá parcela dependente por doenças crônicas e degenerativas e suas sequelas incapacitantes, ela demandará mais cuidados e, possivelmente, um cuidador domiciliar, atual tendência (KARSCH, 2003; CALDAS, 2003). Portanto, os vínculos familiares devem ser repensados, com o intuito de prevenir a ocorrência de situações de violência contra esses idosos.

Com isso, a linha divisória entre a dificuldade de cuidar do idoso e a violência torna-se frágil e tênue, principalmente se forem considerados o abuso psicológico e a negligência, mostrando a necessidade de delimitação clara de tais condições, opinião reforçada por Herrera (2004).

O abuso financeiro que, antigamente, era restrito às famílias de muitas posses, hoje atinge, cada vez mais, camadas menos privilegiadas da população e traz consequências desastrosas para os idosos. É comum o surgimento de pessoas que, dizendo ter a intenção de auxiliar o idoso nas questões previdenciárias, lhes tomam o pouco dinheiro de que

dispõem. Outros e, em muitos casos, os próprios familiares, forçam-nos ou os induzem a realizar empréstimos consignados com descontos em folha de recebimento de aposentadoria que, às vezes, não condizem com a renda do contratado (MEDEIROS, 2005).

Nessas situações, além da violência financeira, deve-se pensar na questão psicológica, já que o idoso, diante de tal fato, muitas vezes abate-se com a impotência da situação, criando uma avalanche de perdas: financeiras, psíquicas e até físicas, muitas vezes irreversíveis.

Conforme relato de Minayo (2004), o Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde do Brasil (SIH/SUS) aponta, em 2000, 92.796 internações de idosos por violências e acidentes, sendo 52,1% correspondentes a quedas, com taxa de letalidade de 25%. Cabe ressaltar que a reincidência de quedas no idoso pode ser indicativa da presença de maus tratos, uma vez que as quedas do primeiro plano ou de quaisquer outras naturezas predispõe a traumas como as fraturas, lesões, e acometimentos diversos que podem inclusive conduzir à morte.

A negligência, conceituada como recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em prover os cuidados de que necessita, é forma de violência tanto doméstica quanto institucional, donde podem originar lesões corporais (ulceras por pressão, ferimentos pela acomodação prolongada) e traumas físicos, emocionais e sociais que não raro também podem levar ao óbito.

Verificou-se que os Estados menos violentos tendem a ser aqueles menos desenvolvidos ou com menor população total, o que pode ter correlação com menor quantidade de população idosa (ROCHA, C; 2009), ou com mecanismos de vida mais simples e facilitados.

Os autores Santos, Menezes et alii (1999), indicam como causa de violência a desestruturação ou reestruturação da família, ambiente propício para a violência doméstica, as separações, divórcios, novas uniões, convivência intergeracional conflituosa, instabilidade financeira, movimentos migratórios nacionais e internacionais em busca de oportunidades de trabalho e participação crescente das mulheres no mercado de trabalho. A família que se propõe a cuidar de um idoso de alta dependência estaria sujeita às pressões financeiras, sobrecarga física e limitação da sociabilidade dos cuidadores, diante da vulnerabilidade, fragilidade oriunda do estilo de vida e do estado de saúde do idoso.

Os perpetradores das violências teriam como paradigma o homem adulto, branco e de classe alta, que historicamente tem predominância sobre as mulheres, crianças, velhos, pobres e negros (ROCHA, C; 2009).

A questão de gênero não é abordada pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 2003), esta omissão foi apontada pela Convenção de Belém do Pará, de 1995. A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 2006) a inclui apenas transversalmente. Os autores invocam estratégias para a proteção dos idosos, como O Programa de Saúde da Família (PSF), os Conselhos do Idoso e o Ministério Público, que sem dúvida nenhuma podem realmente dar materialidade às leis e decretos já estabelecidos.

Muitas medidas institucionais já foram tomadas para a materialização de ações que impeçam as altas estatísticas de violência contra o idoso, porém faz-se necessário superar “os três principais preconceitos sobre a velhice:” reduzir a velhice ao processo orgânico ou doença; considerá-la como a decadência do ser humano; e interpretá-la como problema. Os três mitos negativos estão imbricados e potencializam ainda mais a violência (BRASIL, 2014).

Minayo, ainda pontua: “a população idosa pobre e dependente tem contra si três terríveis formas de violência: a violência estrutural que trata as pessoas segundo os bens e a riqueza material que possuem e naturaliza a pobreza como se ela fosse uma culpa pessoal; a violência da discriminação que considera as pessoas idosas pobres como a um ser descartado; e a violência da negligência, pois geralmente é para esse grupo que os serviços de saúde, de assistência e de apoio mais falham” (BRASIL, 2014). Igualmente, e lamentavelmente, é deste grupo que mais se auferem pesados tributos atribuídos a contribuições sociais para as aposentadorias, e para a aquisição de itens de segurança, e saúde.

Outra questão bastante atual é a que diz respeito à violência econômica e financeira. Essa violência é uma das mais abusivamente praticadas contra os idosos, lembrando-se que são as vítimas preferidas das famosas “sadinhas” de bancos, situação em que os delinquentes se aproveitam da fragilidade e da falta de atenção dos idosos e de seus eventuais acompanhantes, para surrupiar-lhes o mínguaíssimo provento da aposentadoria, também reduzida.

Eis como se traduz esta realidade: Diferentes formas de violências econômica e financeira, combinadas com discriminações e maus tratos são praticadas por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. E os campeões das queixas são os planos de saúde que aplicam aumentos abusivos e frequentemente se recusam a bancar determinados serviços essenciais à saúde das pessoas idosas.

Atualmente os planos de saúde descobriram uma fórmula de prejudicá-las. Como a Agência de Saúde Suplementar (Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) proibiu aumentos abusivos para os clientes após os 60 anos ou mais, quando alguém complete 59 anos recebe de presente um aumento que chega, por vezes, a mais de 100%, antecipando assim o que os Planos consideram gastos excessivos da pessoa idosa (MALAGUTTI, 2000).

Por fim, verifica-se que os planos, programas e iniciativas de longo prazo parecem ignorar as projeções que indicam para os horizontes próximos um cenário de país envelhecido. Tanto o Plano Brasil 22, elaborado pela Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE) da Presidência da República, com o objetivo de atingimento de várias metas ambiciosas; como os 17 objetivos para transformar nosso mundo, patrocinado pela Organização das Nações Unidas (ONU), conhecidos como Agenda 2030; assim como a Visão Brasil 2050, proposta pelo Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável (CEBDS), não tratam com profundidade desejada, da temática do idoso, se não como protagonista, seguramente como sujeito prioritário de direitos – ainda que como objeto de proteção – dos tempos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos mais vulneráveis são os idosos mais longevos obviamente por ter uma quota maior de necessidades para prover o autocuidado, a segurança, a locomoção, e a alimentação, os dependentes físicos ou mentais, sobretudo quando apresentam déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência, ostomias, sondas, lesões de pele, úlceras por pressão e dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos para terem satisfeitas suas atividades da vida diária .

Os autores WIEVIORKA e VELHO indicam uma vertente de análise que associa a violência, como fruto de um processo de negação profunda da alteridade, a uma grave crise de sociabilidade. A fragilidade das Instituições sociais, o empobrecimento das leis atuantes, a exclusão, a acentuada desigualdade social, a pobreza, a discriminação e o desprezo social e cultural, aliados a um processo seletivo regulado basicamente pela lógica de Mercado global, mesclados a um sentimento de injustiça e impunidade: eis o cenário presente da violência em uma modernidade agonizante (DESLANDES, 2001).

Como integrantes da área de saúde, a enfermagem e as multi profissionalidades têm responsabilidade direta no cumprimento dos itens que se relacionam ao direito dos pacientes idosos. Também faz parte do escopo da profissão e da equipe de enfermagem assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio dos internamentos no Sistema Único de Saúde, garantindo acesso igualitário e universal. Ainda colaborar na prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam a vida longa como as quedas, acidentes, omissão, negligência e imperícia que eventualmente possam surgir no internamento. Ainda a reabilitação da capacidade funcional e prevenção de morbimortalidade por causas violentas.

Para desempenhar devidamente suas atribuições, o enfermeiro precisa se capacitar. Entre suas atividades de capacitação ele deve incluir o cuidado ao idoso. Deve também incentivar o treinamento da equipe para atenção ao idoso e principalmente para avaliar e denunciar abusos e maus-tratos contra as pessoas que maltratam os idosos.

Finalmente pontuaremos que a situação das famílias disfuncionais com históricos de alcoolismo, drogadições, e demandas crescentes de desemprego, pobreza extrema e outras necessidades sociais e leis esvaziadas de funcionalidade e materialização adequadas às necessidades da população idosa faz-nos crer que ainda estamos longe de resolver este grave problema social com ensejo de urgentes políticas públicas resolutivas e materializáveis em todas as camadas sociais onde por ventura possa existir idosos.

REFERÊNCIAS

1. ALVARES, A. M. *Situação dos idosos fragilizados no domicílio*. Grupo de Ajuda mútua a familiares de idosos portadores da doença de Alzheimer. Disponível em: <<http://www.idosos.html>> Acesso em: 12 jan. 2005.
2. AZEVEDO, Janete Maria Lins. *A Educação como Política Pública*. 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2008. 79 p.
3. BAUMAN, Z. *Amor Líquido. Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2004. 191 pag.
4. BOND, MC, Butler KH. Elder abuse and neglect: definitions, epidemiology, and approaches to emergency department screening. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2013[cited 2017Mar20];29:257-73. Available From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23177610> [Links]
5. BRASIL, Lei nº 10.741, de 1º de out. 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 03 out 2003.
6. _____, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
7. _____, 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria nº 1.395, de 09 de dezembro de 1999. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, nº 327-E, PP. 20-24, 13 dez. Seção 1.
8. _____. Ministério da Saúde, 2000. Disponível em; [www.scielo.br > scielo](http://www.scielo.br/scielo), acessado em junho 2019.
9. _____. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. *Plano Brasil 22*. Brasília: SAE, 2010. Disponível em:< <http://www.sae.gov.br/documentos/publicacoes/plnao-brasil-2022/>>. Acesso em 12/julho/2019.
10. _____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Manual de Enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário supercar*. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo, Brasília: SDH, 2014.
11. CANOTILHO, J. J. G.; *Direito Constitucional e Teoria da Constituição*. 5ª Ed. Coimbra: Editora Livraria Almedina. 2002.
12. CASTRO, VC. RISSARDO, LK., CARREIRA, L. Violência contra Idosos brasileiros: uma análise das internações hospitalares. *Rev. Bras. Enferm* [internet]. 2018; 71 (uppe 2):777-85. [ihematic issue: Health oh the Elderly]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>
13. CEBDS. Conselho Empresarial Brasileiro para o Desenvolvimento Sustentável. *Visão Brasil 2050*. Rio de Janeiro: CEBDS, jun 2012. Documento Disponível em:<http://cebds.org/wp-content/uploads/2014/02/Vis%20A3o-Brasil-2050-2012_pt.pdf>. Acesso em 22 jul. 2019.
14. DESLANDES, S. F. *A violência como realidade e desafio aos Serviços de Saúde*. Ed. Fio Cruz, 2001. Disponível em: <http://books.scielo.org/id1>.
15. ELIAS, N. *A Solidão dos Moribundos seguido de “Envelhecer e morrer”*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. pag. 112
16. FIOCRUZ, 2016. *Seminário de Enfrentamento à violência contra a pessoa idosa: das ações às omissões*. Disponível em <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br>. A cessado em 21/12/2019.

17. GONDIM, R. M. F.; COSTA, L. M. Violência contra o idoso. In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, C. M. S. B. (orgs.). *Maturidade e velhice: Pesquisa e intervenções psicológicas*. Vol. 1, p. 169-191. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
18. HERRERA, A. M. M. *Consideraciones sobre maltrato y violencia en la vejez: a la luz de calidad de vida*. Disponível em: <http://www.gerontologia.org>> Acesso. de APRA Sanches - 2008.
19. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1996. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD): Síntese de Indicadores. Rio de Janeiro; IBGE.
20. LACHS MS, PILLEMER KA. Elder abuse. *N Engl J Med* [Internet]. 2015[cited 2017 Mar 20];373:1947-56. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1404688>
21. *LANCET* (2014),: <http://goo.gl/3bJ0qJ> nas referências.
22. MALAGUTTI, Antônio Osller. Delegacia do Idoso no âmbito da segurança pública. Estudo, 2000. Disponível em: http://www.2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/areas-da-conle/tema21/2000_910800. Acesso em 21 de jul 2019.
23. MEDEIROS, J. Flagrante: golpistas enganam idosos. *Jornal O Estado de São Paulo*, São Paulo, 23 jun. 2005. Caderno Metrópole, p. C1-C3. [[Links](#)]
24. MICHELETTI, A. L. N. S.; GARCIA .; MELICCHIO, F. A.; VAGOSTELLO, L.; Produção científica sobreviolência contra o idoso nas bases Scielo e Lilacs. *Psicol. Inf.* Vol 15 nº 15 São Paulo dez 2011.
25. MENEZES, M. R. *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*. 1999. Tese - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999. [[Links](#)]
26. MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra Idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2003, vol.19, nº3 [cited 2016-03-07], pp. 783-791. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311-2003000300010X&lng=en&nrm-iso. Acesso em 23 jul. 2019.
27. _____. Múltiplas faces da violência contra a pessoa Idosa. *Mais 60: estudos sobre envelhecimento/ Edição do Serviço Social do Comércio*. – São Paulo: Sesc São Paulo, v.25. nº 60, jul. 2014, p. 10-27 – Quadrimestral. Disponível em: http://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/c3lb6bcb-842a3c-cf78lab0d450.pdf. Acesso em: jul. 2019.
28. _____, & COIMBRA Jr., C. E., 2002. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. [[Links](#)]
29. _____, (2007). A inclusão da violência na agenda da saúde: Trajetória histórica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup.), 1259-1267.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e violência. *Informes Técnicos e Institucionais*. Ver. Saúde Pública vol. 34 n.4 São Paulo. Agosto 2000.
31. MIRANDA, P. de *Tratado de Direito Privado*. Tomo VII. Rio de Janeiro: Editor Borsoi, 1955.
32. O.M.S (World Health Organisation),1995.world astroenterology organization – *Global Guideline*, 2011.

33. _____, 1995. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10a Revisão*. v. 1. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.
34. O.N.U. Organização das Nações Unidas. Agenda 2030: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. Brasília: ONU Brasil, out. 2015. Disponível em <<http://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em 23 jul. 2019.
35. OPAS – Organização Panamericana de Saúde. Novo estudo revela que um em cada seis indivíduos sofre alguma forma de abuso. 2017.
36. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*. Canadá, 2002. 04p. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_es.pdf> Acesso em: 29 jan. 2008.
37. POWERS JS. Common presentations of elder abuse in health care settings. Clin Geriatr Med [Internet]. 2014[cited 2017 Mar 20];30:729-41. Available from: [http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(14\)00074-3/fulltext](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(14)00074-3/fulltext) [Links]
38. REIS, C. N. dos O sopro do Minuano: transformações societárias e políticas sociais- um debate acadêmico. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2007.
39. REIS, M.; NAHMIASH, D. Validation of the Caregiver Abuse Screen (CASE). Canadian Journal of Aging v. 14, p. 14;45 – 60, 1995.
40. SANCHES, A.P.R.A.; LEBRÃO, M., L; DUARTE, Y. A. . Violência contra idosos uma questão nova? Saúde e Sociedade, v. 17, n.3, p. 90-100. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/10.pdf>. acesso em 24 out 2019.
41. World Health Organization. Population ageing: public health challenge. Washington, DC: WHO; 1998. (WHO Fact Sheet N°. 135).
42. G1 Site de Notícias - Número de denúncias de violação de direitos de idosos no estado no 1º semestre de 2019 supera todo o ano de 2018 diz governo. 2019. Globo.com

“ Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco

| Isabelle Rayanne Alves Pimentel
daNóbrega
HULW/UFPB

| Márcia Carréra Campos **Leal**
UFPE

| Ana Paula de Oliveira **Marques**
UFPE

| Clébya Candeia de Oliveira **Marques**
HULW/UFPB

| Fabienne Louise Juvêncio Paes de
Andrade
HULW/UFPB

| Fellícia Ferreira da **Mota**
HULW/UFPB

| Ticianne Alves **Xavier**
HULW/UFPB

RESUMO

Dentre os agravos que mais acometem as pessoas idosas, os transtornos depressivos merecem atenção por acarretarem importantes consequências para as funções biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos. As pessoas que moram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) geralmente vivem um contexto de perdas e separação familiar que aumentam sua vulnerabilidade a quadros depressivos. O objetivo do estudo foi investigar a prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, desenvolvido em nove ILPI de Recife, do qual participaram 136 idosos que atenderam aos critérios de inclusão. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturado, abordando perfil sociodemográfico e condições de saúde dos entrevistados. A presença de sintomas depressivos foi investigada por meio da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens. Realizou-se estatística descritiva e Regressão de Poisson nas análises uni e multivariadas para testar a associação entre a variável resposta e as covariáveis. A prevalência de quadro depressivo foi de 53,7%. As variáveis que se associaram ao risco de depressão foram *sexo*, *estado civil*, *saúde autopercebida* e *funcionalidade*. A alta prevalência de sintomas depressivos na população institucionalizada alerta para a necessidade de maior engajamento dos gestores e profissionais da saúde não somente na prevenção, mas também na investigação e na valorização dos sinais indicativos de depressão a fim de que esta possa ser precocemente diagnosticada e tratada da maneira mais eficaz para o idoso.

Palavras-chave: Idoso, Depressão, Instituição de Longa Permanência Para Idosos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, considerado um dos maiores trunfos da humanidade, é também um dos principais desafios da atualidade por acarretar crescentes demandas sociais e econômicas a nível mundial (DIAS, 2013). Essa alteração demográfica, decorrente do declínio das taxas de fertilidade associado à crescente longevidade, vem afetando de maneira distinta as diferentes nações. Enquanto nos países desenvolvidos esse processo resultou em melhorias nas condições gerais de vida da população, nos países em desenvolvimento o incremento na proporção de idosos vem ocorrendo de forma mais acelerada, sem o acompanhamento de adequada reorganização social e da saúde (SAMPAIO et al., 2009).

No Brasil, estima-se que anualmente cerca de 650 mil idosos sejam adicionados à população e que grande parte destes apresente doenças crônicas e limitações funcionais que podem dificultar sua independência e sua autonomia, além de aumentar os gastos com a saúde no país (RIBEIRO et al., 2009;

VERAS, 2009). Esta atual configuração etária brasileira, associada à dinâmica da vida contemporânea, a qual é marcada pela redução do tamanho das famílias e pela falta de recursos, de tempo disponível e de espaço nos lares, tem aumentado a demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

No entanto, a institucionalização pode significar uma espécie de confinamento para a pessoa idosa, privando-lhe de suas atividades familiares e corriqueiras e obrigando-lhe, muitas vezes, a viver numa situação limitada e prejudicada e, conseqüentemente, comprometendo sua mobilidade social (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008). Ademais, a pobreza, a viuvez, a solidão e as mudanças nos papéis sociais frequentemente podem ocasionar diminuição da autoestima, do ritmo das atividades e do interesse pelo dia a dia, sendo esses importantes fatores de risco para o desencadeamento de sintomatologia depressiva no idoso (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

A depressão caracteriza-se como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional e envolve inúmeros aspectos de ordens biológica, psicológica e social, apresentando sintomas como humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades (CARREIRA et al., 2011). Apontada como a enfermidade mental de maior prevalência a nível mundial e o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e atividades da vida cotidiana, a depressão é responsável por cerca de 850 mil mortes a cada ano, com projeções afirmando que esta será a segunda causa global de incapacidade em 2020 (GIAVONI et al., 2008; MUÑOZ GONZÁLEZ et al., 2010).

Em razão das características e alterações fisiológicas peculiares ao processo de envelhecimento humano, é necessário que os sinais e sintomas de depressão sejam minuciosamente investigados nesta população, avaliando os contextos social e clínico nos quais o

idoso está inserido (GALHARDO; MARIOSIA; TAKATA, 2010). Considerando a relevância desta temática, a pre-sente pesquisa objetivou investigar a prevalência de sintomas depressivos e seus possíveis fatores associados em idosos institucionalizados no município de Recife, Pernambuco.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, desenvolvido nas nove Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) públicas e filantrópicas devidamente cadastradas e regulamentadas pela Prefeitura de Recife. Dos 392 idosos institucionalizados, 256 foram excluídos do estudo por apresentarem dificuldade de comunicação importante ou algum transtorno cognitivo que impossibilitasse a coleta de informações, resultando numa amostra de 136 idosos. Para tanto, foi realizada uma triagem a partir da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), segundo os critérios de Bertolucci et al. (1994), que estabelecem os seguintes pontos de corte de acordo com o nível de escolaridade do entrevistado: analfabetos = 13 pontos (Sensibilidade = 82,4%; Especificidade = 97,5%); ensino fundamental = 18 pontos (Sensibilidade = 75,6%; Especificidade = 96,6%) e Ensino médio = 26 pontos (Sensibilidade = 80%; Especificidade = 95,6%).

Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2013 por meio de entrevistas individuais, face a face, seguindo um roteiro de entrevistas semiestruturado, composto por questões fechadas e semiabertas envolvendo aspectos sociodemográficos (sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos, frequência à escola, escolaridade, situação previdenciária e renda pessoal), e condições de saúde dos participantes, tais como saúde autopercebida, prática de atividades física, funcionalidade, dentre outras. A *presença de sintomas depressivos* (variável dependente) foi verificada por meio da Escala de Depressão Geriátrica de 15 itens (EDG-15), que contém perguntas negativas/afirmativas, cujo resultado de 5 ou mais pontos indica a presença de quadro depressivo e o escore igual ou maior que 11 caracteriza quadro depressivo grave.

Dentre as variáveis independentes, a *funcionalidade* foi avaliada por meio do Índice de Katz, que consiste em seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas suas Atividades de Vida Diária (AVD), que são a alimentação, o controle de esfíncteres, a transferência, a higiene pessoal, a capacidade de se vestir e de tomar banho. Foram considerados independentes os indivíduos que apresentaram dependência para até duas funções, parcialmente dependentes os que apresentaram dependência para três ou quatro funções e dependentes aqueles que apresentaram dependência para cinco ou seis funções (KATZ et al., 1963).

As informações coletadas foram digitadas em dupla entrada em um banco de dados no *Microsoft Office Excel*® 2007 e a presença de inconsistências foi checada por meio do *EpilInfo*

® 3.5.3. O banco criado foi exportado para o programa *Stata*® 12.1 SE, no qual foram geradas as distribuições de frequências absoluta e relativa das variáveis qualitativas categóricas.

Para verificar a associação entre a variável resposta (presença de sintomatologia depressiva) e as covariáveis, foram feitas análises uni e multivariada, utilizando-se regressão de Poisson, com a opção de variância robusta e adotando-se como medida de efeito a Razão de Prevalência (RP). Todas as variáveis que apresentaram associação com a variável resposta na análise univariada, com $p < 0,20$, foram incluídas no modelo multivariado final, calculando-se as razões de prevalência ajustadas, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Toda a pesquisa atendeu aos requisitos da Resolução 196/1996 do Ministério da Saúde, tendo obtido aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco sob o protocolo CAAE nº 02013112600005208.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as distribuições de frequências das variáveis socio-demográficas da amostra. Os 136 entrevistados apresentaram idades entre 60 e 104 anos (média de 75,1 anos e desvio padrão de 9,3 anos), com distribuição uniforme entre as três faixas etárias (60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos ou mais). A maioria era formada por pessoas idosas do sexo feminino (69,1%), solteiras (52,9%), que não tiveram filhos (46,3%) e que frequentaram a escola (70,6%). Dentre os que tiveram acesso à educação escolar, 46,4% abandonaram os estudos no nível primário completo (22,1%) ou incompleto (24,3%). No entanto, observou-se o predomínio de analfabetos na pesquisa (28,7%).

Tabela 1. Caracterização da amostra segundo as variáveis sociodemográficas. Recife, Pernambuco, 2013.

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	42 (30,9)
Feminino	94 (69,1)
Faixa etária	
60 a 69 anos	44 (32,4)
70 a 79 anos	48 (35,3)
80 anos ou mais	44 (32,4)
Estado civil	
Casado ou tem companheiro(a)	12 (8,8)
Solteiro(a)	72 (52,9)
Viúvo(a)	33 (24,3)
Separado(a) ou divorciado(a)	19 (14)

Variáveis	N (%)
Nº de filhos	
Nenhum	63 (46,3)
1 a 2	35 (25,7)
3 a 4	23 (16,9)
5 ou mais	15 (11)
Frequentou a escola	
Sim	96 (70,6)
Não	40 (29,4)
Escolaridade	
Analfabeto	39 (28,7)
Primário incompleto	33 (24,3)
Primário completo	30 (22,1)
1º grau completo	15 (11)
2º grau e superior	19 (14)
Situação previdenciária	
Aposentado(a)	105 (77,2)
Pensionista	11 (8,1)
Aposentado(a) e pensionista	3 (2,2)
Não é aposentado(a)/pensionista	17 (12,5)
Não possui rendimentos	17 (13)
Até um salário mínimo	104 (79,4)
Mais de um salário mínimo	10 (7,6)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

Mais de três quartos dos entrevistados encontravam-se aposentados (77,2%) e, dentre os que informaram renda, prevaleceu a categoria de rendimentos de até um salário mínimo (79,4%). Na investigação das condições de saúde (Tabela 2), verificou-se que a maioria dos participantes (78,7%) não apresentava nenhum tipo de restrição (física, visual ou auditiva); 87,4% não praticavam atividade física regular; 21,1% precisavam da ajuda de alguém para caminhar e 32,6% utilizavam algum equipamento de auxílio à marcha.

Além disso, 39% dos idosos avaliaram sua saúde como boa, tendo a maioria avaliado visão e audição também como boas (45,9% e 78,7%, respectivamente). Quanto à funcionalidade, o Índice de Katz revelou que 12,5% da amostra eram dependentes para as AVD. A EDG-15 apontou que 53,7% dos entrevistados apresentava sintomatologia depressiva, fosse ela leve (44,1%) ou severa (9,6%).

Tabela 2. Caracterização da amostra segundo as condições de saúde. Recife, Pernambuco, 2013.

Variáveis	N (%)
Situação do idoso	
Sem restrições	107 (78,7)
Com restrições	29 (21,3)
Saúde autopercebida	
Boa	53 (39)
Regular	56 (41,2)
Ruim	27 (19,9)
Prática de atividade física	
Sim	17 (12,6)
Não	118 (87,4)
Equipamento de auxílio à marcha	
Sim	42 (32,6)
Não	87 (67,4)
Ajuda de alguém para caminhar	
Sim	27 (21,1)
Não	101 (78,9)
Percepção visual	
Boa	62 (45,9)
Regular	34 (25,2)
Ruim	39 (28,9)
Percepção auditiva	
Boa	107 (78,7)
Regular	21 (15,4)
Ruim	8 (5,9)
Funcionalidade	
Independente	114 (83,8)
Parcialmente dependente	5 (3,7)
Dependente	17 (12,5)
Sintomatologia depressiva	
Normal	63 (46,3)
Leve	60 (44,1)
Severa	13 (9,6)

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

As Tabelas 3 e 4 apresentam a análise univariada da distribuição da presença de sintomatologia depressiva segundo as covariáveis investigadas, revelando que a presença de quadro depressivo foi mais prevalente nos idosos do sexo feminino, nos separados ou divorciados, nos que apresentavam algum tipo de restrição, nos que tinham percepção ruim da própria saúde e nos que apresentavam dependência funcional para AVD.

Tabela 3. Associação entre sintomatologia depressiva e as variáveis sociodemográficas – Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013.

Variável	Amostra		RP (IC95%)	Valor p
	N	Sintomatologia depressiva (leve/severa) N (%)		
Sexo (n=136)				0,007
Masculino	42	14 (33,3)	1,0	
Feminino	94	59 (62,8)	1,9 (1,2-3,0)	
Faixa etária (n=136)				0,804
60 a 69 anos	44	25 (56,8)	1,0	
70 a 79 anos	48	24 (50,0)	0,9 (0,6-1,3)	
80 anos ou mais	44	24 (54,5)	1,0 (0,7-1,4)	
Estado civil (n=136)				0,020
Casado ou tem companheiro(a)	12	5 (41,7)	1,0	
Solteiro(a)	72	38 (52,8)	1,3 (0,6-2,6)	
Viúvo(a)	33	15 (45,5)	1,1 (0,5-2,4)	
Separado(a) ou divorciado(a)*	19	15 (78,9)	1,9 (0,9-3,9)	
Nº de filhos (n=136)				0,221
Nenhum	63	34 (54,0)	1,0	
1 a 2	35	16 (45,7)	0,85 (0,55-1,30)	
3 a 4	23	12 (52,2)	0,97 (0,61-1,52)	
5 ou mais	15	11 (73,3)	1,36 (0,93-1,99)	
Frequentou a escola (n=136)				0,163
Sim	96	48 (50,0)	1,0	
Não	40	25 (62,5)	1,3 (0,9-1,7)	
Escolaridade (n=136)				0,459
Analfabeto	39	24 (61,5)	1,0	
Primário incompleto	33	20 (60,6)	1,0 (0,7-1,4)	
Primário completo	30	12 (40,0)	0,7 (0,4-1,1)	
1º grau completo	15	7 (46,7)	0,8 (0,4-1,4)	
2º grau e superior	19	10 (52,6)	0,9 (0,5-1,4)	
Situação previdenciária (n=136)				0,224
Aposentado(a)	105	58 (55,2)	1,0	
Pensionista	11	8 (72,7)	1,3 (0,9-2,0)	
Aposentado(a) e pensionista	3	1 (33,3)	0,6 (0,1-3,0)	
Não é aposentado(a)/ pensionista	17	6 (35,3)	0,6 (0,3-1,2)	
Renda pessoal (n=131)				0,411
Não possui rendimentos	17	6 (35,3)	1,0	
Até um salário mínimo	104	56 (53,8)	1,5 (0,8-3,0)	
Mais de um salário mínimo	10	6 (60,0)	1,7 (0,7-3,9)	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

* Uma análise de resíduos ajustados revela que nessa categoria foi registrado um número maior de idosos com sintomas depressivos do que seria esperado sob a hipótese de independência entre o número de filhos e sintomas depressivos.

Tabela 4. Associação entre sintomatologia depressiva e as condições de saúde – Análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013.

Variável	Amostra		RP (IC95%)	Valor p
	N	Sintomatologia depressiva (leve/severa) N (%)		
Situação do idoso (n=136)				0,037
Sem restrição	107	53 (49,5)	1,0	
Com restrição	29	20 (69,0)	1,4 (1,0-1,9)	
Saúde autopercebida (n=136)				0,009
Boa	53	21 (39,6)	1,0	
Regular	56	32 (57,1)	1,4 (1,0-2,2)	
Ruim	27	20 (74,1)	1,9 (1,3-2,8)	
Prática atividade física (n=135)				0,175
Sim	17	6 (35,3)	1,0	
Não	118	66 (55,9)	1,6 (0,8-3,1)	
Equipamento para marcha (n=129)				0,557
Sim	42	24 (57,1)	1,0	
Não	87	45 (51,7)	0,9 (0,6-1,3)	
Ajuda para caminhar (n=128)				0,453
Sim	27	16 (59,3)	1,0	
Não	101	52 (51,5)	0,9 (0,6-1,3)	
Percepção visual (n=135)				0,133
Boa	62	31 (50,0)	1,0	
Regular	34	16 (47,1)	0,9 (0,6-1,5)	
Ruim	39	26 (66,7)	1,3 (1,0-1,9)	
Percepção auditiva (n=136)				0,554
Boa	107	55 (51,4)	1,0	
Regular	21	13 (61,9)	1,2 (0,8-1,8)	
Ruim	8	5 (62,5)	1,2 (0,7-2,1)	
Funcionalidade (n=136)				< 0,001
Independente	114	56 (49,1)	1,0	
Parcialmente dependente	5	2 (40,0)	0,8 (0,3-2,4)	
Dependente	17	15 (88,2)	1,8 (1,4-2,3)	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

No modelo multivariado final (Tabela 5), permaneceram como fatores associados ao risco de depressão o sexo (prevalência maior nas mulheres), o estado civil (prevalência maior para os separados ou divorciados), a saúde autopercebida (prevalência maior naqueles que tinham percepção ruim da própria saúde) e a funcionalidade (prevalência maior nos que apresentavam dependência para AVD).

Tabela 5. Análise ajustada do risco de sintomatologia depressiva na amostra, mediante o ajuste de um modelo de regressão múltipla de Poisson, utilizando como variáveis explanatórias aquelas com valor $p < 0,20$ na análise univariada. Recife, Pernambuco, 2013.

	Sintomatologia depressiva n (%)	RP bruto (IC95%)	Valor p	RP ajustado (IC95%)	Valor p
Sexo			0,007		0,001
Masculino	14 (33,3)	1,0		1,0	
Feminino	59 (62,8)	1,9 (1,2-3,0)		1,9 (1,3-2,9)	
Estado civil			0,020		0,003
Casado ou tem companheiro(a)	5 (41,7)	1,0		1,0	
Solteiro(a)	38 (52,8)	1,3 (0,6-2,6)		1,4 (0,8-2,4)	
Viúvo(a)	15 (45,5)	1,1 (0,5-2,4)		1,2 (0,6-2,4)	
Separado(a) ou divorciado(a)	15 (78,9)	1,9 (0,9-3,9)		2,2 (1,2-3,9)	
Saúde autopercebida			0,023		0,009
Boa	21 (39,6)	1,0		1,0	
Regular	32 (57,1)	1,4 (1,0-2,2)		1,3 (0,9-1,9)	
Ruim	20 (74,1)	1,9 (1,3-2,8)		1,7 (1,2-1,5)	
Funcionalidade			<0,001		0,001
Independente	56 (49,1)	1,0		1,0	
Parcialmente dependente	2 (40,0)	0,8 (0,3-2,4)		0,6 (0,23-1,93)	
Dependente	15 (88,2)	1,8 (1,4-2,3)		1,7 (1,29-2,41)	

Fonte: dados da pesquisa, 2013.

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico encontrado na amostra espelha muitas das características verificadas na população idosa brasileira, tais como o predomínio do sexo feminino, o baixo nível de escolaridade, o grande número de aposentados e a renda em torno de um salário mínimo (IBGE, 2012). A tendência à feminização no envelhecimento pode ser justificada pelo fato das mulheres frequentarem mais os centros de saúde, estarem menos expostas a acidentes de trabalho e de trânsito e aderirem menos a vícios como alcoolismo, drogas e tabagismo, contribuindo para o aumento da sua expectativa de vida (LIMA; BUENO, 2009).

A alta taxa de analfabetismo verificada pode ser decorrente do acesso difícil e excluído à educação no passado, quando o ensino era privilégio da raça branca e das classes sociais mais favorecidas (PERES, 2011). A alta prevalência de idosos com baixa renda verificada no estudo já era esperada, uma vez que famílias economicamente desfavorecidas, adiante da possibilidade de institucionalização de um ente idoso, tendem a procurar instituições públicas e filantrópicas em vista dos altos custos das instituições privadas. Mais da metade da amostra era formada por pessoas solteiras e 46,3% não tiveram filhos, o que reforça a hipótese de que o aumento do número de arranjos familiares em que a mulher mora

só, é mãe solteira ou de casais sem filhos ou com filhos que emigraram, reduz a perspectiva de um envelhecimento com suporte familiar, aumentando as chances de institucionalização (LISBOA; CHIANCA, 2012).

Aproximadamente 90% dos idosos não realizavam atividade física regular. Peri et al. (2008) consideram que um programa de exercícios bem elaborado pode, em curto prazo, acarretar melhorias ao estado de saúde de idosos institucionalizados, aumentando, principalmente, a independência nas AVD. Constatou-se que 12,5% dos idosos eram dependentes segundo o Índice de Katz, o que condiz outros estudos realizados em populações institucionalizadas que também verificaram taxas relevantes de dependência e ressaltaram a perda das habilidades, ocorrendo das atividades mais complexas para as mais simples (ARAÚJO; CEOLIM, 2007; DEL DUCA et al., 2012; PONTES-BARROS et al., 2010; SMANIOTO; HADDAD, 2011). A persistente concepção da sociedade de que o idoso é um ser desprovido de autonomia e de independência, em virtude das alterações decorrentes do envelhecimento e das frequentes doenças associadas ao envelhecimento, pode contribuir para a manutenção dos elevados índices de dependência na população idosa (SMANIOTO; HADDAD, 2011).

O percentual de idosos com algum tipo de restrição (21,3%) pode ser tratado tanto como causa para a institucionalização quanto como consequência deste processo. Neste caso, por se tratar de um estudo transversal, em que a causalidade não pode ser estabelecida, cabe a hipótese, também apontada por outros autores, de que o comprometimento de algumas funções que levam à incapacidade ou ao agravamento de doenças que geram algum tipo de restrição aumentem as chances de institucionalização da pessoa idosa (CARVALHO; DIAS, 2011; MENEZES et al., 2011; DEL DUCA et al., 2012; MEDEIROS, 2012).

Cerca de 20% dos idosos autoavaliaram sua saúde como ruim, concordando com os resultados de uma revisão sistemática da literatura que identificou a prevalência de autoavaliação negativa de saúde na população idosa brasileira, variando de 12,6 a 51,9% (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013). Na amostra inquirida, mais da metade dos participantes (53,7%) apresentaram quadro clinicamente significativo de sintomas depressivos de acordo com a EDG-15, sendo que 44,1% apresentaram sintomatologia leve e 9,6%, sintomatologia severa.

A prevalência de quadro depressivo pode variar de acordo com o instrumento utilizado e as condições da população e do local onde se dá a pesquisa. No Brasil, estudos epidemiológicos realizados em populações institucionalizadas, utilizando métodos semelhantes de investigação por meio das várias versões da Escala de Depressão Geriátrica também encontraram taxas elevadas de prevalência de sintomas de depressão: Roesler e Silva et al. (2012) – Distrito Federal (49%); Siqueira et al. (2009) – Recife/PE (51%); Carreira et al. (2011) – Maringá/PR (61,6%); Galhardo; Mariosa; Takata (2010) – Pouso Alegre/MG (65%); Rosseto

et al. (2012) – Santa Maria/RS (75%); e Póvoa et al. (2009) – Brasília/ DF (77,8%). A RP de quadro depressivo aumentada para o sexo feminino cor-roborava com outros autores que apontam uma tendência relativamente maior das mulheres idosas institucionalizadas para desenvolver quadro depressivo (PÓVOA et al., 2009; SIQUEIRA et al., 2009; CARREIRA et al., 2011; ROSSETTO et al., 2012; ROESLER E SILVA et al., 2012).

Apesar de a literatura sugerir que a resiliência não está significativamente relacionada ao gênero (LUNDMAN et al., 2007; SAAVEDRA GUAJARDO; VILLALTA PAUCAR, 2008; FORTES; PORTUGUEZ; ARGIMON, 2009), esta maior propensão das mulheres à depressão pode ser justificada pelo fato delas serem mais sensíveis e vulneráveis não somente aos problemas de saúde, mas também psicologicamente, de modo que, na velhice, o isolamento social e os transtornos emocionais decorrentes da aposentadoria, da viuvez e das alterações fisiológicas possam impulsionar o surgimento de sintomas depressivos (LIMA; BUENO, 2009). Maiores valores de RP também foram verificados em idosos que estavam separados ou divorciados. Esse resultado era previsto uma vez que eventos estressantes como o divórcio, acidentes traumáticos ou as próprias perdas de familiares e amigos possam predispor o isolamento e o surgimento de estados depressivos. Neste sentido, as redes de apoio social e a coesão das relações familiares influenciam no processo de resiliência, contribuindo para uma autoavaliação mais positiva e para a convicção nas próprias capacidades de lidar com os desafios da vida (HARDY; CONCATO; GILL, 2004; NORONHA et al., 2009; VALADA, 2011). Além disso, a presença de um companheiro é reconhecidamente um fator protetor ao surgimento de depressão (OLIVEIRA et al., 2012).

Na avaliação das condições de saúde, a presença de algum tipo de restrição, a autoavaliação de saúde e a funcionalidade também apresentaram associação estatisticamente significativa com a presença de sintomatologia depressiva. Essas três variáveis inter-relacionam-se de maneira lógica, considerando que o surgimento de restrições físicas, visuais, auditivas, dentre outras possa, ao longo do tempo, comprometer a funcionalidade do indivíduo, levando a um conseqüente rebaixamento do seu nível de satisfação com a saúde.

Estudos têm identificado vários fatores que podem desencadear restrições no idoso, desde quedas, dor crônica, desnutrição e doenças como o acidente vascular encefálico e o diabetes, as quais se encontram intimamente relacionadas com o surgimento de sintomas depressivos (DAMIÁN; PASTOR-BARRIUSO; VALDERRAMA-GAMA, 2008; REZENDE et al., 2009; SMOLINER et al., 2009; HOOVER et al., 2010; SANTOS et al., 2011). Este ciclo doença-restrição-depressão pode comprometer várias esferas da vida do idoso, sobretudo daquele que se encontra institucionalizado em um ambiente limitado sob o ponto de vista da assistência à saúde.

A RP de sintomas depressivos para os idosos que tiveram autopercepção de saúde ruim foi quase o dobro da encontrada naqueles que avaliaram sua saúde como boa. Uma

revisão da literatura sobre a incidência de depressão geriátrica e os fatores de risco associados em idosos residentes na comunidade encontrou dois estudos (PRINCE et al., 1998; HARRIS et al., 2006) em que o surgimento de depressão foi observado nos pacientes que tinham apresentado condição de saúde mais grave ou naqueles que se consideravam com pior condição de saúde (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009), compatibilizando com os achados para a amostra estudada.

Estima-se que 5% a 15% dos idosos sofra de depressão associada à alteração funcional, o que gera uso excessivo dos recursos de saúde e aumento da mortalidade é traduzido pelo aumento das taxas de suicídio e de complicações das doenças cardíacas (SNOWDEN; STEINMAN; FREDERICK, 2008). Considera-se também que a depressão acentua as limitações e incapacidades geradas pelas doenças, prejudicando a aderência a tratamentos e consequentemente a recuperação dos pacientes (FERNANDES; NASCIMENTO; COSTA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os agravos crônicos que mais acometem os idosos, a depressão merece destaque por sua ampla prevalência, sintomatologia diversificada e consequências que possam pôr em risco não somente o bem-estar dos indivíduos, mas também suas próprias vidas. Os idosos institucionalizados vivenciam situações que podem aumentar sua vulnerabilidade aos transtornos depressivos, tais como a mudança brusca e repentina no estilo de vida, o confinamento, o isolamento e a separação do seio familiar. Além disso, frequentemente apresentam mais patologias associadas e déficits de funcionalidade que podem potencializar o surgimento ou agravar sintomas de depressão.

A alta prevalência de sintomatologia depressiva, associada principalmente às pessoas idosas do sexo feminino, separadas ou divorciadas, com autopercepção ruim de saúde e dependentes para as AVD, sintetiza os achados estatisticamente mais significativos deste estudo. No entanto, há de se considerar que outras variáveis abordadas, apesar de não terem apresentado relevância estatística para esta amostra, não devem ser desconsideradas como possíveis geradoras ou exacerbadoras de sintomatologia depressiva entre os idosos.

Ressalta-se que é essencial investir na qualificação dos profissionais que atuam no âmbito das ILPI a fim de que eles estejam preparados não só para identificar sintomas indicadores de depressão entre os institucionalizados, mas também para atuar de maneira eficiente na prevenção, no controle e no tratamento dessa patologia. Sugere-se, portanto, que a investigação da depressão em idosos ocorra de forma individuada, por meio de métodos de avaliação e de instrumentos específicos do campo da Gerontologia e que levem em consideração os contextos clínico, psíquico, familiar e social nos quais o idoso se encontra.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, Maria Odete Pereira Hidalgo de; CEOLIM, Maria Filomena. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-385, set. 2007.
2. BERTOLUCCI, Paulo H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, mar. 1994.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução 196*, de 10 de outubro de 1996. Brasília: CNS, 1996.
4. CARREIRA, Lígia et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 268-273, abr./jun. 2011.
5. CARVALHO, Maria Paula Rodrigues Sequeira de; DIAS, Maria Olívia. Adaptação de idosos institucionalizados. *Millenium*, Viseu, n. 40, p. 161-184, jun. 2011.
6. DAMIÁN, Javier; PASTOR-BARRIUSO, Roberto; VALDERRAMA-GAMA, Emiliana. Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatrics*, London, v. 8, p. 5, Feb. 2008.
7. DEL DUCA, Giovâni Firpo et al. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 147-153, fev. 2012.
8. DIAS, Eliotério Fachin. O envelhecimento populacional e o direito à saúde da pessoa idosa. *Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça*, Dourados, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2013.
9. FERNANDES, Maria das Graças Melo; NASCIMENTO, Neilce Falcão de Souza; COSTA, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo. Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 19-27, jan./mar. 2010.
10. FORTES, Tatiane Favarin Rech; PORTUGUEZ, Mirna Wetters; ARGIMON, Irani Iracema. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 26, n. 4, p. 455-463, nov./dez. 2009.
11. GALHARDO, Vitor Ângelo Carlucio; TAKATA, João Paulo Issamu; MARIOSA, Maria Aparecida Silva. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, jan./mar. 2010.
12. GIAVONI, Adriana et al. Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. *CADERNOS de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 975-982, maio 2008.
13. HARDY, Susan E.; CONCATO, John; GILL, Thomas M. Resilience of Community--Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 52, n. 2, p. 257-262, Feb. 2004.
14. HARRIS, Tess et al. Onset and persistence of depression in older people—results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing*, Oxford, v. 35, n. 1, p. 25-32, Jan. 2006.

15. HOOVER, Donald R. et al. Depression in the first year of stay for elderly long-term nursing home residents in the USA. *International Psychogeriatrics*, Cambridge, v. 22, n. 7, p. 1161-1171, Nov. 2010.
16. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2012*. Rio de Janeiro, 2012. 287 p.
17. IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 19-27, jan./abr. 2007.
18. KATZ, Sidney et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, Chicago, v. 185, n. 12, p. 914-919, Sept. 1963.
19. LIMA, Lara Carvalho Vilela; BUENO, Cléria Maria Lobo Bittar. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, Maringá, v. 2, n. 2, p. 273-280, maio/ago. 2009.
20. LISBOA, Cristiane Rabelo; CHIANCA, Tânia Couto Machado. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 65, n. 3, p. 482-487, maio/jun. 2012.
21. LUNDMAN, Berit et al. Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Stockolm, v. 21, n. 2, p. 229-237, June 2007.
22. MEDEIROS, Paulo. Como estaremos na velhice? Reflexões sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polêmica*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 439-453, jul./set. 2012.
23. MENEZES, Ruth Losada de et al. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 485-496, 2011.
24. MUÑOZ GONZÁLEZ, Luz Angélica et al. Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 32-39, mar. 2010.
25. NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva et al. Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 497-506, mar./abr 2009.
26. OLIVEIRA, Marcos Francisco de et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, ago 2012.
27. PAGOTTO, Valéria; BACHION, Maria Márcia; SILVEIRA, Erika Aparecida. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 33, n. 4, p. 302-310, abr. 2013.
28. PERES, M. A. C. Velhice e analfabetismo; uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. *Sociedade e Estado*, v 26, n. 3, p. 631-662, 2011.

29. PERI, Kathryn et al. Does functionally based activity make a difference to health status and mobility?: A randomised controlled trial in residential care facilities (The Promoting Independent Living Study; PILS). *Age and Ageing*, Oxford, v. 37, n. 1, p. 57-63, Jan. 2008.
30. PESTANA, Luana Cardoso; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena do. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 268-275, jun. 2008.
31. PINHO, Miriam Ximenes; CUSTÓDIO, Osvaldir; MAKDISSE, Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 123-140, jan./maio 2009.
32. PONTES-BARROS, Juliana Fonseca et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos institucionalizados na cidade de Maceió – AL. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 23, n. 2, p. 168-174, abr./jun. 2010.
33. PÓVOA, Thaís Rocha et al. Prevalência de depressão nos idosos institucionalizados na morada do idoso do Instituto de Gerontologia de Brasília. *Brasília Médica*, Brasília, v. 3, p. 241-246, 2009.
34. PRINCE, Martin J. et al. A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 28, n. 2, p. 337-350, Mar. 1998.
35. REZENDE, Carlos Henrique Alves de et al. Dependence of the geriatric depression scores on age, nutritional status, and haematologic variables in elderly institutionalized patients. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, New York, v. 13, n. 7, p. 617-621, Aug. 2009.
36. RIBEIRO, Rita de Cássia Helú Mendonça et al. Depressão em idosos portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 22, n. esp. 1, p. 505-508, 2009.
37. ROESLER E SILVA, Elisa et al. Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1387-1393, dez. 2012.
38. ROSSETTO, Maíra et al. Depressão em idosos de uma instituição de longa permanência. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 347-352, maio/ago. 2012.
39. SAAVEDRA GUAJARDO, Eugenio; VILLALTA PAUCAR, Marco Antonio. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, Lima, v. 14, p. 31-40, 2008.
40. SAMPAIO, Lucas Silveira et al. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em domicílio no município de Jequié – BA. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 267-274, maio/ago. 2009.
41. SANTOS, Amanda Rodrigues dos et al. Depressão e mobilidade em idosos com dor crônica, institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista da Graduação*, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 1-18, set. 2011.
42. SIQUEIRA, Gisela Rocha de et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 253-259, jan./fev. 2009.

43. SMANIOTO, Francieli Nogueira; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, jan./mar. 2011.
44. SMOLINER, Christine et al. Malnutrition and depression in the institutionalised elderly. *British Journal of Nutrition*, Cambridge, v. 102, n. 11, p. 1663-1667, Dec. 2009.
45. SNOWDEN, Mark; STEINMAN, Lesley; FREDERICK, John. Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel. *Preventing Chronic Disease*, Atlanta, v. 5, n. 1, p. A26, Jan. 2008.
46. VALADA, Maria José dos Santos. *A arte da vida: caminhar pelo envelhecimento com resiliência e com qualidade de vida*. 2011. 56 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias) – Faculdade de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2011.
47. VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

“

Perfil de internações em idosos octogenários: diferenças regionais nos estados de São Paulo e Maranhão nos anos de 2008 e 2018

- | Euller Reis **Farias**
PUC - Campinas
- | Larissa Scarpini de **Carvalho**
PUC - Campinas
- | Mariana Reis **Santimaria**
PUC - Campinas

RESUMO

A população dos idosos longevos revela maior vulnerabilidade para desfechos negativos em saúde e gera maior demanda nos diversos níveis de atenção. O delineamento do perfil de internações da população com mais de 80 anos, no Brasil, ganha relevância à medida que ainda encontram-se condições de saúde e acesso aos serviços marcados por desigualdades sociais e maior risco neste grupo etário. Realizou-se descrição do número de internações hospitalares de acordo com as variáveis sexo e raça/cor, a média de permanência no hospital e valor médio gasto nas internações, nos indivíduos com mais de 80 anos, de dois estados brasileiros - São Paulo (SP) e Maranhão (MA) - díspares em condições socioeconômicas. Houve maior proporção de internações nos idosos com mais de 80 anos em SP e no MA de 2008 para 2018. Identificou-se maior frequência de internações para as mulheres em ambos os estados e para indivíduos pardos no estado do MA e brancos no estado de SP, em 2008 e 2018. A média de permanência no hospital mostrou-se a mesma em SP e maior no MA, no período analisado. A média de gastos com internação no MA foi de R\$ 721,41 e em SP de R\$ 1193,24. Os achados do estudo chamam a atenção para as características dos idosos octogenários, no que tange o perfil de internação, e permitem a reflexão sobre desigualdades sociais em saúde e as repercussões negativas deste desfecho para o gozo do envelhecimento independente e autônomo.

Palavras-chave: Idosos, Internação Hospitalar, Desigualdade em Saúde.

INTRODUÇÃO

No bojo das preocupações quanto às projeções sociodemográficas nacionais, o aumento crescente da população com mais de 80 anos nos últimos anos tem adentrado o campo epidemiológico como fenômeno de repercussões sociais e, peculiarmente, de saúde bastante significativas¹.

O declínio biológico idiossincrático do processo de senescência implica um aumento das vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial². Nesse sentido, a ideia de vulnerabilidade, entendida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos³, perpassa importante característica nas elucidações em relação a tal segmento populacional, especialmente quando se observa os dados referentes às internações hospitalares e consequentes custos-médios em regiões geográficas significativamente díspares em relação aos aspectos socioeconômicos e culturais.

Diante disso, a prognose desse estudo é a de que as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática interrelacionam-se a variáveis indicadoras de vulnerabilidade social, na determinação da vulnerabilidade individual, refletidas por piores condições de saúde, principalmente maiores prevalências de doenças crônicas não transmissíveis que possam ser peremptórios na busca à rede de atenção à saúde por parte de idosos a partir dos 80 anos de idade, principalmente por atendimentos nos serviços de urgência/emergência de alta complexidade^{4,5}. Embora a velhice não seja uma etapa da vida necessariamente associada às doenças e incapacidade, a população dos muito idosos revela maior vulnerabilidade para estas condições e gera maior demanda para a saúde, nos diversos níveis de atenção.

As consequências das internações para esta população são relevantes uma vez que se associam aos desfechos negativos como incapacidade, dependência e morte e impactam de maneira significativa o setor da saúde, culminando em altos gastos públicos^{5,6,7}. O delineamento do perfil de internações da população com mais de 80 anos, nos últimos dez anos, evidenciado pelas diferenças regionais, no Brasil, ganha relevância à medida que ainda se encontram condições de saúde e acesso aos serviços marcados por desigualdades sociais e maior risco neste grupo etário^{5,8,9}.

Para o presente estudo utilizou-se a descrição do número de internações hospitalares de acordo com as variáveis sexo e raça/cor, a média de permanência no hospital e valor médio gasto nas internações, nos indivíduos com mais de 80 anos, em dois estados brasileiros - São Paulo (SP) e Maranhão (MA)- díspares em condições socioeconômicas, representados pelos Índice de Gini e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo dados do IBGE e DATASUS.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo descritivo ecológico considerando-se como unidade de análise o número de internações hospitalares do SUS nos estados de São Paulo e Maranhão, por sexo, raça/cor e faixa etária, a média de permanência no hospital e valor médio gasto nas internações, nos anos de 2008 e 2018. Todas as hospitalizações ocorridas no estado em 2008 e 2018 foram elegíveis para o estudo. Em seguida, foram calculadas proporções e as respectivas taxas de internação. As informações epidemiológicas de morbidade hospitalar para o período de janeiro a dezembro de 2008 e de janeiro a dezembro de 2018 foram obtidas através da base de dados TABNET, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) / Ministério da Saúde (<http://tabnet.datasus.gov.br>). O projeto deste estudo não foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público e os dados foram acessados entre os meses de janeiro a maio de 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estimada para o ano de 2018 para o estado de SP foi de 45.538.936 e para o estado do MA foi de 7.035.055. A população residente de idosos com mais de 80 anos, no ano de 2008 e 2018 para o estado de SP foi de 2.440.749 e 3.789.567 e para o estado do MA foi de 64.390 e de 90.520.

Os dados demonstram, em números absolutos, aumento do contingente populacional dos idosos com mais de 80 anos, sendo que no ano de 2018 a proporção de idosos com mais de 80 anos representou 8,3 % da população em SP e 1,3% do total da população no MA. Tais indicadores representam um processo de envelhecimento populacional, mais acelerado na população com mais de 80 anos, com diferenças regionais, que se associa à urbanização e melhores condições socioeconômicas, refletidas também por menores índices de desigualdade social¹. De acordo com dados do IBGE, o IDH de SP é de 0,783, o segundo maior do país e do MA 0,639, o penúltimo no país. Já o índice de Gini, em 2012 no estado de SP era de 0,4881 e no Maranhão de 0,6165.

O envelhecimento populacional acelerado demonstra impactos sobre os desfechos de saúde mais importantes entre os idosos, como incapacidade, dependência, hospitalizações e morte^{6,12}. Neste estudo, foi analisada a população total com 80 anos e mais e, em 2008 e 2018, foram registradas 106.606 e 149.874 internações no estado de São Paulo e 9.106 e 20.416 no Maranhão, respectivamente. Do total de internações em SP, a distribuição de internações nos idosos com mais de 80 anos representou 4,9% em 2008 e 6,0% em 2018, e no MA, 2,8% em 2008 e 4,4% em 2018, respectivamente.

Para efeito de comparação entre os estados, foram calculadas taxas de internação para os anos de 2008 e 2018 para ambos. No MA, houve aumento das taxas de internação de 1,41/10.000 habitantes para 2,22/10.000 habitantes e, em SP, houve discreta diminuição de 4,36/10.000 habitantes em 2008 para 3,93/10.000 habitantes em 2018.

Maiores proporções e taxas de internação para os idosos em SP podem ser justificadas pela maior proporção de idosos com mais de 80 anos e maior índice de envelhecimento neste estado e por maior oferta de recursos hospitalares quando necessários^{8,10}. Independente dos avanços conquistados na atenção primária à saúde, quanto maior a idade, maior o risco para utilização de serviços de alta complexidade^{5,6,10,11}. Identificou-se maior frequência de internações para as mulheres em ambos os estados, nos anos de 2008 (57,3% em SP e 50,6% no MA) e 2018 (56,7% em SP e 51,1% no MA). Embora as mulheres tenham maior acesso aos serviços de saúde e demonstrem trajetórias de cuidado mais significativas ao longo da vida, os achados demonstram que a maior expectativa de vida e maiores prevalências de multimorbidades neste grupo pode contribuir com maior proporção de internações encontrada entre as mulheres^{4,13,15}. Por outro lado, as diferenças em relação à internação e gênero ainda são divergentes⁵. No que tange o contexto do cuidado, sabe-se que homens têm menor acesso aos serviços de saúde permeadas por questões associadas ao gênero e buscam menos os serviços médicos tendendo a serem internados com maior frequência do que as mulheres¹⁴ (Silveira, 2013). Um estudo transversal teve como objetivo investigar as internações por causas sensíveis à atenção básica em idoso de 60 a 74 anos e demonstrou risco aumentado de internação para os homens, demonstrando-se possivelmente esta tendência entre idosos com menores faixas etárias¹¹.

Em relação ao número de internações de acordo com a raça/cor identificou-se maior frequência de internações para os indivíduos pardos no estado do MA, sendo 33,8% em 2008 e 41,3% em 2018 e no estado de SP foram identificadas maiores frequências para os idosos brancos, representando 61,9 % em 2008 e 65,8% em 2018. Os dados podem evidenciar maiores proporções de indivíduos pardos e negros nas regiões Norte e Nordeste e maior proporção de brancos na região Sudeste⁹. Embora existam maiores tendências de internação e mortalidade para os indivíduos pretos e pardos as informações sobre raça/cor da pele ainda são incompletas e não disponibilizadas na integralidade nos sistemas, dificultando análises comparativas mais robustas e podem ter influenciado nos achados deste estudo^{13,16}. A média de permanência no hospital, mostrou-se a mesma nos anos de 2008 e 2018 (7,2 dias) em SP e divergiu no MA, sendo que a em 2008 a média apresentada foi de 4,4 dias de 5,1 dias em 2018. Entretanto, as médias de permanência no hospital são maiores no estado de SP do que no MA. Os resultados corroboram com os achados de Silveira que evidenciaram um maior tempo médio de internação na região Sudeste, (8,4 dias), principalmente entre os idosos (8,9 dias), quando comparados às demais regiões do país¹⁴.

Em relação ao valor médio do gasto na internação de acordo com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH-SUS), no estado de MA, identificou-se entre os anos de 2008 e 2018 média de R\$ 721,41 e no estado de SP, média de R\$ 1193,24. Tais achados evidenciam uma tendência de maiores gastos por internação nesta população no estado de SP, condição que pode estar associada a maior complexificação das internações, alocação de recursos mais equânime e políticas públicas mais eficazes em estados com melhores níveis de condições socioeconômicas^{8,12,14}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a proporção dos idosos longevos cresça em ritmo acelerado e represente uma conquista social, evidencia uma população mais vulnerável que demanda maior atenção do setor, em todos os níveis de atenção à saúde.

Os achados do estudo chamam a atenção para a ampliação de pesquisas epidemiológicas que considerem a relação entre os determinantes sociais de saúde e os principais problemas da população idosa, a fim de se conquistar a construção de novos indicadores de saúde que retratem a realidade da incapacidade e da dependência, os determinantes sociais envolvidos e o impacto destas condições, principalmente para os indivíduos com mais de 80 anos, famílias e sociedade, em um contexto desigual na alocação de recursos em saúde pública.

Conhecendo-se as características desta população, no que tange o perfil de internação, e refletindo-se sobre as repercussões negativas deste desfecho para o gozo do envelhecimento independente e autônomo, é possível se conseguir uma análise da situação de saúde mais abrangente, refletindo em tomadas de decisão mais eficazes, que primam pela equidade na promoção à saúde e prevenção de doenças para os grupos de maior vulnerabilidade.

■ REFERÊNCIAS

1. NERI, Anita Liberalesso et al. Octogenários em Campinas: dados do Fibrá 80+: 1. ed. Campinas: Editora Alínea, jan. 2019.
2. MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de; MONTEIRO, Pedro Sadi. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 311-319, ago. 2017.
3. RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, ago. 2012.

4. CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves et al . A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 6, p. 1217-1229, Jun., 2013.
5. MELO-SILVA, Alexandre Moreira de et al. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 52, supl. 2, 3s, 2018 .
6. RODRIGUES, Mayara Marta; ALVAREZ, Angela Maria; RAUCH, Keila Cristina. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 22, e190010, 2019 .
7. BORDIN, Danielle et al . Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 439-446, ago. 2018
8. FREITAS, Denise Cuoghi Carvalho Veríssimo et al. Distribuição espacial das internações hospitalares de idosos nas cinco regiões do Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 13, n. 1, 29 set. 2016.
9. OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de; THOMAZ, Erika Barbara Abreu Fonseca; SILVA, Raimundo Antonio da. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 7, p. 1438-1452, jul. 2014 .
10. AMORIM, Diane Nogueira Paranhos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(2):576-83, fev. 2017
11. MARQUES, Aline Pinto et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 817-826, out. 2014.
12. MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016 .
13. MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Caracterização das internações hospitalares por causas externas no sistema público de saúde, Brasil, 2011. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 18, n. 4, p. 771-784, dez. 2015.
14. SILVEIRA, Rodrigo Eurípedes da et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 11, n. 4, p. 514-520, dez. 2013.
15. NUNES, Bruno Pereira et al . Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 52, supl. 2,10s , 2018 .
16. SANTOS, Vanessa Cruz et al. Internação e mortalidade hospitalar de idosos por transtornos mentais e comportamentais no Brasil, 2008-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 1, p. 39-49, mar. 2017.

“ Prevalência de doenças osteomusculares e fatores associados em idosos inseridos no programa universidade da maturidade.

▮ Brudy Kety Vele **Xerente**
UFT

▮ Luiz Sinésio **Silva Neto**
UFT

▮ Carolina Freitas do Carmo **Rodrigues**
UFT

▮ Neila Barbosa **Osório**
UFT

▮ Fabiana **Daronch**
UFT

▮ Daniella Pires **Nunes**
Unicamp

RESUMO

Introdução: As doenças osteomusculares compõem o grupo das doenças mais prevalentes entre os idosos. Tais morbidades comprometem a funcionalidade, saúde mental, aumenta o risco de desenvolver outras doenças crônicas e geram prejuízos na qualidade de vida dos idosos. **Objetivo:** Estimar a prevalência de doenças osteomusculares e seus fatores associados em idosos. **Método:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa com abordagem transversal, realizada entre abril e maio de 2018, no município de Palmas-TO. A amostra foi constituída por 27 idosos participantes da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins e aplicou-se um formulário pré-estabelecido. **Resultados:** Entre os idosos 63% apresentaram doenças osteomusculares, com prevalência das mulheres (70,6%), com idade entre 70 a 79 anos (47%), com escolaridade superior a 4 anos (82%). Idosos que tinham doenças osteomusculares apresentaram maior consumo de múltiplos medicamentos ($p = 0,002$) e comprometimento no desempenho das atividades instrumentais de vida diária ($p = 0,010$). **Conclusão:** A alta prevalência de doenças osteomusculares entre os idosos apontam a necessidade de ações de prevenção e tratamento no ambiente acadêmico em que estão inseridos, visto que o local proporciona um envelhecer de qualidade: saudável, responsável e prazeroso.

Palavras-chave: Idosos, Doenças Osteomusculares, Atividades Cotidianas.

INTRODUÇÃO

O Brasil acompanha a tendência mundial de envelhecimento da população nos últimos anos. Em cinco anos houve aumento de 18% da população idosa no Brasil passando de 25,4 milhões em 2012, para 30,2 milhões em 2017. Essa alteração demográfica populacional ocorreu devido a algumas condições, tais como, a redução dos índices de mortalidade e fecundidade em todas as regiões do país, investimento em tecnologias e políticas públicas de saúde e, conseqüentemente o aumento da expectativa de vida (IBGE, 2018).

O envelhecimento demográfico impacta no perfil epidemiológico da população brasileira. Estimativas do ano de 2017 mostram que, no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) foram responsáveis por 73% das mortes gerais e 17% das mortes precoce (CHRISTOFOLETTI et al., 2020). O envelhecimento biológico promove alterações no corpo, a exemplo, a redução da massa magra, redução da água intracelular, aumento e redistribuição de gordura, redução da taxa do metabolismo basal, alteração no sistema de regulação da temperatura e diminuição da imunidade celular, que podem favorecer o aparecimento ou o agravamento de doenças (FECHINE; TROMPIER, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde (2020) 76,3% dos idosos são acometidos por alguma DCNT, as principais são; as cardiovasculares, o câncer, doenças respiratórias e diabetes mellitus e doenças osteomusculares (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Autores analisaram o Relatório de Saúde Global e Envelhecimento da Organização Mundial de Saúde (2015) e concluíram que as doenças musculoesqueléticas (DME) representam uma ameaça global ao envelhecimento saudável (BRIGSS et al., 2015; HOY et al., 2014). Dentre as doenças osteomusculares, a artrite reumatoide, a osteoartrite, a fibromialgia e a osteoporose são relatadas como os tipos mais comuns, podendo ser associadas a limitações funcionais significativas, sedentarismo, fragilidade, perda da independência e sintomas depressivos (BOLEN et al., 2009; HOOTMAN et al., 2011; LLINEDINST et al., 2015).

O principal sintoma das DME é a dor crônica, com mais de três meses de duração, sendo ela associada a alguns outros sintomas que variam de acordo com as doenças como: o inchaço nas articulações, a rigidez muscular, fadiga, perda de movimentos, inflamação ou redução da performance física. Para identificar essas doenças é necessária uma anamnese detalhada, podendo os exames de imagem auxiliarem no diagnóstico (SBR, 2019).

Estes sintomas promovem prejuízos funcionais aos idosos. A capacidade funcional pode ser avaliada sob dois aspectos: atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Estudos demonstram a alta prevalência e o prejuízo das DME nas atividades da vida diária dos idosos quando comparados com idosos sem essas doenças, especialmente em mulheres, com idade avançada e presença de dor (SMITH et al., 2016; STAMM et al., 2016).

Diante desse contexto, é adjuvante a realização de maiores estudos que compreendam os fatores que integram as diferentes dimensões das DME. Considerando adicionalmente que o envelhecimento populacional é uma realidade e tende a ser acelerado no Brasil. Por isso, estudos que possibilitem o rastreamento e a associação com outros fatores, tais como clínicos e socioeconômicos podem contribuir para políticas públicas, condutas de reabilitação, tratamento e prevenção. Portanto, esse capítulo tem por objetivo estimar a prevalência de doenças osteomusculares e seus fatores associados em idosos inseridos no Programa Universidade da Maturidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com abordagem transversal, realizada na Universidade da Maturidade (UMA) da Universidade Federal do Tocantins (UFT), no município de Palmas, Tocantins.

Dos 46 alunos matriculados na UMA com idade igual ou superior a 60 anos, foram excluídos aqueles com dificuldade cognitiva, auditiva e visual, ou qualquer outra condição que impeça o idoso de responder questões referentes à pesquisa, além dos idosos que não compareceram no local da entrevista após três tentativas de agendamento. Diante disso, cinco recusaram participar do estudo e 14 foram desconsiderados da amostra por não corresponderem aos critérios da pesquisa, onde 13 não compareceram após três tentativas de agendamento e um tinha diagnóstico de Alzheimer. Portanto, a amostra final deste estudo foi 27 idosos. Toda a coleta de dados foi realizada na UMA.

O período de coleta ocorreu entre abril e maio de 2018 e foi realizada por acadêmicos de enfermagem e nutrição da UFT que foram previamente treinados pelas pesquisadoras envolvidas acerca do instrumento que continha perguntas sobre condições de vida e saúde dos idosos. Para aplicar o instrumento os idosos foram contatados previamente via telefone e questionados sobre a participação na pesquisa, após o aceite, foi agendado um horário para aplicação na sede da UMA e no laboratório de nutrição da UFT.

Para participação no estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram informados acerca da pesquisa. Os pesquisadores respeitaram a resolução CNS nº 466/12, que normatiza pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Tocantins com parecer de número 2.314.569 e número de CAAE 69912917.7.0000.5519.

As variáveis do estudo foram: a) características demográficas e socioeconômicas: idade, sexo, escolaridade, renda; b) condições de saúde: foram realizadas por meio de consulta médica, poli farmácia (cinco ou mais medicamentos), comprometimento nas atividades

básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD), queda no último ano; c) doenças osteomusculares: auto relato de pelo menos uma das doenças - articulares, musculares e óssea.

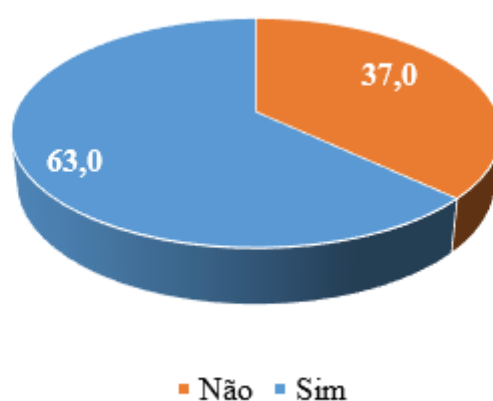
Considerou-se comprometimento no desempenho tanto para as ABVD (comer, vestir, transferir-se, ir ao banheiro, atravessar o quarto caminhando e tomar banho) quanto AIVD (utilizar transporte, ir ao banco, administrar finanças, preparar refeições, realizar atividades leves, realizar atividades pesadas, tomar medicamentos e utilizar telefone), o idoso que apresentou dificuldade em uma ou mais atividades.

O banco de dados foi construído utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 15.0. Para a análise dos dados utilizou-se o programa STATA/SE versão 14.0. A análise dos dados ocorreu através da estatística descritiva simples, sendo os resultados expressos em frequência absoluta e relativa. Para verificar a relação entre as variáveis foi utilizado o teste de Fisher, com um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dos 27 idosos avaliados, a maioria era do sexo feminino (70,3%), com idade entre 60 a 69 anos (51,8%), viúvo (44,4%), residia com outras pessoas (55,5%), relatou ter oito anos ou mais de escolaridade (48,1%), com renda de dois a quatro salários mínimos (44,4%). No Gráfico 1, observou-se que a maioria dos idosos (63,0%) referiu ter presença de doenças osteomusculares.

Gráfico 1. Distribuição (%) dos idosos segundo a presença de doenças osteomusculares. Universidade da Maturidade, Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT), 2019. (n=27)



Fonte: própria autora

Na tabela 1 é possível observar que os idosos que relataram doenças osteomusculares, 70,6% eram do sexo feminino, 47,0% com idade de 70 a 79 anos, 47,0% com renda de dois a quatro salários mínimos, 82,0% mencionaram escolaridade superior a quatro anos, 58,8%

utilizavam múltiplos medicamentos, 94,0% e 53,0% eram independentes para as ABVDs e AIVDs, respectivamente.

Idosos que tinham doenças osteomusculares apresentaram maior consumo de múltiplos medicamentos ($p = 0,002$) e comprometimento no desempenho das atividades instrumentais de vida diária ($p = 0,010$), e apresentaram diferenças estatísticas.

Tabela 1. Distribuição (%) dos idosos segundo a presença de doenças osteomusculares, condições demográficas e de saúde. Universidade da Maturidade, Universidade Federal do Tocantins (UMA/UFT), 2019. (n=27)

Variáveis	Doenças osteomusculares		p
	Não n(%)	Sim n(%)	
Sexo			0,974
Homens	3 (30,0)	5 (29,4)	
Mulheres	7 (70,0)	12 (70,6)	
Idade			0,268
60 a 69 anos	7 (70,0)	7 (41,0)	
70 a 79 anos	3 (30,0)	8 (47,0)	
80 anos e mais	0 (0,0)	2 (12,0)	
Renda			0,835
<= 1sm	4 (40,0)	7 (41,0)	
2 a 4 sm	4 (40,0)	8 (47,0)	
>4 sm	2 (20,0)	2 (12,0)	
Escolaridade			0,514
< 4 anos	2 (20,0)	3 (18,0)	
4 a 7 anos	2 (20,0)	7(41,0)	
>=8 anos	6 (60,0)	7 (41,0)	
Autoavaliação de saúde			0,197
Ótima/ boa	7 (70,0)	6 (35,2)	
Regular	3 (30,0)	10 (58,8)	
Péssima	0 (0,0)	1 (6,0)	
Polifarmácia			0,002
Não	10 (100,0)	7 (41,2)	
Sim	0 (0,0)	10 (58,8)	
Comprometimento no desempenho das ABVD			0,434
Não	10 (100,0)	16 (94,0)	
Sim	0 (0,0)	1 (6,0)	
Comprometimento no desempenho das AIVD			0,010
Não	10 (100,0)	9 (53,0)	
Sim	0 (0,0)	8 (47,0)	
Queda no último ano			0,384
Não	7 (70,0)	9 (53,0)	
Sim	3 (30,0)	8 (47,0)	
Consultou um médico no último ano			0,184
Não	1 (10,0)	0 (0,0)	
Sim	9 (90,0)	17 (100,0)	
Total	10 (37,0)	17 (63,0)	

ABVD: atividade básica de vida diária; AIVD: atividade instrumental de vida diária

Fonte: Própria autora

DISCUSSÃO

A maioria dos idosos apresentou doenças osteomusculares (63%), esse dado corrobora com estudo realizado por Wiitavaara et al., (2017) que identificaram 60% de DME na Atenção Primária. No entanto, esse dado foi superior ao encontrado em outro estudo realizado em Jequié-BA onde a prevalência foi de 48,6% (SANTANA, 2018). Prevalência inferior foi observada também em Goiânia-GO, com 39,1% (MELO et al., 2017). Essa diferença de prevalência pode ser explicada pelos diferentes tipos de identificação das DME, características da população estudada e tamanho da amostra.

Com o processo de envelhecimento ocorre alterações no tecido musculoesquelético que iniciam uma crescente fragilidade óssea, danos às estruturas cartilaginosas, redução da elasticidade, diminuição ou perda da força muscular, infiltração gordurosa e enrijecimento das articulações e ligamentos. Associando essas alterações com a influência genética e hormonal modulada por fatores ambientais tendem a predispor o idoso as doenças osteomusculares (CANUTO, 2016; MELO et al., 2017).

As causas das doenças osteomusculares podem ser mecânicas, como distúrbio postural ou esforço excessivo; sistêmicas, como artrites inflamatórias; e/ou viscerais, como aneurisma aórtico. Nesse aspecto etiológico das DME, recentemente Minetto et al., (2020) propuseram uma tríade patológica para esses distúrbios interrelacionados altamente comum em idosos, tendo os principais componentes: sarcopenia, tendinopatias e artrites. No entanto, esses autores destacam que nenhum estudo investigou a frequência de comorbidade de sarcopenia, tendinopatias e artrite concomitantemente. Nessa direção estudo realizado por Grote et al., (2019) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar o atual conhecimento sobre as alterações moleculares, mecanismos celulares e biomecânicos relevantes para as manifestações clínicas do envelhecimento musculoesquelético, com foco nos distúrbios que afetam músculos, ossos, cartilagem articular e tendão. Os autores concluíram que a interação entre esses órgãos/ tecidos podem ampliar as manifestações clínicas com a idade.

No presente estudo, aproximadamente 60% dos idosos com doença osteomuscular eram septuagenários ou octagenários. Outro estudo brasileiro obteve uma prevalência de 51,7% para idosos com mais de 70 anos (MELO et al., 2017). Em paralelo, estudos realizados no Reino Unido e na Espanha, para indivíduos com mais de 65 anos, a prevalência de DME foi de 50,7% e 43,2%, respectivamente (STANNETT, 2014; JULIAN et al, 2012).

Com o envelhecimento há diminuição lenta e progressiva da massa muscular, que diminui em aproximadamente 50% (dos 20 aos 90 anos). A força muscular diminui cerca de 15% por década até a sétima década e em torno de 30% após. E a capacidade oxidativa do aparelho músculo esquelético, pelo menos até a sétima década de vida, está preservada (SANTOS et al., 2016).

Entre os idosos com doenças osteomusculares, houve predominância do sexo feminino (70,6%), dados similares foram encontrados em outros estudos (JULIAN et al, 2012; DIAS et al., 2017; MELO et al, 2017). Tal fato pode ser justificado pela fisiologia das mulheres, que em virtude da menopausa há alterações endócrinas e disfunções hormonais vinculadas ao envelhecimento, como a diminuição de estrogênio. Essas alterações podem atuar em uma variedade de doenças, incluindo as doenças metabólicas do sistema musculoesquelético (FALSARELLA, 2010). Em recente revisão mostrou que a dor musculoesquelética em idosas é muito frequente (CIMAS et al., 2018). Outros estudos explicam essas diferenças entre os sexos na percepção de dor, devido as características biológicas (PALLER et al., 2009) e também nas diferenças de gênero em papéis sociais, crenças ou enfrentamento e estratégias que podem contribuir para as diferenças observadas entre homens e mulheres (FILLINGIM et al., 2009; RAMIREZ-MAESTRE; ESTEVE, 2014).

Vários fatores podem estar associados às doenças osteomusculares como sexo, idade, outras DCNT, índice de massa corpórea e dor (DIAS et al., 2017; MELO et al., 2017; FALSARELLA, 2010). No entanto, neste estudo somente polifarmácia e comprometimento nas AIVD foram associados às doenças osteomusculares.

Um dos principais sintomas das doenças osteomusculares é o relato de dor. Embora não tenha sido avaliada neste estudo, a literatura aponta a associação de dor musculares com o aumento do uso de medicamentos. A dor é uma das principais queixas de pessoas com essas doenças. Os medicamentos ocupam papel importante no tratamento e recuperação de saúde, mas o uso simultâneo pode trazer complicações como as interações medicamentosas potencialmente perigosas, toxicidade cumulativa e iatrogenia. As alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento como perda de peso, diminuição de massa magra e aumento de massa gorda podem aumentar o risco de reações adversas (MARQUES et al., 2019).

De acordo com os critérios de Beers, recomenda-se evitar a prescrição de sete classes terapêuticas em idosos com histórico de quedas e fraturas (anticonvulsivantes, antipsicóticos, benzodiazepínicos, hipnóticos não benzodiazepínicos e outros hipnóticos agonistas de receptores benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recepção de serotonina (ISRS) e opioides. Tal restrição se justifica pelo fato de o uso desses medicamentos causar aumento da possibilidade de ataxia, disfunção psicomotora, sedação, hipotensão, quedas adicionais e síncope (AGS, 2019).

Em Minas Gerais, um estudo revelou a polifarmácia em 53,3% dos idosos. Constatou ainda que 75% dos idosos pesquisados utilizavam pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado (RESENDE et al, 2017). Estudo realizado em Cleveland (Ohio) encontrou que dentre os idosos com idade entre 65 e 90 anos, 35,6% utilizavam mais de 5 medicações (polifarmácia). De todos os idosos com polifarmácia, cerca de 57% tinham combinações de medicamentos contraindicados (GOLCHIN et al, 2015).

O fato de muitos profissionais de saúde prescreverem medicamentos não recomendados para idosos, ou até mesmo a prescrição de medicação disponível no serviço público, mas que são considerados inadequados para essa população, associado ao nível socioeconômico baixo e baixa adesão aos serviços de saúde, aumentam as chances de uso de medicamentos inapropriados. Porém, deve-se levar em consideração que esses idosos estão mais susceptíveis aos efeitos colaterais dos medicamentos, pois a função do organismo torna-se mais deficiente, modificando a atividade dos fármacos (SANTANA, 2018).

A dor e a rigidez muscular causadas pelas doenças osteomusculares podem alterar a funcionalidade do idoso. Ainda, interfere na locomoção dos idosos, causando desequilíbrio, restrição da mobilidade o que conseqüentemente, aumenta o risco de quedas. Além de afetar a função física, essas dores afetam significativamente o estado psicossocial do indivíduo e até mesmo da sua família, depreciando assim a sua qualidade de vida (MATA et al., 2011; MELO et al., 2017; PEREIRA et al., 2017).

A prevalência de incapacidade para realização de pelo menos uma AIVD nos idosos foi de 47,0% no presente estudo, o mesmo resultado encontrado em um estudo realizado em sete municípios brasileiros com idosos com idade ≥ 65 anos, onde 46% apresentaram incapacidade. Ou seja, quase metade dos idosos apresentaram restrição de sua independência na realização de atividades cotidianas relativas às habilidades de mobilidade ou de atividades para manutenção do ambiente (FRANCISCO et al., 2018).

Ainda, os mesmos autores demonstraram a associação das doenças osteomusculares com o comprometimento funcional (FRANCISCO et al., 2018), que podem ser agravados na ocorrência de quedas. Dados apresentados no Relatório *Global Burden Disease* reforçam que as DME representam uma proporção maior do total de incapacidade para as AIVD's nos países em desenvolvimento, passando de 16,8% em 1990 para 19,2% em 2010.

A queda, relatada por 47% dos idosos com doenças osteomusculares com ocorrência no último ano, foi um resultado menor que o encontrado em um estudo realizado em algumas cidades do Brasil com idosos de idade superior a 65 anos onde mostrou que 62% apresentaram quedas no último ano. O aumento das quedas em idosos com doenças osteomusculares se dá pela associação dos sinais e sintomas das doenças com fatores de risco que aumentam com o envelhecimento como a fadiga e a fraqueza muscular. Estudos mostram que idosos com doenças osteomusculares apresentam 68% maior risco de quedas, e destes, 80% podem desenvolver lesões decorrentes (TORRES, 2016; NASCIMENTO; TAVARES, 2016).

No presente estudo, 94% dos idosos com doenças osteomusculares autoavaliaram sua saúde como ótima ou regular. A autoavaliação da saúde é um método confiável capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional. Essa boa percepção de saúde encontrada no presente estudo pode se dá pela amostra conter idosos com maior acesso à informação, que melhora o autocuidado e assistência de saúde, empoderando-os nas práticas de vida saudável (CARVALHO et al., 2012).

O acesso aos serviços de saúde, avaliado nesta pesquisa pela consulta médica no último ano, foi de 100% pelos idosos com doenças osteomusculares relatadas. Estudo realizado com o intuito de avaliar os motivos pela procura do idoso aos serviços de saúde concluiu que os principais motivos se relacionam ao acompanhamento e controle das doenças mais prevalentes nessa faixa etária de forma geral, como as doenças osteomusculares, além da procura por medicações nas farmácias do SUS para tratar essas e outras comorbidades (POLES et al., 2017).

Apesar de 59% dos idosos com doenças osteomusculares afirmarem possuir renda superior a dois salários mínimos, 41% viviam com apenas um. A renda é um importante aspecto que demarca o acesso a bens e atenção às necessidades do idoso, assim a existência de baixa renda dos idosos e o reduzido ou inexistente apoio financeiro da família podem dificultar na qualidade de vida do idoso, principalmente quando atrelados à existência de doenças crônicas que demandam de tratamento contínuo, dependendo cada vez mais da disponibilidade de medicações dos serviços públicos, nem sempre presentes e eficazes (SANTOS et al., 2018).

A escolaridade, relatada como igual ou superior a quatro anos por 82% dos idosos com doenças osteomusculares, atrelada a participação na UMA podem ser responsáveis pela melhor qualidade de vida desses idosos apesar da presença de doenças crônicas osteomusculares, uma vez que grande maioria dos idosos não possuem sua capacidade de autocuidado comprometida, permitindo autonomia e redução das chances de dependência e institucionalização (ALMEIDA et al., 2017).

As doenças osteomusculares constituem-se num grupo diverso, que apresenta fisiopatologia variada, ligados intrinsecamente pelas alterações fisiológicas e diminuição da funcionalidade associada a fatores externos que causam efeitos na função social e saúde mental, além de depreciar a qualidade de vida do idoso.

Considerando que a expectativa de vida tem aumentado e que as doenças osteomusculares são prevalentes, recomenda-se intervenções de educação em saúde reforçadas na atenção primária, nível de atenção onde os idosos tem mais acesso aos profissionais de saúde. Incentivar esses idosos a realizar ações de atividades físicas adequados para a idade e aumentar as informações acerca dessas doenças para adoção de atitudes que possam prevenir essas doenças devem ser as principais ferramentas no enfrentamento desse problema de saúde.

Destaca-se como vantagens a própria produção deste estudo, frente ao número escasso existente, e a análise estatística realizada. Como limitações, a não investigação das doenças existentes e/ou a comprovação destas, assim como um dos principais fatores associados - a dor.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa demonstraram que maioria dos idosos tinha doenças osteomusculares, com maior prevalência das mulheres, septuagenários e octogenários. Os fatores associados às doenças osteomusculares foram a polifarmácia e comprometimento nas AIVD. Apesar disso, a autoavaliação de saúde foi em sua maioria regular ou ótima.

Considerando o contexto do aumento de idosos e, conseqüentemente, das doenças osteomusculares, recomenda-se ações de prevenção e tratamento no ambiente acadêmico em que esses idosos estão inseridos, visto que o local proporciona um envelhecer de qualidade: saudável, responsável e prazeroso.

A enfermagem, assim como toda a equipe interdisciplinar, tem papel importante nesse aspecto, realizando programas educativos e exercícios terapêuticos tanto para prevenção quanto para redução de danos, realizando o manejo correto da dor, controlando a resposta do paciente e o desenvolvimento de reações adversas pelo uso das drogas, além de educação em saúde sobre quedas, modificação do ambiente domiciliar, exercícios de força e equilíbrio e revisão dos medicamentos, que podem levar a tontura ou sonolência. Assim, aconselha-se intervenções conjuntas entre a UMA e o curso de graduação de enfermagem, como também outros cursos de saúde presentes na universidade.

REFERÊNCIAS

1. AGS. American Geriatrics Society. AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. **JAGS**, v.67, n.4, p.674-694, 2019. doi: 10.1111/jgs.15767. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.15767>. Acesso em: 20 Ago. 2020.
2. ALMEIDA, N. A.; REINERS, A. A. O.; DE SOUZA AZEVEDO, R. C.; et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.20, n.1, p.143-153, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n1/pt_1809-9823-rbagg-20-01-00138.pdf. Acesso em: 08 set. 2020.
3. BOLEN, J. et al. Arthritis as a potential barrier to physical activity among adults with heart disease - United States, 2005 and 2007. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 58, n. 07, p. 165–169, 2009. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5807a2.htm>. Acesso em 08 set. 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso. Condição de Saúde dos Idosos. Morbidades e Agravos. **Prevalência de Doenças Crônicas**. Fiocruz, 2020. Disponível em: < <https://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/novo2/resultado.php>>. Acesso em: 28 ago. de 2020
5. BRIGGS, A. M. et al. Musculoskeletal health conditions represent a global threat to healthy aging: a report for the 2015 World Health Organization world report on ageing and health. **The Gerontologist**, v. 56, n. 2, p.243-255, 2016. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/Suppl_2/S243/2605238. Acesso em: 08 set. 2020.

6. CANUTO, W. S. **Avaliação da qualidade de vida em idosos acometidos por doenças articulares.** Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde/UFCG 2016. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/7608/1/WILLIANE%20%20SILVA%20CANUTO%20-%20TCC%20ENFERMAGEM%202016.pdf>>. Acesso em 27 mai. 2020
7. CARVALHO, F. F. et al. Análise da percepção de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro. v. 15 n. 2 p. 285-293, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n2/11.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2020.
8. CHRISTOFOLETTI, M; et al. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sócio demográfico. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v.29 n.1 Brasília. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100308&lang=pt>. Acesso em: 11 mai. 2020.
9. CIMAS, M. et al. Chronic musculoskeletal pain in European older adults: Cross-national and gender differences. **European Journal of Pain**, v. 22, n. 2, p. 333-345, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29235193/>. Acesso em: 08 set. 2020.
10. DIAS, C. Z. et al. **Perfil dos usuários com doenças reumáticas e fatores associados à qualidade de vida no sistema único de saúde, Brasil.** Tese (Doutorado) - Curso de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Acer/Downloads/e1901.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2020
11. FALSARELLA. G. R. **Prevalência e fatores associados às doenças reumáticas e aos sintomas articulares crônicos em idosos.** Campinas-SP. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/308432/1/Falsarella_GlauceiaRegina_M.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2020.
12. FECHINE, B. R. A; TROMPIER. N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, Rio de Janeiro, v.1, n.20, p.106-194, jun. 2012. Disponível em:<http://www.fonovim.com.br/arquivos/534ca4b0b-3855f1a4003d09b77ee4138-Modifica----es-fisiol--gicasmnormais-no-sistema-nervoso-do-idoso.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2020
13. FILLINGIM, R.B. et al. Sex, gender, and pain: A review of recent clinical and experimental findings. **J Pain**, v. 10, n. 5, p. 447–485, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2677686/pdf/nihms98634.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.
14. FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Doenças reumáticas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21 n.5 p.: 591-600, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00570.pdf. Acesso em: 22 jun. 2020.
15. GOLCHIN, N. et al. Polypharmacy in the elderly. **Journal Research in Pharmacy Practice**, v. 4, n. 2, p. 85-88, 2015. Disponível em: <http://www.jrpp.net/text.asp?2015/4/2/85/155755>. Acesso em: 20 ago. 2020.
16. GROTE, C. et al. Regulatory mechanisms and clinical manifestations of musculoskeletal aging. **Journal of Orthopaedic Research**, v.37, n. 7, p. 1475-1488, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jor.24292>. Acesso em: 08 set. 2020.
17. HOOTMAN, J. et al. Arthritis as a potential barrier to physical activity among adults with obesity—United States, 2007 and 2009. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v.60, n.19 p.614–618, 2011. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a4.htm>. Acesso em: 08 set. 2020.

18. HOY, D. et al. A time for action: opportunities for preventing the growing burden and disability from musculoskeletal conditions in low-and middle-income countries. **Best Practice & Research Clinical Rheumatology**, v. 28, n. 3, p. 377-393, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25481422/>. Acesso em: 08 set. 2020.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD**. Rio de Janeiro: IBGE, 2018— Características dos Moradores e Domicílios. 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: 11 mai. 2020
20. JULIAN, R. et al. Prevalence of musculoskeletal diseases and its treatment in the elderly. **BMJ Journals: Annals of the Rheumatic Diseases**. Madrid – Spain, v. 71, n. 3, 2012. Disponível em: https://ard.bmj.com/content/71/Suppl_3/723.3.abstract. Acesso em: 20 ago. 2020
21. KLINEDINST, N. J. et al. The interplay of genetics, behavior, and pain with depressive symptoms in the elderly. **Gerontologist**, v. 55, p. 67–77, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26055783/>. Acesso em: 08 set. 2020.
22. MARQUES, P. P. et al. Polifarmácia em estudos comunitários: resultados do estudo FIBRA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio Janeiro, v. 22, n. 5, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n5/pt_1809-9823-rbgg-22-05-e190118.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.
23. MATA, M. S. et al. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100025>. Acesso em: 08 jun. 2020
24. MELO, A. C. F. Prevalência de doenças musculoesqueléticas autorreferidas segundo variáveis demográficas e de saúde: estudo transversal de idosos de Goiânia/GO. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p: 138-143, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-25-2-138.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2020.
25. MINETTO, M. A. et al. Common Musculoskeletal Disorders in the Elderly: The Star Triad. **Journal of Clinical Medicine**, v. 9, n. 4, p. 1216, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7231138/>. Acesso em: 08 set. 2020.
26. MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. D. C. G.; SILVA, A. L. A. D. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 set. 2020.
27. NASCIMENTO, J. S; TAVARES, D. M. S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/0104-0707-tce-25-02-0360015.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2020.
28. PALLER, C. J. et al Sexbased differences in pain perception and treatment. **Pain Medicine**, v. 10, n. 2, p: 289-299, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745644/>. Acesso em: 08 set. 2020.

29. PEREIRA, L. C. et al. Fatores Preditores Para Incapacidade Funcional de Idosos Atendidos na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet]. v. 70, n. 1, p. 108-112, jan-fev. 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v70n1/0034-7167-reben-70-01-0112>>. Acesso em: 12 jun. 2020
30. POLES, T. P. G. et al. Utilização e acesso dos idosos aos serviços do Centro de Saúde Vila Sabiá (Sorocaba, SP). In: **Fórum PAS-Prática em Atenção à Saúde 2016**. 2017.
31. RAMIREZ-MAESTRE, C.; ESTEVE, R. The role of sex/gender in the experience of pain: Resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. **J Pain**, v. 15 p. 608–618, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24632112/>. Acesso em: 08 set. 2020.
32. RESENDE, D.F. et al. Quedas e fraturas ósseas em idosos: perfil farmacoepidemiológico. **RBCEH – Revista Brasileira de Ciencia do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 169-182, 2017. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/6879>. Acesso em: 20 ago. 2020.
33. SANTANA, T. D. B. **Estudo longitudinal sobre polifarmácia em idosos: associação com dependência funcional e síndrome de fragilidade**. Dissertação [Mestrado] – Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2018. Disponível em: <<http://www2.uesb.br/ppg/ppges/wp-content/uploads/2018/11/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Tamiles-vers%C3%A3o-final-1.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2020
34. SANTOS, A. S. et al. Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. **Rev. enferm. UERJ**, v. 26, p. e21473-e21473, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/21473-126091-1-PB.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.
35. SANTOS, V. R. et al. Osteoarticular diseases and physical performance of Brazilians over 80 years old. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 423-430, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0423.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2019
36. SBR. Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Doenças reumáticas no Brasil**. Disponível em: <<https://www.reumatologia.org.br/doencas-reumaticas/osteoartrite-artrose/>>. Acesso em: 13 mai. 2020.
37. SMITH, T. O. et al. The prevalence, impact and management of musculoskeletal disorders in older people living in care homes: a systematic review. **Rheumatology international**, v. 36, n. 1, p. 55-64, 2016. Disponível em: <http://eprints.whiterose.ac.uk/89933/7/MSK%20Care%20Homes%20SR%20version%202%2012.07.2015%20ACCPETED%20VERSION.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.
38. STAMM, T. A. et al. Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain: a secondary analysis of population-based health survey data. **BMC músculoskeletal disorders**, v. 17, n. 1, p. 139, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27020532/>. Acesso em: 08 set. 2020.
39. STANNETT, P.; CUMMING, J. The relationship between musculoskeletal diseases and ageing. **BMJ Journals**, v. 73, n. 2, 2014. Disponível em: https://ard-bmj-com.ez6.periodicos.capes.gov.br/content/annrheumdis/73/Suppl_2/1243.1.full.pdf. Acesso em: 19 ago. 2020.
40. TORRES, S. F. **Doenças reumáticas em idosos da comunidade e variáveis associadas: dados do estudo FIBRA**. Dissertação (mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas-SP, 2016. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312645/1/Torres_SarinaFrancescato_M.pdf. Acesso em: 28 jul. 2020.

41. WIITAVAARA, B.; FAHLSTRÖM, M.; DJUPSJÖBACKA, M. Prevalence, diagnostics and management of musculoskeletal disorders in primary health care in Sweden—an investigation of 2000 randomly selected patient records. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 23, n. 2, p. 325-332, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5396352/>. Acesso em: 08 set. 2020.

“

Privação e plasticidade sensorial auditiva em idosos: potenciais corticais e questionários de auto-avaliação

▮ Sabrina Suellen Rolim **Figueiredo**
PUC-SP

▮ Edilene Marchini **Boéchat**
PUC-SP

RESUMO

OBJETIVO: Determinar os efeitos da privação sensorial auditiva e o uso de amplificação em adultos e idosos com perda auditiva sensorineural. **MÉTODOS:** Os sujeitos foram avaliados pelo registro dos Potenciais Evocados Auditivos de Longa Latência logo após o diagnóstico da perda auditiva sensorineural e após um mês de uso dos aparelhos auditivos, considerando o período de aclimatização. Participaram 20 indivíduos, novos usuários de aparelhos auditivos com idades entre 28 e 88 anos, com perdas auditivas de grau moderado a severo. **RESULTADOS:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os valores dos componentes N2 e P3 nos registros realizados antes e depois do uso da amplificação para cada orelha em todos os sujeitos. Não foram encontradas relações estatisticamente significantes entre N2 e P3 e as variáveis idade, duração da privação auditiva e o tempo de uso dos aparelhos auditivos. **CONCLUSÃO:** Os efeitos da privação auditiva e do uso da amplificação puderam ser observados pelas mudanças nos valores de latência dos Potenciais Evocados Auditivos de Longa Latência - componentes N2 e P3. O uso da amplificação como estimulação efetiva pode prevenir ou minimizar a privação auditiva em adultos e idosos deficientes auditivos e pode ser considerado essencial para a plasticidade do Sistema Nervoso Auditivo Central.

Palavras-chave: Potencial Evocado P300, Córtex Auditivo, Privação Sensorial, Plasticidade Neuronal, Auxiliares de Audição.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, preocupação no Brasil e no mundo, é considerada uma doença da atualidade. O último censo do IBGE1 divulgou que 13% dos brasileiros (mais de 28 milhões) têm 60 anos ou mais. A estimativa é de que em 2050, a pirâmide etária contará com 29% de idosos (IBGE, 2018). As alterações no sistema nervoso relacionadas à audição decorrentes do envelhecimento têm sido estudadas amplamente, na busca de melhores condições para a reabilitação desta população (Jerger e Lew, 2004). A maior parte da população idosa têm dificuldades auditivas: cerca de 60% das pessoas com mais de 70 anos têm limiares audiométricos registrados acima 25 dB. A perda auditiva relacionada ao aumento da idade (presbiacusia) afeta a qualidade de vida, não só dos idosos, mas também dos familiares de seu convívio (Gratton e Vázquez, 2003; Zhang e Ho, 2013). Ao apresentar dificuldades de comunicação, principalmente em ambientes desafiadores, o idoso se isola e começa a apresentar sintomas depressivos, baixa autoestima, e risco aumentado de declínio cognitivo (Jorgensen et al. 2016). Estudos referem que fatores como pressão alta, fumar e exposição à ambientes ruidosos contribuem para a piora da audição com o aumento da idade (Kaya et al. 2015). Na presbiacusia podem ocorrer mudanças sob o ponto de vista orgânico e fisiológico do sistema auditivo do indivíduo idoso (Souza, 1996; Timo-laria, 1996).

A privação sensorial promove alterações no funcionamento do sistema auditivo central e manifesta-se como uma redução significativa no desempenho do indivíduo, após um período de falta de estimulação auditiva (Boéchat, 2011).

Estudos evidenciam que o funcionamento alterado do córtex induz a mudanças na rede sináptica cortical. Em pacientes com perda auditiva neurosensorial, foi observado que há recrutamento flexível das regiões cerebrais, não apenas naquelas áreas relacionadas à linguagem, mas também em regiões visuais e afins, denunciando privação sensorial. (Ryals e Dooling, 1996).

Uma alternativa para minimizar os efeitos da privação sensorial, imposta pela deficiência auditiva é o uso da amplificação. O AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual) não é somente necessário para tornar os sons mais audíveis, mas também para buscar ao máximo o equilíbrio e consistência da estimulação, prevenindo privação (Miller-Hansen et al., 2003).

Com a entrada de novas pistas auditivas pode ser observada uma redução dos efeitos da privação sensorial auditiva, bem como as mudanças sistemáticas ao longo do tempo no comportamento auditivo, e por vezes, a estabilização de tais mudanças. Isto se deve a ocorrência da aclimatização, como manifestação periférica da plasticidade do sistema nervoso auditivo central. Este fenômeno tem sido observado a partir de evidências de modificações comportamentais e fisiológicas após introdução ou reintrodução do estímulo auditivo, como a adaptação dos AASI (Allum-Mecklenburg e Babighian, 1996).

Existem vários recursos para se evidenciar os efeitos da privação e posterior plasticidade relacionada à estimulação auditiva: através da observação clínica, a partir da diferença de desempenho auditivo entre a privação sensorial e a reintrodução do estímulo auditivo, por meio do uso de aparelhos auditivos ou IC, assim como no desempenho a partir dos processos de reabilitação, demonstrando melhora das respostas para a fala ao longo do tempo. Além da avaliação clínica, diferentes paradigmas comportamentais têm sido utilizados, incluindo os potenciais evocados auditivos (Boéchat e Figueiredo, 2014).

Dentre os potenciais evocados auditivos de longa latência, o complexo N2-P3 (ou P300) é bastante utilizado para verificação dos efeitos da perda auditiva no sistema auditivo central, frente aos fenômenos da privação sensorial e plasticidades induzida.

O P300 traz uma resposta objetiva que está relacionada à percepção e cognição, aspectos fundamentais da função mental. Tais potenciais ocorrem quando as mudanças nos estímulos sensoriais (acústicos, visuais e somatossensoriais) são reconhecidas conscientemente. São registrados através da estimulação sensorial com dois estímulos com características diferentes, porém da mesma modalidade. Um dos estímulos é apresentado freqüentemente e o outro apenas ocasionalmente, em intervalos aleatórios (*oddball paradigm*). A atividade cerebral evocada pelo estímulo freqüente (estímulo ignorado) é registrada separadamente da atividade evocada pelo estímulo raro (objeto da atenção do examinando) pelo equipamento. O sistema auditivo habitua-se a ouvir o estímulo freqüente e, portanto, um menor número de neurônios responde a esse estímulo. Já o estímulo raro, que é ouvido poucas vezes, faz com que o sistema responda com mais carga neuronal. Portanto, a curva gerada por esses neurônios é maior (em amplitude) do que aquela gerada pelo estímulo freqüente (Verleger et al., 1991). As respostas bioelétricas evocada pelo estímulo raro estão relacionadas à atenção, memória e tomada de decisão (Oppitz et al., 2017; Berticelli et al., 2016).

A onda P3 está presente nos indivíduos com perda auditiva, mas é considerada reduzida em amplitude, atrasada na latência e com morfologia pobre, quando comparada à de sujeitos ouvintes. Nas perdas de grau moderado, nota-se uma diminuição da amplitude e atraso na latência dos potenciais evocados para baixos níveis de pressão sonora (Oates.; Kurtzberg; Stapells; 2002).

Apesar do avanço da idade ocasionar o aumento de latência do componente P300, estudos mostram que após pelo menos um mês (período de aclimatização) de uso efetivo da amplificação (AASI) as latências do componente P300 tendem a diminuir significativamente (Miranda, 2012).

A diminuição da latência dos potenciais evocados tem sido descrita como um correlato neurofisiológico da plasticidade neuronal. Este fenômeno pode preceder a manifestação comportamental, mais tardia por conta da integração destas modificações em uma percepção consciente, além do envolvimento de processos cognitivos mais centrais (Musiek e Berge, 1998; Tremblay, Kraus, McGee; 1998; Kraus e McGee, 1999; Russo et al., 2005).

Estudos utilizando o P300 em idosos ouvintes sugerem que há um aumento da latência e uma diminuição da amplitude com o avançar da idade. O comprometimento da latência é mais pronunciado em indivíduos com transtornos mentais (Pavarini et al. 2018). Kousaie e Philips (2017) estudaram a relação de tarefas cognitivas e o P300 em idosos bilíngues e monolíngues. Os autores verificaram que idosos bilíngues tiveram melhor desempenho do que idosos monolíngues nas medidas eletrofisiológicas durante tarefas cognitivas.

Os testes eletrofisiológicos são fundamentais para o acompanhamento de pacientes com desordens auditivas e para a avaliação das mudanças do sistema nervoso auditivo central, após o tratamento, e reintrodução da estimulação auditiva por meio do uso de amplificação. O potencial evocado auditivo de longa latência P300, por ser um potencial que avalia funções mais superiores, relacionadas à cognição e interpretação dos estímulos, tem sido muito pesquisado, para investigar os efeitos da amplificação nas mudanças neurofisiológicas e comportamentais dos sujeitos com perda auditiva. Pode contribuir para uma perspectiva de intervenção adequada e eficiente em indivíduos que apresentam perda auditiva (Reis, 2003).

Os efeitos primários da perda auditiva neurosensorial estão relacionados com a função auditiva, ou seja, com a detecção, sensação de intensidade, discriminação do padrão acústico, percepção de distância e direção e localização sonora. Além de acarretar um déficit nas estruturas ou nas funções do sistema auditivo, as implicações de uma perda auditiva também envolvem a limitação de atividades e redução da habilidade de compreensão da fala com conseqüente comprometimento da qualidade de vida (Boéchat, 2011). No processo de seleção das características dos aparelhos auditivos e posteriormente, no momento da reabilitação, o clínico deve não somente levar em conta apenas as características estritamente audiológicas do indivíduo, mas também ampliar seu olhar para o paciente em uma perspectiva global, entendendo suas peculiaridades em relação ao uso cotidiano que faz de sua audibilidade. A utilização de questionários de autoavaliação constitui-se como uma medida subjetiva das necessidades, função comunicativa e expectativas do futuro usuário da amplificação. É recomendado que sejam aplicados questionários específicos para avaliar a restrição de participação e a limitação impostas pela deficiência auditiva, bem como questionários genéricos que avaliem a qualidade de vida (Korczak, Kurtzberg, Stapells; 2005).

É importante que a aplicação dos questionários seja realizada antes da adaptação dos AASI e depois de determinado intervalo de tempo de uso da amplificação. Assim, vários aspectos podem ser levantados e avaliados e, caso a comparação dos índices obtidos primeiramente sugira uma redução na autoavaliação da limitação em atividades, a adaptação pode ser considerada eficiente (Gil, 2006).

Além dos instrumentos utilizados na rotina da prática clínica referentes ao processo de uso da amplificação em pacientes adultos usuários de AASI, observa-se a necessidade de outros paradigmas de medida que paramentem os profissionais da área quanto aos efeitos

no sistema auditivo central, frente aos fenômenos da privação sensorial e plasticidades induzida (uso da amplificação e implantes cocleares).

Para tanto, os efeitos da estimulação auditiva podem ser verificados clinicamente através de procedimentos objetivos, como a realização do potencial evocado do tronco encefálico de longa latência (PEALL – P300) e por meio de procedimentos subjetivos, pela aplicação de questionários de auto-avaliação.

METODOLOGIA

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, registrado pelo Protocolo de Pesquisa nº 260/2011, e foram inclusos na pesquisa apenas os sujeitos que consentiram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi realizado na DERDIC/PUC-SP (Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação), instituição conveniada ao SUS, no setor de Audiologia Clínica – Ambulatório de entrega de AASI. Participaram do estudo 20 indivíduos adultos deficientes auditivos, 13 homens e 17 mulheres, com idades a idade mínima de 28 e máxima de 88 anos, sendo todos novos usuários de AASI. Dentre os sujeitos, 70% apresentaram idade maior que 60 anos. Foram adotados como critérios de inclusão: perda auditiva neurossensorial e/ou mista adquirida de grau leve a profundo; serem novos usuários de amplificação; falantes do português e sem outros comprometimentos associados de origem sindrômica, neurológica, psicológica, psiquiátrica, motoras e visuais.

O objetivo do presente estudo foi realizar o registro do potencial de longa latência – P300 – em adultos e idosos novos usuários de AASI e comparar as latências dos PEALL, complexos P3 e N2, antes e depois do uso da amplificação, por orelha. Os resultados foram correlacionados com o Tempo de Privação Sensorial, grau da perda auditiva (orelha direita/esquerda) idade, tempo diário de uso do AASI. Também foram aplicados instrumentos de validação e auto-avaliação – HHIA e APHAB, como parâmetros de verificação dos efeitos da estimulação auditiva. Os escores dos questionários APHAB e HHIA foram correlacionados com as diferenças entre latência dos complexos estudados.

Os materiais, instrumentos e equipamentos utilizados neste estudo foram: Otoscópio da marca Heine – Mini 3.000 - para inspeção visual do meato acústico externo; audiômetros dos modelos: *Midimate 622*, *Interacoustics AD 27*, *Midimate 602* e *Siemens SD 25*, para as avaliações audiológicas em cabina acústica, medida do limiar de desconforto, ganho funcional e testes de fala; *Software Noah (3.5)* – para manipulação dos softwares das empresas dos respectivos AASI; fones de inserção – *Ear Link - 3A Qty 50*; eletrodos de superfície – *Kendall – Medi Trace - 100*; algodão e pasta abrasiva de marca “*Nuprep – ECG & EEG Abrasive Akin Prepping Gel*”; equipamento da marca *Intelligent Hearing Systems (IHS)*, modelo *SmartEP* e

os instrumentos para validação dos resultados - HHIA e APHAB. Os sujeitos selecionados foram atendidos no período de julho de 2011 à agosto de 2012, sendo os procedimentos iniciais realizados: avaliação audiológica, seleção e adaptação de AASI. No momento da entrega dos aparelhos, os pacientes eram orientados sobre o objetivo do registro do P300, e sobre a técnica utilizada, enfatizando ser um procedimento seguro e não invasivo. Todos os participantes permaneceram em uso dos AASI por quatro semanas e retornaram para a confirmação e checagem do tempo de uso. O tempo de uso mínimo considerado efetivo foi de 4 horas diárias. O depoimento nos resultados foi checado no Datalogging, como uma referência de apoio do relato dos pacientes. A validação dos benefícios da amplificação através de questionários de auto-avaliação. O questionário o HHIA (*hearing handicap inventory for the adult*), e o APHAB (*Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit*), foram aplicados, para o levantamento de dados que complementassem a avaliação dos efeitos da estimulação auditiva (Matas e Lório, 2003). O HHIA foi aplicado antes do uso da amplificação, para a avaliação da percepção destes sujeitos, relativa à restrição em atividades envolvendo a audição. Os indivíduos responderam “não” (zero pontos), “às vezes” (2 pontos) ou “sim” (4 pontos), para as 25 questões. A análise das respostas foi realizada a partir da soma de todos os pontos, podendo variar de 0 a 100. Quanto maior o valor da pontuação, maior a autopercepção da restrição de participação destes sujeitos. Valores inferiores a 16 pontos foram classificados como “não”, por não haver percepção da restrição de participação, de 18 a 42 pontos a percepção pode ser considerada como “leve a moderada”, e acima de 42 pontos, a pontuação foi classificada como “significativa”, pois a percepção é severa ou significativa.

Para avaliar o benefício da amplificação e as diferenças do desempenho comunicativo dos sujeitos, o questionário APHAB foi aplicado no dia da entrega do AASI, considerando respostas para situações de comunicação, em diferentes ambientes antes do uso da amplificação, e após quatro semanas, período da aclimatização, em que o paciente usou os AASI. O questionário é composto por 24 itens, dividido em quatro categorias: Facilidade de Comunicação (FC), Reverberação (RV), Ruído Ambiental (BA) e Sons Indesejáveis (SI). Os sujeitos responderam as questões, selecionando uma das sete opções, referindo à frequência da ocorrência de cada afirmação: A “sempre” (99%), B “quase sempre” (87%), C “geralmente” (75%), D “metade das vezes” (50%), E “às vezes” (25%), F “raramente” (12%) e G “nunca” (1%). O benefício propiciado pelo uso da amplificação foi obtido pela diferença entre os índices de dificuldade auditiva. A análise das respostas foi realizada pelo programa “*Professional Fitting Guideline – PFG 8.6*” produzido pela *Phonak AG, Switzerland* em 2006.

A avaliação eletrofisiológica foi realizada no momento imediatamente anterior ao recebimento dos AASI, antes do período de uso. Inicialmente, foi realizada uma breve entrevista com cada sujeito, para a confirmação de alguns dados já levantados no prontuário, referentes

à perda auditiva. Foi realizada a inspeção do meato acústico externo, para descartar a presença de comprometimento da orelha externa e membrana timpânica, por conta da interferência na adequação da realização do exame. Para a realização do Potencial Evocado Auditivo de Longa Latência – P300, o sujeito era orientado a deitar-se na maca, confortavelmente, com os olhos fechados, mantendo-se relaxado, porém em estado de vigília. Ao registrar os potenciais auditivos evocados, foi tomado um cuidado com a musculatura cervical, para que ficasse relaxada, ajustando a posição da cabeça num travesseiro se necessário. A pele do indivíduo foi higienizada, na frente, e nas mastóides com pasta abrasiva de marca “Nuprep – ECG & EEG Abrasive Akin Prepping Gel”, visando remover a oleosidade e facilitar a fixação dos eletrodos de superfície. Os eletrodos foram dispostos nas mastóides direita (A2) e esquerda (A1); os eletrodos ativo (Fz) e terra (FPz) foram posicionados na frente. A impedância dos eletrodos não ultrapassou 3 Kohms. Fones de inserção foram posicionados na porção cartilaginosa do meato acústico externo para a condução do estímulo sonoro, portanto, os sujeitos não utilizaram AASI durante o exame. Os estímulos selecionados para a estimulação sonora através do fone foram sons específicos de fala, sendo o estímulo frequente, a sílaba “ba” e o estímulo raro e aleatório, a sílaba “ta”. Foi solicitado que o paciente não se movimentasse, não falasse nem fizesse movimentos oculares durante o exame. Foi solicitada que o sujeito prestasse atenção nos estímulos raros, a sílaba “ta”, contando mentalmente p número de vezes que ouviu, em meio a uma série de estímulos frequentes que iria ouvir, a sílaba “ba”. Antes de iniciar o registro, foi realizado um breve treinamento para garantir a compreensão do procedimento Os estímulos foram apresentados primeiramente na orelha direita, e posteriormente, na orelha esquerda. O registro das latências dos componentes P3 e N2 bilateralmente foi realizado em um computador por meio do *Software Intelligent HearingSystem – IHS*, e foi utilizado o protocolo padrão do programa, sendo a apresentação do estímulo frequente de 80% e 20% estímulo raro, a intensidade determinada foi em nível audível pelo paciente (variando de 70 dB a 100 dB, dependendo do grau da perda), a taxa de apresentação foi de 1.1/seg., polaridade foi alternada, os transdutores utilizados foram fones de inserção modelo “EAR Link -3B Qty 50”, filtro de 1-30 Hz, amplificação de 100.0 K, foram apresentadas 100 varreduras e a janela de análise foi de 500 ms. O posicionamento dos eletrodos de superfície foi determinado utilizando o eletrodo ativo na frente posição Fz, eletrodos de referência nas mastoides esquerda e direita (A1 e A2) e o eletrodo terra na posição Fpz. A latência da onda P300 no traçado do estímulo raro foi marcada no ponto máximo de amplitude da onda P300 após o complexo N1-P2-N2. Após o registro dos componentes P3 e N2 bilateralmente, o paciente era novamente orientado quanto à importância do uso sistemático para a melhor adaptação de seu sistema auditivo, manuseio e cuidados com o AASI. Após quatro semanas os sujeitos retornaram para o registro dos potenciais evocados auditivos de longa latência, componentes P3 e N2 (itens B à

F), verificando valores de latência após o período de aclimatização e uso da amplificação e para uma nova aplicação do questionário de restrição à participação “APHAB”, para a realização da avaliação do benefício e satisfação do uso do AASI, comparando-o com as respostas anteriores à amplificação. Na análise estatística dos resultados foi utilizado do teste de Correlação de Spearman com o ganho de cada latência para medir o grau de correlação com todas as demais variáveis quantitativas: tempo de Privação, grau da perda OD/OE, idade, horas de uso diário de AASI, e escores dos questionários HHIA e APHAB. O teste para o coeficiente de correlação foi utilizado para validar as correlações realizadas com as variáveis quantitativas. O nível de significância considerado foi de 0,05 (5%). Todos os intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho foram construídos com 95% de confiança estatística.

RESULTADOS

Os componentes N2 e P3 foram obtidos em todos os indivíduos durante a pesquisa do P300. Os valores de latência mínimos e máximos antes e depois do uso dos AASI e aclimatização estão dispostos no Quadro 1. Houve diferença estatisticamente significativa entre o valor médio de latência dos componentes P3 e N2 registrados antes e após o uso dos AASI durante 4 semanas, período de aclimatização, observando redução das latências dos componentes em questão, bilateralmente (Tabela 1).

Com relação ao tempo de privação auditiva, 30% dos sujeitos apresentaram menos que 5 anos de perda auditiva. A porcentagem de pacientes com perda auditiva por mais de 10 anos também foi de 30%. Já o maior grupo dos três foi o de pacientes em privação sensorial auditiva de 5 à 10 anos, correspondendo 40% da casuística.

A maior parte dos usuários, 55%, referiu realizar o uso efetivo dos aparelhos por mais de 10 horas por dia. A porcentagem de 30% corresponde aos sujeitos que utilizam os aparelhos de 8 à 10 horas diariamente. Somente 15% dos pacientes usaram os AASI por menos que 8 horas por dia. Os valores aqui descritos são referentes ao auto-relato dos pacientes, sendo que sua maioria pode ser confirmada através do uso de *Datalogging* (alguns dispositivos apresentaram leitura irregular, assim, como segurança, foram computados os dados referentes a informação oral dos pacientes). O valor mínimo de uso diário foi de 4 horas por dia, e o valor máximo de horas de uso por dia foi de 15 horas por dia.

A descrição dos valores referentes ao Grau da perda auditiva dos sujeitos está disposta na Figura 1 e 2.

Com relação à correlação entre os valores de latência dos componentes P3 e N2 (Antes – Depois), com as variáveis idade, grau da perda auditiva (D), tempo de uso diário do AASI, tempo de privação dos sujeitos e os escores do questionário APHAB, não foram encontradas

correlações estatisticamente significante (Tabela 2). Com relação ao grau de perda auditiva e diminuição de latências encontrada, verificou-se que apenas houve correlação estatisticamente significante entre grau da perda auditiva no lado esquerdo e as diferenças (diminuição) da latência do componente N2. Quanto aos dados de respostas do APHAB, verificou-se que a correlação foi estatisticamente significante entre a diminuição de latências do componente P3 e o benefício no domínio Facilidade de Comunicação (FC). Observa-se que houve correlação estatisticamente significante também entre a diminuição da latência do componente P3 e os escores do questionário HHIA.

Com relação aos instrumentos de autoavaliação, verificou-se que as respostas do questionário HHIA mostraram que 30% dos sujeitos não tiveram percepção das dificuldades e restrição nas atividades pela condição auditiva. Demonstraram ter leve a moderada percepção das dificuldades e restrição nas atividades também 30% dos indivíduos. Já quanto à percepção significativa das dificuldades e restrição nas atividades, o grupo correspondeu a 40% da casuística. A pontuação total média obtida no questionário HHIA foi igual a 38,3, sendo a pontuação máxima para melhor percepção de restrição, o índice de 100 pontos. Em relação ao benefício do uso da amplificação (APHAB), observou-se que as respostas médias dos sujeitos mostraram diferenças nas escalas Facilidade de Comunicação (FC), Ruído Ambiental (BA) e Reverberação (RV), considerando-se que é necessária uma diferença mínima de 22% entre os índices sem e com AASI – Benefício. Apenas na categoria de Sons Indesejáveis (SI), houve diferença negativa de 4%, demonstrando maior dificuldade no desempenho auditivo nestas condições após o uso do AASI. Analisando as respostas globalmente nas três subescalas: FC, RV e BA, houve melhora do desempenho auditivo com a amplificação, resultando em um índice com amplificação auditiva 34% melhor do que sem, devendo este valor ser pelo menos de 10% como parâmetro de respostas efetivas e significativas.

DISCUSSÃO

Nos registros do componente P3, os valores obtidos em latência (252 a 370 ms) estão acordo com o padrão de normalidade estabelecido por Mc Pherson, em seus achados em pesquisas do componente P3 – de 225 a 427 ms. Os resultados deste estudo correlacionam-se também com os valores de latência encontrados por Duarte, Alvarenga e Costa (2004), que realizaram registro do P300 em indivíduos com audição nos limiares de normalidade e encontraram valores da latência (ms) do P300 de 301 à 375.

Na presente pesquisa os valores de P3 foram registrados num intervalo de 252 a 370 ms, bilateralmente, e foram obtidos os seguintes valores médios, após o uso da amplificação: 317,0 para orelha direita, 314,4 para orelha esquerda e o valor médio geral foi de 315,7 ms. Este valor se assemelha aos valores médios de latência do componente P3 encontrados

por Matas et al. (2006), Reis, Iorio (2007) e Fonseca C.B.F. (2006), que também realizaram estudos com registro de P300 em indivíduos com perda auditiva neurossensorial. Matas et al. (2006) verificaram valores médios de latência de 331,71ms para a faixa etária de 50 a 59 anos. Já Reis, Iorio (2007) encontraram o valor de latência média de 326,97ms em sua pesquisa. Fonseca C.B.F. (2006) registrou o componente P300 em indivíduos com perda auditiva neurossensorial unilateral adquirida, antes e após seis meses de adaptação da amplificação auditiva, e foram obtidos os seguintes valores médios, após o uso da amplificação auditiva: 324,33 ms para as orelhas com perda auditiva, 322,45 ms para as orelhas com audição normal e 323,39 ms para ambas.

No registro do componente N2 foram encontrados valores médios, de 287,3 para orelha direita e 286,1 para orelha esquerda (Tabela 1), e foram registrados num intervalo de 182 a 322 ms, bilateralmente. Estes achados se diferenciam do registro realizado com indivíduos com audição normal, pelos pesquisadores Duarte, Alvarenga e Costa, (2004), que encontraram valores da latência (ms) do componente N2 de 183 à 275 ms. Os valores máximos de N2 do presente estudo ultrapassaram o valor de normalidade, que podem ser registrados no intervalo de 188 a 231 ms. Este prolongamento dos valores de latência do componente N2, e aumento dos valores médios de latência do componente N2 bilateralmente, em comparação aos valores de parâmetro de normalidade, podem estar relacionados aos efeitos da privação auditiva imposta pela deficiência auditiva dos sujeitos, sendo fator contribuinte para o aumento das latências e diminuição de desempenho auditivo. Este fato correlaciona-se ao conceito de que para as perdas auditivas de grau moderado, nota-se uma diminuição da amplitude e atraso na latência dos potenciais evocados para baixos níveis de pressão sonora (Oates; Kurtzberg; Stapells; 2002).

As diferenças (diminuição das latências P3 e N2 após o uso dos AASI) não apresentaram correlações estatisticamente significantes com a idade dos sujeitos, considerando que a faixa etária dos participantes foi ampla. Este dado pode estar relacionado ao interessante fato de que, independentemente da idade do sujeito, a plasticidade cerebral auditiva ocorreu de forma semelhante nos indivíduos deste estudo, ou seja, tanto nos adultos jovens quanto nos idosos os valores de latência dos componentes N2 e P3 reduziram após o uso efetivo da amplificação, indicando a manifestação da plasticidade cerebral auditiva e minimização da privação sensorial auditiva. Outros fatores, além da idade, que ocorrem ao longo da vida, como a somatória de privações em outras modalidades ou os efeitos da estimulação, podem ter concorrido para esta questão.

Outra uma futura análise possível com os dados da presente pesquisa poderia ser a verificação dos valores de latências antes da amplificação correlacionados a idade dos sujeitos, pois há achados em diversos estudos evidenciando correlação estatisticamente significativa entre o aumento da latência dos potenciais com o aumento da idade. Schiff

et al (2008) ao pesquisarem os potenciais auditivos corticais P300, encontraram correlação significativa com a idade e gênero. A latência do P300 aumentou com o avanço da idade, enquanto a amplitude diminuiu. Este fato também foi observado por Miranda E. C. (2012), que registrou o Potencial Evocado Auditivo de Longa Latência – P300 depois de três meses de uso efetivo da amplificação e observou que o avanço da idade ocasionou um aumento da latência do P300. Outras autoras que encontraram correlações entre o registro do P300 com a idade foi longa latência (P300) foram Reis e Lório (2007), Reis (2003) e Matas et al. (2006), pois observaram que com o avanço da idade há um aumento significativo na latência do P300. As autoras observaram, também, alterações consideráveis em relação à morfologia e qualidade dos traçados dos potenciais evocados auditivos, indicando uma forte correlação entre piora na qualidade do traçado e aumento da idade.

Na presente pesquisa o grau da perda auditiva teve correlações significantes com a diminuição (antes e depois do uso dos AASI), de latências do componente P3, apenas para a orelha esquerda dos sujeitos. Ao se observar a relação de grau da perda auditiva entre as orelhas direita e esquerda (Figura 1), pode-se notar que as perdas auditivas do lado esquerdo são mais acentuadas em grau no grupo estudado do que do lado direito, isto é, existe uma média de 49,7 dB para as orelhas direitas e 51,95 as orelhas esquerdas. Esses dados podem justificar a correlação estatisticamente significativa entre as diferenças (diminuição) da latência do componente N2 e o grau da perda auditiva somente no lado esquerdo, possivelmente isso está relacionado ao fato de que a orelha esquerda obteve mais ganho na amplificação, por conta do maior grau de perda ocorrendo, maior compensação e diminuição das latências de N2, deste lado.

Reis et al. (2015) verificaram em seu estudo que as medidas do P300 em indivíduos com perda auditiva sensorineural congênita mostraram diferenças nas latências em relação ao grau de perda auditiva (severo e profundo) .

Oates, Kurtzberg, Stapells, (2002) em seus estudos verificou os efeitos da perda auditiva neurosensorial no potenciais cortical P3 para sons da fala e percebeu que ocorreu redução da amplitude e aumento da latência do componente P3, com o aumento do grau da perda auditiva destes potenciais corticais. Hoshii (2010) ao pesquisar os Potenciais Evocados Auditivos de longa latência (P300) sujeitos deficientes auditivos usuários de AASI, observou que a latência do componente P1 registrado nos sujeitos é diretamente proporcional ao grau de perda auditiva do sujeito. Já a autora Reis (2003) verificou o registro do componente P3 e observou que o grau da perda auditiva não interferiu na latência. Reis e Lório (2007) também estudaram o P300 em portadores de perda auditiva neurosensorial e referiu que a latência do P300 não apresentou diferença quando comparado ao grau de perda auditiva.

A diminuição da latência dos potenciais evocados tem sido descrita como um correlato neurofisiológico da plasticidade neuronal. Este fenômeno pode preceder a modificação

comportamental, mais tardia por conta integração destas modificações em uma percepção consciente, além do envolvimento de processos cognitivos mais centrais (Musiek e Berge, 1998; Tremblay, Kraus, McGee; 1998; Kraus e McGee, 1999; Russo et al., 2005).

Com relação às diferenças das latências dos componentes P3 e N2 registrados antes e depois do uso da amplificação, por quatro semanas, verificou-se no presente estudo uma diferença, ou seja, diminuição de latências, estatisticamente significativa. O período de uso dos AASI proposto neste estudo – 4 semanas, é correspondente ao que a literatura (Boéchat, 2010) afirma como período de aclimatização, no qual ocorrem mudanças no sistema nervoso central auditivo, relacionadas ao fenômeno inicial da plasticidade induzida. Portanto, os resultados sugerem que após o período de privação sensorial (tempo perda aditiva), o sistema auditivo destes sujeitos possuía um valor de latência que foi reduzido com a reintrodução da amplificação, evidenciando mudanças corticais juntamente com a melhora verificada no desempenho auditivo, obtidos pelo uso da amplificação. Estes indivíduos melhoraram sua condição de escuta ao terem elevado o nível e intensidade do estímulo através dos AASI, que forneceram mais informações acústicas aos usuários.

Os dados encontrados estão de acordo com os estudos de Miranda E. C. (2012), que realizou estudos com 80 idosos usuários de amplificação, avaliados em relação ao desempenho cognitivo, testes comportamentais, questionários de auto-avaliação e registro do PEALL - P300. Os idosos foram divididos em dois grupos: grupo I foi composto por idosos com desempenho cognitivo rebaixado e o grupo II com idosos com desempenho cognitivo normal. Os mesmos procedimentos da avaliação inicial foram aplicados após três meses de uso contínuo de amplificação sonora. A autora encontrou uma diminuição da latência no decorrer das avaliações, ou seja, a média da avaliação foi maior que na reavaliação, nos dois grupos. A autora verificou que a redução da latência do P300 após o uso da amplificação sonora sugere mudanças no SAC e efetividade do processo de reabilitação aural.

Não foram encontradas correlações significantes entre as diferenças de latências dos componentes P3 e N2, e o tempo de privação sensorial auditiva e o tempo de uso dos AASI, após o uso dos AASI, ou seja, independentemente do tempo em que os sujeitos estiveram em privação sensorial, e do tempo em que usaram os AASI diariamente, a diminuição de latência ocorreu, nas primeiras 4 semanas semelhantemente. Isso pode estar relacionado ao fato de que o uso diário dos AASI, considerado o tempo mínimo efetivo – 4 horas diárias, até 15 horas diárias, foi da mesma forma efetivo para a mudança do desempenho auditivo e diminuição nas latências. Com relação ao tempo de perda auditiva, seria interessante que estes sujeitos fossem reavaliados depois de mais algum tempo de uso, para verificar se existem correlações da diminuição das latências com aumento do tempo de uso, passado o período de aclimatização. Porém, a autora Hoshii, (2010) ao pesquisar os Potenciais Evocados Auditivos de longa latência (P300) verificou que os componentes N1, P2, N2,

sugeriram ter alterações inversamente proporcionais com a sistematicidade de estimulação auditiva, ou seja, quanto menos o sujeito usou os AASI, mais alterado se deu o registro destes potenciais. A autora referiu que fatores como a não sistematicidade na utilização da amplificação, grau da perda auditiva e o maior tempo de privação auditiva parecem afetar os resultados dos PEALL, sugerindo efeito na plasticidade das vias auditivas centrais.

Houve correlação estatisticamente significativa também entre a diminuição da latência do componente P3 e os escores do questionário HHIA. Observou-se que quanto maior a diferença (diminuição) entre as latências, maior a percepção da restrição de participação em atividades envolvendo a audição dos sujeitos. Os indivíduos que tiveram maior percepção da restrição de participação, foram aqueles cujas diferenças das latências do P3, antes e depois do uso dos AASI, foram mais acentuadas. Tais dados evidenciam a importância da aplicação deste instrumento, pois pode fornecer informações importantes sobre a relação da grande dificuldade que o paciente possa ter em situações envolvendo a audição e a melhor resposta do sistema nervoso central auditivo à reintrodução da estimulação. Lima, Aiello e Ferrari (2011) também utilizaram o questionário de restrição de participação em atividades envolvendo a audição, para Adultos (HHIA) e não encontraram relações dos resultados da percepção de restrição de participação em atividades envolvendo a audição com o tempo de privação sensorial, mas os autores concluíram que os dados do seu estudo reforçam a necessidade de utilização de um instrumento de avaliação da restrição de participação.

Os escores do HHIA na presente pesquisa se assemelharam aos de outros estudos: 30% dos sujeitos não têm percepção das dificuldades e restrição nas atividades pela condição auditiva. Demonstraram ter leve a moderada percepção das dificuldades e restrição nas atividades também 30% dos indivíduos. Já quanto a percepção significativa das dificuldades e restrição nas atividades o grupo correspondeu a 40% da casuística. A pontuação total média obtida no questionário HHIA foi igual a 38,3. Os resultados foram semelhantes aos pesquisados por Yamamoto e Ferrari (2012), que também verificaram respostas do questionário HHIA/HHIE, aplicados em pacientes, antes da adaptação dos AASI e observaram que 27% dos pacientes não tinham percepção de restrição. Com percepção leve a moderada, apareceram 31,5% dos sujeitos pesquisados. O escore dos sujeitos com percepção significativa ou severa da restrição de participação, correspondeu ao índice de 41,5%. Os resultados referentes que a pontuação média total do questionário de restrição de participação auditivo para os sujeitos foi de 41,1 pontos (41,1%). A pontuação média do HHIA do presente estudo também foi semelhante ao estudo realizado por Aiello, Lima e Ferrari (2011) que aplicaram o HHIA em participantes com deficiência auditiva, e a pontuação média obtida no questionário HHIA foi igual a 52,2.

Os resultados do instrumento APHAB, aplicado antes e após a estimulação auditiva demonstraram diferenças significantes nas escalas Facilidade de Comunicação (FC), Ruído

Ambiental (BA) e Reverberação (RV), considerando-se que é necessária uma diferença mínima de 22% entre os índices sem e com AASI - Benefício, apenas na categoria de Sons Indesejáveis (SI), houve diferença negativa de 4%, demonstrando maior dificuldade no desempenho auditivo, nestas condições após o uso do AASI. Analisando as respostas globalmente nas três subescalas: FC, RV e BA, houve melhora do desempenho auditivo com a amplificação, resultando o índice com amplificação auditiva 34% melhor do que sem amplificação auditiva, devendo este valor ser pelo menos de 10% como parâmetro de respostas efetivas e significativas. Com relação à categoria SI, não houve melhora no desempenho após o uso dos AASI, pois esta categoria é analisada individualmente, a diferença entre antes e depois deve ser igual ou menor que 31%, porém no presente estudo a diferença foi negativa, de -4%, sugerindo dificuldades nestas condições. Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a diminuição de latências do componente P3 e o benefício no domínio Facilidade de Comunicação (FC) do questionário APHAB no presente estudo. Observou-se que aqueles sujeitos que tiveram maior diminuição dos valores de latência do componente P3, antes e depois do uso dos AASI, também tiveram maior benefício no que se refere à Facilidade de Comunicação (FC). Os resultados se assemelham aos de Silman et al (2004), que aplicaram o protocolo APHAB, antes e após um e três meses da adaptação em indivíduos com perda auditiva de grau leve a moderadamente severo. Os resultados mostraram que houve benefício significativo nas atividades do cotidiano, pois o protocolo APHAB revelou benefício significativo em todas as subescalas sem amplificação e após um mês da adaptação, assim como na presente pesquisa. Os pesquisadores ainda reaplicaram o APHAB após três meses de uso, mas ao comparar os benefícios obtidos entre um mês de uso e três meses, não encontraram diferenças estatisticamente significantes. Este dado é relevante para o estudo em questão, pois valida a significância da aplicação após quatro semanas de uso dos AASI. Os autores concluíram que há redução das dificuldades auditivas com o uso da amplificação sonora em ambientes favoráveis, reverberantes e com elevado nível de ruído, porém, foi observado que há ainda uma dificuldade com sons intensos do ambiente, dificuldade tal que também foi observada na presente pesquisa.

CONCLUSÃO

a estimulação auditiva promoveu mudanças no Sistema Nervoso Auditivo Central, já que houve diminuição estatisticamente significativa na comparação entre as latências N2 e P3 antes e depois do uso da amplificação para cada orelha (Direita e Esquerda). Não houve correlação estatisticamente significativa entre as diferenças (diminuição) entre as latências N2 e P3 e as variáveis idade, tempo de privação sensorial auditiva e tempo de uso dos AASI.

O uso dos AASI reduziu a restrição à participação dos sujeitos e propiciou melhora na comunicação, pois na correlação entre os escores dos instrumentos HHIA e APHAB

observam-se diferenças significantes entre as latências do componente P3 das orelhas esquerdas e a restrição de participação e benefício com o uso dos AASI.

Este estudo permitiu identificar a validade dos PEALL – P300, como um importante parâmetro clínico para verificar os efeitos do uso da amplificação como estimulação essencial para a plasticidade do sistema nervoso auditivo central, prevenindo ou minimizando a privação sensorial e promovendo melhor desempenho auditivo.

QUADROS, TABELAS E FIGURAS

Quadro 1. Latências – P3 e N2 antes e depois do uso de AASI

P300	Latência Antes da aclimatização (A) Valores mínimos e máximos		Latência Depois da aclimatização (D) Valores mínimos e máximos	
	OD	OE	OD	OE
N2	274-382	254-361	192-318	255-322
P3	306-370	291-381	252-348	274-370

Tabela 1. Distribuição dos valores de Latência P3 e N2, para cada orelha antes e depois da estimulação (uso do AASI) .

Latência	Lat OD P3		Lat OE P3		Lat OD N2		Lat OE N2	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
Média	341,3	317,0	337,2	314,4	312,8	287,3	310,0	286,1
Mediana	344	320	335	314	314	290	316	281
Desvio Padrão	18,9	24,3	23,1	23,0	26,5	32,5	29,5	22,9
Q1	325	308	326	300	294	278	295	266
Q3	356	336	354,8	330,8	327,3	312,5	327,3	306
N	20	20	20	20	20	20	20	20
IC	8,3	10,7	10,1	10,1	11,6	14,2	12,9	10,0
P-valor	<0,001		<0,001		0,005		0,001	

Tabela 2. Correlação entre as diferenças de Latência P3 e N2, com as demais variáveis.

P300		Latência P3		Latência N2	
		Corr	P-valor	Corr	P-valor
Tempo de Privação		1,1%	0,944	25,2%	0,117
Grau da Perda OD		15,3%	0,345	-8,9%	0,584
Grau da Perda OE		-14,3%	0,379	-38,8%	0,013
Idade		19,4%	0,230	-14,9%	0,359
Horas uso por dia		6,5%	0,690	2,2%	0,895
HHIA	TOTAL	-33,8%	0,033	-14,8%	0,362
	FC	-44,7%	0,004	-3,6%	0,828
	RV	2,5%	0,878	-14,5%	0,371
	BA	-10,0%	0,540	-18,2%	0,261
	SI	-6,9%	0,674	-6,3%	0,698

Figura 1. Distribuição dos sujeitos segundo o grau da perda das orelhas direita e esquerda

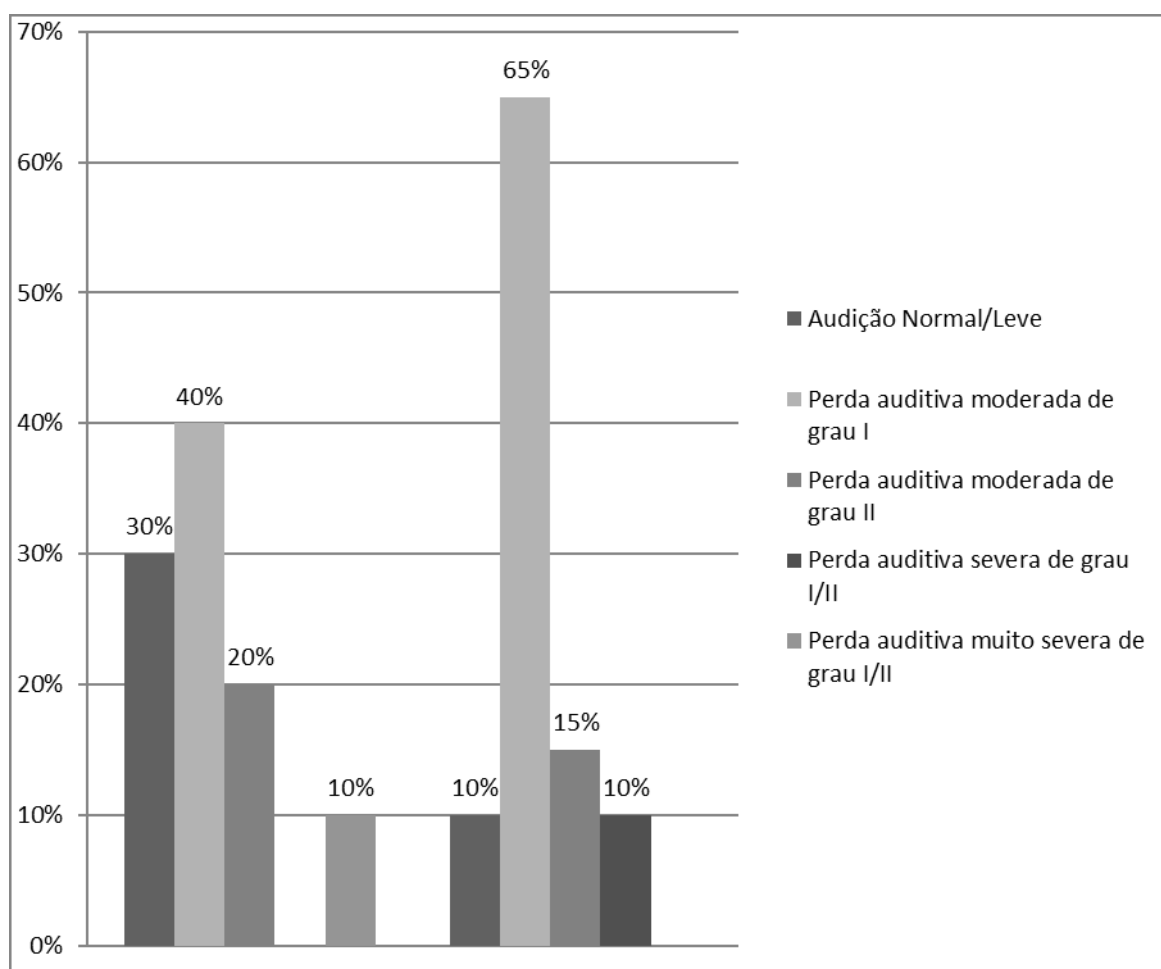
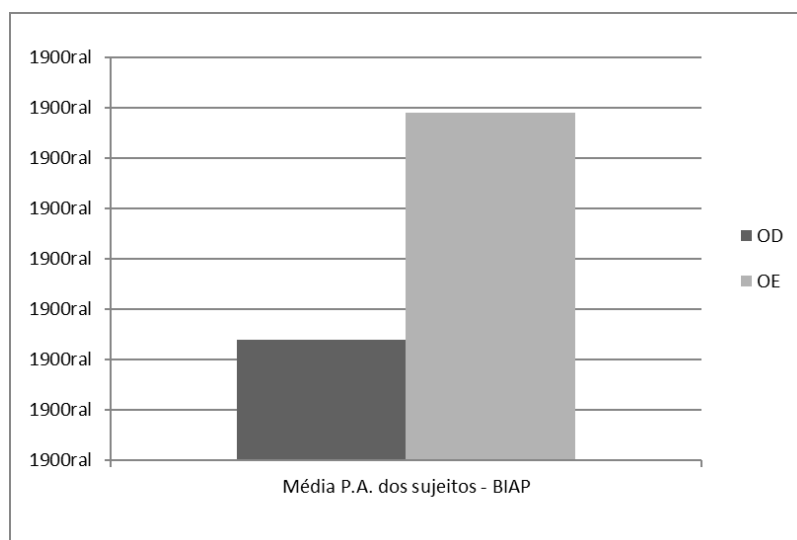


Figura 2. Média da Perda Auditiva dos sujeitos, segundo classificação da BIAP (2010).



■ REFERÊNCIAS

1. Allum-Mecklenburg D.; Babighian G. Cochlear performance as an indicator of auditory plasticity in humans. In: Salvi RJ, Henderson D, Fiorino F, Colletti B, editors. Auditory system plasticity and regeneration, Thieme Medical Publishers New York, 395-404., 1996.
2. Berticelli, A.Z.; Grotto, K.; Rocha, V.; Brandão, L.; Sleifer, P. Potenciais evocados auditivos de longa latência e potencial cognitivo em indivíduos afásicos. *Estud Inter Envelhec.* 2016; 21(3):235-50.
3. Boéchat, E. M. ; Figueiredo, S. S. R. . Biomarcadores Corticais - Parâmetros da Privação e Estimulação Auditiva. In: Irene Queiroz Maschesan; Hilton Justino; Marileda Cattelan Tomé. (Org.). *Tratado de Especialidades em fonoaudiologia.* 1ed.São Paulo: Guanabara Koogan, v. 1, 854-860, 2014.
4. Boéchat, E. M. Plasticidade e desenvolvimento. *Tratado de Audiologia.* São Paulo, ROCA, 181-192, 2011.
5. Duarte, J. L.; Alvarenga, K. F.; Orozimbo; C. A. Potencial Cognitivo P300 realizado em campo livre: aplicabilidade do teste. *Bras Otorrinolaringologia.* V70, n. 6, 780-5, Nov/dez. 2004.
6. Fonseca, C. B. F. “Estudo dos potenciais evocados auditivos de Longa Latência (p300), em indivíduos com perda auditiva neurosensorial unilateral, antes e após a adaptação de prótese auditiva”. –São Paulo 2006. xii, 59f. Tese (Mestrado) UNIFESP – Escola Paulista de Medicina.
7. Gil, D. *Treinamento Auditivo Formal em Adultos com Deficiência Auditiva.* – [tese de doutorado]. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2006.
8. Gratton, M. A.; Vázquez, A. E. Age-related hearing loss: current research. *Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery,* Volume 11, Issue 5, 367-371, October 2003.
9. Hoshii, L. A. Potencial evocado auditivo de longa latência em um grupo de crianças deficientes auditivas usuárias de aparelho de amplificação sonora individual: estudo de caso. 2010. p. 36-40. Tese (Mestrado) – PUC-SP.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Idosos indicam caminhos para uma melhor idade; 2018 (<https://censo2020.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade.html>).
11. Jerger, J.; Lew, H.L. Principles and clinical applications of auditory evoked potentials in the geriatric population. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 15(1), 235-250, 2004.
12. Jorgensen L.E.; Palmer C.V.; Pratt S.; Erickson K.I.; Moncrieff D. The Effect of Decreased Audibility on MMSE Performance: A Measure Commonly Used for Diagnosing Dementia. *J Am Acad Audiol* 2016; 27(4):311-323.
13. Kaya, K.H.; Karaman, K.A.; Sayın, I.; Güneş, S.; Canpolat, S.; Şimşek, B. et al. Etiological classification of presbycusis in Turkish population according to audiogram configuration. *Kulak Burun Bogaz Ihtisas Derg* 2015;25(1):1-8
14. Kousaie, S.; Phillips, N.A. A behavioural and electrophysiological investigation of the effect of bilingualism on aging and cognitive control. *Neuropsychologia*. 2017;94:23-35.
15. Korczak, P.A.; Kurtzberg, D.; Stapells, D.R. Effects of sensorineural hearing loss and personal hearing aids on cortical event-related potential and behavioral measures of speech-sound processing. *Ear & Hearing*, 26(2): 165-185, 2005.
16. Kraus, N.; Mcgee, T. Potenciais Auditivos Evocados de Longa Latência. - Tratado de Audiologia Clínica. 403-414 São Paulo: Manole, 1999.
17. Lima, I.I.; Aiello, C. P.; Ferrari, D.V. Correlações audiométricas do questionário de handicap auditivo para adultos. *Rev. CEFAC vol.13 no.3 São Paulo May/June 2011 Epub June 18, 2010.*
18. Matas CG, Santos Filha VAV, Okada MMCP, Resque JR. Potenciais evocados auditivos em indivíduos acima de 50 anos de idade. *Pró-Fono*, 18 (3):277 284, 2006.
19. Matas, C. G.; Lório, M. C. M. 2003 (adaptação de Wieselberg, 1997 e adaptado por Almeida, Gorgo lorio e Scharlach, 1997).
20. McPherson, DL. Late Potentials of the auditory system. San Diego: Singular Publishing Group, 75-100, 1996.
21. Miller-Hansen, Nelson; Widen; Simon. Evaluating the benefit of speech recoding hearing aids in children. *American Journal of Audiology*, v.12, n.2, 106-132, 2003.
22. Miranda, E. C. Estudo Eletrofisiológico e Comportamental da Audição em Idosos com Alteração Cognitiva Antes e Após a Adaptação de Próteses Auditivas. [Tese de doutorado] São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, 2012.
23. Musiek, F.E.; Berge, B.E. How eletrophysiologic tests of central auditory processing influence management. In: Bess F (Org). *Children with hearing impairment*. Nashville, Nanderbelt, Bill Wilkerson Center Press,145-162, 1998.
24. Oates, P.A.; Kurtzberg, D.; Stapells, D. Effects of sensorineural hearing loss on cortical event-related potential and behavioral measures of speech-sound processing. *Ear Hear*, 23(5): 399-415, 2002.
25. Oppitz, S.J.; Bruno, R.S.; Didoné, D.D.; Garcia, M.V. Resolução temporal e potenciais corticais em diferentes níveis de proficiência da língua inglesa. *Rev. CEFAC*. 2017;19(1):27-40.

26. Pavarini, S. C. I.; Brigola, A. G.; Souza, E. N.; Rossetti, E. S.; Fraga, F.J; Guarisco, L. P. C.; Terrassi, M.; Oliveira, N. A.; Hortense, P.; Pedroso, R. V.; Ottaviani A. C. On the use of the P300 as a tool for cognitive processing assessment in healthy aging: A review. *Rev. Dement. neuropsychol.* vol.12 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2018 <https://doi.org/10.1590/1980-57642018dn12-010001>
27. Reis, A. C. M. B. Estudo do potencial evocado auditivo de longa latência (PEALL) – P300 – em sujeitos com perda auditiva neurossensorial congênita de grau severo e profundo[tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. 2003.
28. Reis, A.C.; Frizzo, A.C.; Isaac, M.L.; Garcia, C.F.; Funayama, C.A.; Lório, M.C. P300 in individuals with sensorineural hearing loss. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81:126-32
29. Reis, A.C.M.; Lorio, M.C.M. P300 em sujeitos com perda auditiva. *Pró-Fono*, 19 (1):113-122, 2007.
30. Russo, N. M.; Nicol, T.G.; Zecker, S.G.; Ilayes, E.A.; Kraus, N. Auditory training improves neural timing in the human brainstem. *Behavioral Brain Research*, 156:95-103, 2005.
31. Ryals, B.M; R.J. Dooling. Changes in innervation and auditory sensitivity following acoustic trauma and hair cell regeneration in birds. In: Salvi, R.J., Henderson, D., Fiorino, F., and Colletti, V. (Eds.). *Auditory System Plasticity and Regeneration*, Thieme Medical Publishers, London, 84-99, 1996.
32. Schiff, S.; Valenti, P.; Andrea, P.; Lot, M.; Bisiacchi, P.; Gatta, A.; Amodio, P. The effect of aging on auditory components of event-related brain potentials. *Clinical Neurophysiology*, 119: 1795–1802, 2008.
33. Silman S., Lório M.C.M., Mizhahi M.M., Parra, V.M. Próteses auditivas: um estudo sobre seu benefício na qualidade de vida de indivíduos portadores de perda auditiva neurossensorial. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, 16(2): 153-165, agosto, 2004.
34. Souza, R. R. Alterações Anatômicas do Sistema Nervoso. In: Jacob Filho. W. (ed). *Envelhecimento do Sistema Nervoso Central e a Dor no Idoso*, São Paulo, EDUSP, 3:53-60, 1996.
35. Timo-laria, C. Envelhecimento. In: Jacob Filho. W. (ed). *Envelhecimento do Sistema Nervoso Central e a Dor no Idoso*, São Paulo, EDUSP, 3:1-47, 1996.
36. Tremblay, K.; Kraus, N.; McGee, T. The time course of auditory perceptual learning: neurophysiological changes during speech-sound training. *NeuroReport*, 9:3557-60, 1998.
37. Verleger, R.; Neukäter, W.; Kömpf, D.; Vieregge, P - On the reasons for the Delay of P3 latency in healthy elderly subjects. *Eletroenceph. Clin. Neurophysiol.*, 79:488-502, 1991.
38. Yamamoto, C. H.; Ferrari, D.V. Relação entre limiares audiométricos, *handicap* e tempo para procura de tratamento da deficiência auditiva. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* vol.17 no.2 São Paulo Apr./June 2012.
39. Zhang, M.; Gomaa, N.; Ho, A. Presbycusis: A Critical Issue in Our Community. *IJOHNS*, Vol.2 No.4, 111-120, July 2013.

“ Produção científica nacional sobre cuidador familiar de idoso com Alzheimer em domicílio: revisão integrativa de literatura

- ▮ Ritacreia Berger **Ribeiro**
Uneb
- ▮ Silvana Lima **Vieira**
Uneb
- ▮ Thadeu Borges Souza **Santos**
Uneb

RESUMO

Objetivo: O objetivo geral do estudo foi analisar como se apresenta a produção Nacional científica sobre o cuidador familiar da pessoa Idosa com a doença de Alzheimer em domicílio. **Metodologia:** Trata-se de um estudo, do tipo revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados LILACS, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS), com artigos disponíveis gratuitamente e na íntegra, em língua portuguesa do Brasil, no período de 1994 a 2018 que atendessem aos objetivos da pesquisa. **Resultados e Discussões:** Foram encontrados 21 artigos, a maioria nos anos 2010, 2012, 2015 e 2018. A maioria dos estudos era procedente das regiões Sul e Sudeste, com o locus nas mesmas regiões. Em relação à profissão dos autores, a maioria eram enfermeiros, seguido por psicólogos. Após a análise foram encontradas quatro categorias temáticas: Perfil dos cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer; Impacto do cuidado da pessoa idosa com Doença de Alzheimer na rotina dos cuidadores familiares; Reorganização familiar; Sobrecarga do cuidador da pessoa idosa com Doença de Alzheimer. **Conclusão:** Sobre o cuidador há uma sobrecarga ao cuidar da pessoa idosa com Doença de Alzheimer significativa, impactando nas suas relações pessoais, emocionais, psicológica e de saúde. E poucos estudos sobre a temática, centralizado no profissional Enfermeiro, requerendo maiores estudos e relações interprofissionais para o cuidado do cuidador da pessoa idosa.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Cuidador Familiar, Relações Familiares, Pessoa Idosa.

INTRODUÇÃO

Em 2015, as Organizações das Nações Unidas (ONU) estimou no mundo uma população de 901 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2030 este número deve aumentar para 1,4 bilhão e para 2,1 milhões em 2050. Ainda que esse número da população idosa seja considerável em todo o mundo entre 2015 a 2030, essa expansão será ainda maior nos países em desenvolvimento (ONU, 2015).

No Brasil, em 2012 o número de idosos cresceu em 18% no período de 5 anos, ultrapassando 30,2 milhões em 2017 (IBGE, 2018). Em 2012 a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões, sendo as mulheres com maior representatividade, com 16,9 milhões (56%) dos idosos do país. Sendo observada uma tendência de crescimento da população idosa no Brasil e no mundo. A expectativa é que em 2025, o Brasil atingirá o sexto lugar de população de idosos, tendo aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Estimando-se para 2050 uma população total de 22,71% de idosos (IBGE, 2018).

A expansão do topo da pirâmide etária pode ser percebida diante do crescimento relacionada com a faixa etária de 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e atingindo 7,4% em 2010 (14,081. 480 habitantes) (BRASIL, 2012).

O mais importante determinante da aceleração da transição demográfica no Brasil aconteceu pela diminuição significativa da taxa de fecundidade, comparada a significativa redução da taxa de mortalidade infantil e o crescimento da expectativa de vida (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) previu cerca de 35,6 milhões da população com demência em 2010, e concluiu que esse percentual aumentaria a cada 20 anos. Uma pesquisa feita baseada em revisão bibliográfica de estudos de prevalência no Brasil avaliou a incidência de 2,7 novos casos de demência a cada 1.000 idosos por ano (OMS et al 2012).

Nesse contexto há um aumento significativo das doenças crônico-degenerativas e um predomínio pelas síndromes demenciais com o envelhecimento populacional que acabam impactando na inabilidade e perda da funcionalidade da população idosa (GRAND, et al 2011).

No envelhecimento, existe um expressivo efeito da idade avançada adicionada a certos agravos de saúde que ocasionam algum grau de dependência nos idosos. Entre as ocorrências, destaca-se a doença de Alzheimer (DA) uma enfermidade crônica, progressiva e degenerativa, sendo a principal causa das demências, sobretudo em idosos com perdas neurodegenerativas, avançando paulatinamente, atingindo cerca de 60 a 70% dessa população no mundo (GRAND, et al 2011).

De acordo com Caramelli e Barbosa (2002), a Doença de Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, que evolui pouco a pouco e com etiologia desconhecida, pertinente da idade. Sua descrição médica diz que a doença leva a variações de comportamentos, perda da cognição, alteração do comportamento, alteração da memória e do raciocínio.

Dados advindos do relatório realizado pela *Alzheimer's Disease International (ADI)* estimaram que 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo viveriam com demência em 2010 e que esse número quase duplicará a cada 20 anos, atingindo os 65,7 milhões em 2030 e os 115,4 milhões em 2050 (ADI, 2010).

Esse tipo de demência compromete a saúde do idoso como um todo, resultando na dependência para o desenvolvimento de suas atividades diárias de vida e exigindo a presença de cuidador para suprir essa incapacidade (ADI, 2010).

Para a *National Institute on Aging (2009)* a evolução da doença é constituída de três fases: leve, moderada e grave. Em cada estágio da doença percebe-se uma progressiva dependência do Doente de Alzheimer, o que acarreta as responsabilidades do cuidado para outrem, na maioria das vezes por um membro da família.

Segundo Haley (1997), aproximadamente 80% dos cuidados com os pacientes com Doença de Alzheimer são assistidos por membros da família. A sobrecarga dos cuidadores é um dos mais importantes problemas causados pela demência em idosos com Doença de Alzheimer. O papel do cuidador do doente de Alzheimer no ambiente domiciliar é de fundamental importância nos idosos com essa enfermidade, pois, os mesmos são encarregados dos cuidados e da promoção do bem-estar, assumindo as responsabilidades do cuidar (PEDREIRA et al., 2011).

As estruturas familiares modernas estão menores, contudo o número de pessoas idosas tende a se elevar, tornando mais difícil o papel do cuidador, visto que a probabilidade de divisão ou de revezamento do cuidado familiar pode diminuir pela falta de membros familiares disponíveis para tal atividade (TORRES, et al, 2004). Tem-se observado também o surgimento de idosos que exercem o papel de cuidador de outros idosos (CALDAS, 2004).

A exaustiva tarefa de cuidar é geralmente repetitiva, contínua e, muitas vezes, uma atividade solitária e sem descanso, que pode acometer a vida psíquica do cuidador, com consequências físicas levando-o a isolamento afetivo e social (FLORIANI e SCHRAMM 2006).

Os cuidadores ainda têm probabilidades de apresentar ansiedade, que é caracterizada pela preocupação, irritabilidade, fadiga, insônia, taquicardia, entre outros sintomas, devido à grande responsabilidade que a tarefa de cuidar pode trazer (FLORIANI e SCHRAMM, 2006).

Nessa abordagem, os indivíduos que sofrem algum transtorno de ansiedade expressam constantemente preocupação, a qual interferirá na qualidade do sono, na capacidade de atenção e de concentração, além de manifestar sintomas somáticos causados pela excitação do sistema nervoso autônomo (GAZZANIGA e HEARTHERTON, 2005).

Diante da problemática e da relevância que o tema tem na sociedade surgiu a seguinte inquietação: como se apresenta a produção científica nacional que aborde o cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer em ambiente domiciliar. Qual a profissão dos

autores? Os estudos foram elaborados considerando a multiprofissionalidade? De que região geográfica do país eles são? Quais são as principais abordagens nos estudos que envolvem o cuidador familiar em domicílio de idosos com doença de Alzheimer?

REVISÃO DE LITERATURA: A fisiopatologia e a epidemiologia do Alzheimer

Em 1907 foi a primeira vez que a doença de Alzheimer foi referida, em uma reunião da Sociedade dos Psiquiatras do Sudoeste Alemão em Tübingen, pelo psiquiatra e neuropatologista alemão, Alois Alzheimer. Em 1906, o cientista Alois Alzheimer pôde examinar o cérebro dessa paciente e, em detalhe, verificar as manifestações histológicas que hoje estão associadas à Doença de Alzheimer (BRADLEY et al 2004).

A Doença de Alzheimer é caracterizada por envolver o sistema neuronal. Ocasionalmente causa destruição de células nervosas dos hemisférios cerebrais, com uma significativa atrofia cerebral, levando a morte celular e diminuição do fluxo sanguíneo (BRUNNER e SUDDARTH, 2016). Patologia irreversível, com mudanças radicais envolvendo todo o encéfalo e perdas significativas de suas funções como compreensão de pensamento, memória, conduta, temperamento e sono (DAMASCENO, 1999).

Atinge aproximadamente 3% a 5% das pessoas com 65 anos, podendo incidir em 40% após os 85 anos. A gênese acontece normalmente depois dos 50 anos, com prevalência em mulheres (CALDAS et al., 2003, 2004). Em 2010 já tinha atingido 35,6 milhões de pessoas no mundo, esperando-se que em 20 anos esse número possa dobrar, atingindo 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050. Em 2002 no Brasil, cerca de 390 mil idosos foram acometidos com o possível diagnóstico de demência, com probabilidade de crescimento de 150% nos próximos 20 anos. A população brasileira de idosos em 2008 era de 18.761.039 pessoas e com perspectivas de prevalência de demências nesses idosos foi de 1.332.034 (7,1%). Sendo que 779.220 (58,5%) foram detectados com possibilidade ou probabilidade para ser afetado pela doença de Alzheimer (CINTRA et al, 2008).

Diante da mudança demográfica mundial, no início dos anos 90 a doença de Alzheimer passou a ser considerada como uma doença de elevada prevalência, tornando relevante a ampliação do conhecimento a cerca de sua fisiopatologia e a probabilidade de terapêutica, garantindo possibilidades e adequação de um melhor estilo de vida aos idosos com Alzheimer, seus familiares e cuidadores (POVEDA, 2009).

Portanto, com as informações acima descritas como: a fisiopatologia, a epidemiologia e estatística, a finalidade deste estudo é discutir melhor sobre a doença de Alzheimer, assim como, ela pode afetar o cuidador familiar no domicílio do idoso com Alzheimer.

O cuidado no contexto domiciliar

Caldas (2003) descreve que com o aumento da população idosa, a assistência domiciliar (AD), mesmo sendo uma conduta desde os tempos passados, vem se expandido, diante do crescimento do envelhecimento em concomitância com as patologias demenciais, e as dificuldades dessa população em exercer as atividades do dia-a-dia como: as atividades de vida diária (AVD) como: alimentar-se sozinho, de asseio, vestir-se, pentear-se, deambular e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) administrando seus proventos, seus gastos pessoais, ir ao supermercado entre outros, que são mais pertinentes ao cognitivo.

O idoso, em decorrência de uma vida mais longa ocorre o crescimento da morbidade e com as consequências de doenças crônicas ou de formas agudas ou ainda as alterações fisiológicas do próprio do envelhecimento, tornando-o dependente em seu próprio domicílio, sendo um caso de saúde pública (CALDAS, 2003).

Diante da problemática, a dependência dos idosos, a AD tem sido assunto de abordagem das políticas públicas do governo por intermédio dos planos e programas como: Projeto de Atenção à Saúde do Idoso/1994; Portaria nº 702 de 12 de abril de 2002; que tratam da promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa; Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, intitulada de Estatuto do Idoso; Portaria 2.529 de 19 de outubro de 2006 dentre outros e atualmente com a preocupação do projeto que abrange as Redes de Atenção à Saúde, em Dezembro de 2010, e o programa melhor em Casa, com fortalecimento a Portaria nº 2.529, que pretende organizar a AD diante do SUS, ofertando serviços dos mais simples até os de alta complexidade (BRASIL, 2003).

Essa forma de cuidado tem sido desempenhada por pessoas da comunidade, sendo reconhecido por esse cuidado, familiares, amigos e vizinhos dentre outros. Esses cuidados em grande parte também são prestados por outros idosos, que recebem suporte desses indivíduos, provocando a esses uma grande fragilidade (BRASIL, 2003).

Rogero e Ahmed (2011) afirmam que existem estudos nos quais os idosos dependentes relatam que preferem ser cuidado pelo serviço formal, descrevendo que quando esses serviços são prestados por cuidador que são profissionais do cuidar, são remunerados, tem uma melhor qualidade. Os mesmos falam do pudor e do cerceamento desse cuidado pelos familiares, que muitas vezes estão limitados na benevolência e eles passam de autoridades para submissão diante desse familiar.

Existem vários fatores que deixam o idoso dependente em seu domicílio, o próprio envelhecimento, que acarreta limitações físicas e/ou cognitivas e as fisiopatologias como, por exemplo: diabetes, hipertensão, doenças neurológicas, insuficiências cardíacas, renais, circulatórias oncológicas, dentre outras. Desta forma, exigindo vários tipos de cuidado,

requerendo uma maior atenção, que vai desde o internamento domiciliar até mesmo a intensificação desse cuidado, pela presença constante de um cuidador (PEDREIRA et al, 2012).

Nesse sentido, para o idoso ser dependente no domicílio e para o cuidador, não é uma tarefa das mais fáceis, pois será exigida uma adequação de ambos os lados. A dependência domiciliar desse idoso será provocada por grandes lutas diárias para uma readaptação nesse cuidado como, por exemplo: a modificação dos papéis; a perda total ou parcial da independência; o afastamento do convívio social e o risco para outros determinantes negativos em suas vidas. Afetando os laços afetivos com a família e cuidadores (PEDREIRA et al, 2012).

Outros autores ainda falam do cuidador domiciliar, descrevendo a relevância descrita na literatura, que aponta como principal cuidador desses idosos dependentes, esposas e/ou companheiras, e outros familiares (BUSSE et al 1999). Idosos com quase 80 anos cuidando de outros idosos. Esta é uma ocupação com isolamento social, cansativa, realizada muitas vezes sem a ajuda de outros membros da família (DAMASCENO, 1999).

A prestação do cuidado ofertado à pessoa idosa dependente por esse cuidador é sobrecarregado por muita subjetividade, princípios e moral, dependendo do ponto de vista de cada família, podendo ser favoráveis ou desfavoráveis, tanto para o cuidado como para cuidador. Os pontos favoráveis estão relacionados com a sensatez, com o amadurecimento da relação, a unidade que essa família se encontra, o ponto dos desfavoráveis que são bem mais ressaltados devido à sobrecarga, os choques, as desavenças que essas famílias sofrem em suas relações diárias. E esses pontos desfavoráveis tem sua relevância porque muitas vezes acabam influenciando na saúde física e mental dos dois e em decorrências desses fatos podem colocar o idoso cuidado em vulnerabilidade dentro da família e os mesmos acabarem em Abrigos de longa permanência (NARDI et al, 2013).

Portanto vale ressaltar a relevância das redes de apoio aos cuidadores, para prepara-lo para o cuidado, bem como uma assistência, percebendo seu esgotamento físico e mental ou sobrecarga (GUEDES e PEREIRA, 2013).

Sendo assim, vale salientar a importância de um olhar mais criterioso para a pessoa idosa dependente, bem como o cuidador, assistindo-os no processo de aceitação das limitações e suas readaptações.

A família e o cuidado em domicílio

A família é uma instituição de relevância na sociedade antiga e contemporânea, organizada e construída pela sociedade humana (SOUZA et al, 2007). No contexto da raça humana são encontrados diversos tipos de arranjos familiares, que se diferenciam conforme a região geográfica e cultural, ressaltando que não são representadas pela evolução, mas sim pela heterogeneidade prováveis e coexistentes (BATTAGLIA, 2002).

Assim sendo, a família é uma estrutura construída de seres humanos, no decorrer de uma história de vida, zelando dela mesma como de outros, variando esse cuidado em conformidade com sua cultura e a precisão da cada pessoa (ANGELO et al, 2009).

Ângelo et al (2009) definem a família como:

A família é uma unidade social complexa e diversificada, cujos aspectos que a envolve faz reconhecer que pouco se sabe sobre sua realidade, especialmente porque cada família tende a criar seu próprio ambiente. Por isso, conhecer a experiência do cuidado familiar é adentrar em um universo complexo e singular, que compõe um sistema cultural de cuidado à saúde, diferente e complementar ao sistema profissional de saúde.

Muitos distúrbios na saúde são percebidos dentro da própria família, que sempre atendo para os sinais das variações da saúde de cada pessoa da família, assim como é a primeira a zelar deste familiar, tendo como consequência da afetação da doença não só ao membro da família como para ele (CALDAS; MINAYO; COIMBRA, 2002).

Estatuto do Idoso dispõe e dá outras providências.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2008).

Para a família que obrigatoriamente é provedora do cuidado para com o idoso, seja qual for o tipo de patologia, principalmente as demências, existem hoje em dia indicações da descontinuidade dessas responsabilidades pelas famílias estarem vivendo em outros contextos, como famílias numerosas, se transformando em pequenas, diminuindo assim a responsabilidade dos familiares mais novos cuidarem dos mais velhos (SANTOS; RIFIOTIS, 2006; CALDAS, 2003).

Portanto, vale ressaltar a importância da família que cuida da pessoa idosa dependente, bem como olhar para o mesmo, atentado para que ele também seja cuidado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo, do tipo revisão integrativa da literatura. Este modelo de revisão é um dos métodos usados na Prática Baseada em Evidências e consiste em uma análise ampla da literatura, incluindo dados teóricos e empíricos, de pesquisas sobre determinada prática clínica. A revisão integrativa permite ao pesquisador apresentar a síntese e as lacunas destes estudos, contribuindo para a construção de conhecimento de áreas como a Enfermagem e o desenvolvimento de uma prática clínica de qualidade (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Neste estudo tivemos a seguinte questão norteadora: Como se apresenta a produção científica em periódicos nacionais sobre cuidador familiar de idosos com Doença de Alzheimer em domicílio?

Os critérios de inclusão foram: artigos que abordam a temática Cuidador familiar de idoso com doença de Alzheimer; publicados em periódicos nacionais indexados nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da (LILACS), Scientific Electronic Library Online (ScieELO) e Biblioteca Virtual em Saúde/BIREME (BVS) e disponíveis gratuitamente e na íntegra, em língua portuguesa do Brasil, no período de 1994 a 2018.

A delimitação deste período considerou como marco a criação da Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996 sob a lei (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96) e a criação do Estatuto do Idoso em 2003 sob a lei (Lei nº 10.741/2003) dentre outras Políticas, contemplando a promoção especializada da saúde do idoso bem como outros direitos sociais e culturais. Foram excluídos aqueles artigos que não abordam e trate das questões inerentes a saúde do idoso bem como não tratem do cuidador familiar. Reconhecimento dos estudos pré-selecionados: leitura dos resumos, palavras chaves e títulos de publicações.

Os artigos selecionados foram organizados em formulários contendo quadros com os seguintes itens: caracterização da produção quanto ao título, ano de publicação, periódico, base de dados. Os artigos foram identificados com a letra A (de artigo) somado a um numeral ordinal, a fim de facilitar a referência dos artigos ao longo dos resultados e discussão dos mesmos.

A coleta de dados foi pelas bases de dados online: Biblioteca Virtual em Saúde BVS/BIREME, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da (LILACS), Scientific Electronic Library Online (ScieELO) e literaturas de saúde, bem como portais virtuais oficiais do Ministério da Saúde, que tratem da doença de Alzheimer e que os cuidadores sejam familiares.

Para este estudo foram coletados publicações entre os meses de agosto a dezembro de 2019. Os descritores utilizados para a busca dos artigos estavam conforme a pesquisa, através dos Descritores em Ciências da Saúde (DESCS) . Para construção da metodologia de busca, foi aplicado o operador booleano AND, com os descritores “cuidador familiar”, “doença de Alzheimer”, “relações familiares”.

A análise de dados consistiu na observação crítica e interpretação do material pesquisado. Nesse diagnóstico, o pesquisador consegue detalhes sobre aquilo que está sendo estudado, podendo assim responder seus questionamentos (MINAYO, 2012). Os artigos foram analisados na íntegra e a produção dos resultados ocorreu de maneira descritiva, mediante análise de conteúdo fundamentada no modelo de análise temática proposto por

Bardin (2011), no qual, por meio de três etapas (leitura flutuante, seleção das unidades de análise e processo de categorização e subcategorização), buscou-se viabilizar uma melhor compreensão por parte do leitor, sendo identificadas as unidades de registro, permitindo a visualização dos temas mais significativos em cada texto. Assim, as informações foram agrupadas por semelhanças e organizadas em categorias temáticas (BARDIN, 2011).

Nesta pesquisa, a citação dos autores será conforme a Lei nº 12.853 que regula os direitos autorais (BRASIL, 2013).

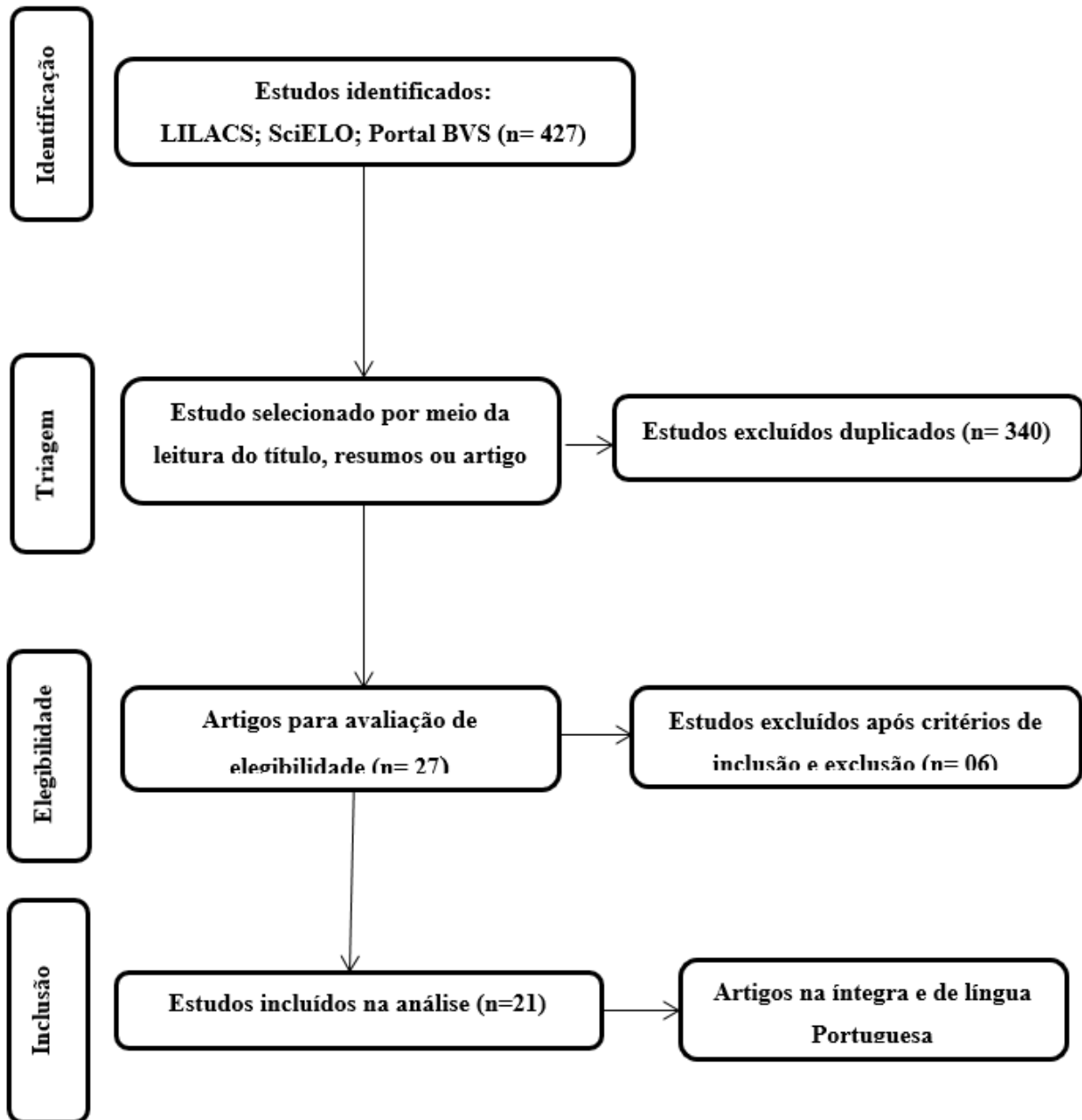
RESULTADOS E DISCUSSÕES

Seguindo os critérios de inclusão citados, foram encontrados 427 artigos, com as palavras chaves supracitadas de idioma da Língua Portuguesa do Brasil. Dentre esses estudos foram selecionados 364 artigos. Dos quais: 246 não estavam disponíveis na íntegra; 01 fora do recorte temporal (1993); 02 eram teses; 02 monografias; 73 de língua estrangeira; 14 eram duplicadas; 02 relatos de casos e 01 revisão de literatura, totalizando 341, que foram excluídos por não atenderem o objetivo da pesquisa. Sendo selecionados 21 dos 364 estudos, que atendiam o objeto de estudo para a coleta da pesquisa.

A partir das buscas nas bases de dados com auxílio dos cruzamentos e levando em consideração os critérios de inclusão e exclusão, chegamos ao número de 21 artigos, que foram encontrados através do seguinte caminho metodológico:

Segue abaixo fluxograma quanto à seleção e coordenação da Produção Científica Nacional dos Cuidadores familiares da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer de acordo com o Protocolo Prisma.

A **Figura 1.** representa a seleção dos estudos incluídos na revisão.



Fluxograma do processo de seleção dos estudos – Salvador, BA, Brasil, 2020.

Após a busca e análise, foram incluídos para o estudo 21 artigos. Os artigos selecionados foram organizados em formulários contendo os quadros com os seguintes itens: Identificação do artigo com a Letra A, seguido do número ordinal, título do artigo, ano de publicação, periódico, base de dados (Quadro 1) conforme descrito abaixo:

Quadro 1. Caracterização da produção quanto título, ao ano de publicação, identificação, periódico e base de dados. Salvador, 2020.

ID	Título	Ano de publicação	Periódico	Base de dados
A1	O impacto da doença de Alzheimer nas relações intergeracionais.	2009	Revista de Psic. Clínica/SP	LILACS; BVS
A2	Os “pacientes esquecidos”: satisfação com a vida e percepção de saúde em cuidadores familiares de idosos	2009	Revista Kairós/SP	BVS
A3	Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário	2010	Revista Ter. Ocupacional/SP	BVS; LILACS
A4	Implicações da doença de Alzheimer na qualidade de vida do cuidador: um estudo comparativo	2010	Cad. Saúde Pública/RJ	SciELO
A5	Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer: estudo comparativo do relato do paciente e do cuidador	2010	Rev. Latino Americana de Enfermagem/SP	SciELO
A6	A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer	2011	Rev. Textos e Contextos/Porto Alegre-RS	BVS;LILACS; SciELO
A7	As Repercussões do Cuidado na Vida do Cuidador Familiar do Idoso com Demência de Alzheimer	2012	Rev. Saúde e Sociedade/SP	BVS; LILACS
A8	Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência	2012	Rev. Texto e Contexto/Florianópolis-SC	SciELO
A9	Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer	2012	Rev. Kairós Geront./SP	SciELO; BVS
A10	Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo	2013	Rev. Latino Americana de Enfermagem/SP	SciELO
A11	Suporte familiar ao cuidador da pessoa com Doença de Alzheimer	2014	Rev. Kairós de Gerontologia/SP	BVS e LILACS
A12	Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer	2014	Rev. Brasileira de Enfermagem.	SciELO e LILACS
A13	Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer	2015	Ver. Espaço para Saúde/Londrina/PR	BVS e LILACS
A14	(Re)organização das famílias de idosos com Alzheimer: percepção de docentes à luz da complexidade	2015	Escola Anna Nery Rev. De Enfermagem. RJ.	BVS; LILACS
A15	O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares	2016	Rev. Saúde e Sociedade/SP.	LILACS
A16	Potenciais cuidativos na situação crônica do Alzheimer: cenas do cuidado pelo homem-esposo	2016	Rev. Mineira de Enfermagem/MG.	LILACS e BVS
A17	Sintomas neuropsiquiátricos do idoso com doença de Alzheimer e o desgaste do cuidador familiar	2016	Rev. Americana de Enfermagem/SP	SciELO
A18	A dádiva e o cuidado no tempo vivido em família	2017	Rev. Online de Pesquisa/RJ.	BVS
A19	Doença de Alzheimer: repercussões biopsicossociais na vida do cuidador familiar	2018	Rev. Enferm. UFPE On line. Recife	BVS
A20	Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/ cuidadores de idosos com Alzheimer: contribuição ao cuidado complexo	2018	Rev. Texto Contexto Enfermagem. Porto Alegre-RS.	BVS
A21	Intervenção cognitiva domiciliar para cuidadores de idosos com Alzheimer	2018	Rev. Enferm. UFPE On line.-Recife	BVS

Fonte: elaborada pelas autoras

Quanto ao ano de publicação, os estudos foram levantados do ano de 2009 a 2018. Sucedido por um panorama geral dos artigos elegíveis. Para esta revisão integrativa, verificamos que quanto ao ano de publicação, os anos 2009, 2014 e 2016, foram publicados em cada ano, 02 artigos, totalizando 06 (29%), seguido dos anos 2010, 2012, 2015 e 2018 com 03 publicações respectivamente, perfazendo um total de 12 publicações (57%), em

2011, 2013 e 2017, ano que menos publicou sobre a temática, apenas 01 artigo cada ano, totalizando 03 artigos (14%).

Esse achado leva a inferir que a temática de cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer, apesar de não ter muitas publicações, está presente tanto na mídia, quanto na agenda do governo e nas publicações científicas. Vale ressaltar que antes deste período foi publicado o Manual do Cuidador da Pessoa Idosa, que versa sobre a temática, os Direitos e as Políticas Públicas, bem como, trata do Cuidador ou cuidadora, a pessoa ou profissional como membro conhecido pelas famílias e sociedade moderna, com o objetivo ajudar no cuidado da pessoa idosa, principalmente os mais frágeis (BRASIL, 2006).

Quanto à caracterização dos estudos considerando a profissão dos autores, região geográfica de procedência do estudo e região geográfica de procedência do periódico (Quadro 12) tivemos os seguintes achados:

Quadro 1. Caracterização da produção quanto os autores, profissão dos autores, região geográfica de procedência do estudo e região geográfica de procedência do periódico.

ID	Autores (as)	Profissão	Região geográfica do estudo	Região geográfica de (procedência) do periódico
A1	1-Deusivania Vieira da Silva Falcão 2-Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke	1-Psicóloga 2-Filósofa	Brasília-DF	Rio de Janeiro
A2	1- Daniela Figueiredo, 2- Margarida Pedroso Lima, 3- Liliana Sousa	1- Licenciatura em Ciências da Educação (Professora), 2- Psicóloga; 3-Psicóloga	Distrito de Aveiros- -Portugal	São Paulo-SP
A3	1-Márcia Maria Pires Camargo Novelli1; 2-Ricardo Nitrini; 3-Paulo Caramelli	1-Terapeuta Ocupacional; 2- Médico; 3- Médico.	Santos-SP	São Paulo-SP
A4	1-Keika Inouye; 2-Elisete Silva Pedrazzani; 3- Sofia Cristina Iost Pavarini	1-Farmacêutica-Bioquímica; 2- enfermeira 3- Enfermeira.	Estado de São Paulo	Rio de Janeiro
A5	1-Keika Inouye; 2-Elisete Silva Pedrazzani; 3- Sofia Cristina Iost Pavarini; 4- Cristina Yoshie Toyoda	1- Farmacêutica-Bioquímica -2-enfermeira 3-Enfermeira;4- Terapeuta ocupacional.	São Carlos- SP	Ribeirão Preto-SP
A6	1-Márcia Daniele Seima; 2- Maria Helena Lenardt	1- Enfermeira; 2- Enfermeira.	Curitiba-PR.	Porto Alegre-RS
A7	1-Ana Paula Pessoa de Oliveira; 2- Regina Helena Lima Caldana	1-Enfermeira; 2-Psicóloga.	Manaus-AM	São Paulo-SP
A8	1-Cheila Cristina Leonardo de Oliveira Gaioli; 2- Antonia Regina Ferreira; 3-Jair Lício Ferreira Santos.	1-Enfermeira; 2-Enfermeira; 3- Físico.	Ribeirão Preto-SP	Florianópolis-SC
A9	1-Claudia Lysia Oliveira de Araújo; 2-Janaina França Oliveira; 3-Janine Maria Pereira	1-Enfermeira; 2e 3 Graduandas de Enfermagem.	Vale do Paraíba-SP	São Paulo-SP
A10	1-Ana Carla Borghi; 2- Vivian Carla de Castro; 3- Sonia Silva Marcon; 4-Lígia Carreira.	1-Enfermeira; 2-Enfermeira;3-Enfermeira, 3-Enfermeira , 4-Enfermeira.	Maringá-PR	Ribeirão preto- SP
A11	1-Luana Machado Andrade;2- Edite Lago da Silva Sena; 3- Patrícia Anjos Lima de Carvalho;4- Ana Liz Pereira de Matos;5- Magno Conceição das Mercês; 6- Daniela Sousa Oliveira	1- Enfermeira; 2- Enfermeira obstetra; 3-Enfermeira; 4-Enfermeira; 5-Biólogo e Enfermeiro; 6- Enfermeira.	Jequié-BA.	São Paulo-SP
A12	1-Marcia Daniele Deimal; 2-MariaHelena LenardtI; 3- Célia Pereira Caldas II.	1- Enfermeira; 2- Enfermeira; 3- Enfermeira.	Curitiba-PR	Brasília-DF
A13	1-Ana Laura Zuchetto Pizolotto; 2- Marinês Tambara Leite; 3- Leila Mariza Hildebrandt; 4- Marta Cocco da Costa; 5- Darielli Gindri Resta	1-Enfermeira; 2-Enfermeira; 3-Enfermeira; 4- Enfermeira; 5-Enfermeira.	Noroeste-Rio Grande do Sul	Londrina

ID	Autores (as)	Profissão	Região geográfica do estudo	Região geográfica de (procedência) do periódico
A14	1-Silomar Ilha; 2- Dirce Stein Backes; 3- Marli Terezinha Stein Backes; 4- Marlene Teda Pelzer; 5-Valéria Lerch Lunardi; 6- Regina Gema Santini Costenaro.	1-Enfermeiro; 2-Enfermeira; 3- Enfermeira; 4- Enfermeira; 5- Enfermeira; 6- enfermeira.	Região Central-Rio Grande do Sul	Rio de Janeiro-RJ
A15	1-Cinthia Filgueira Maciel Mendes; 2-Ander-son Lineu Siqueira dos Santos.	1-Enfermeira;. 2- Enfermeiro	Belém-PA	São Paulo-SP
A16	1-Thaís Eufrásia Costa de Souza; 2- Ítala Paris de Souza; 3- Laura Filomena Santos de Araújo; 4-Roseney Bellato; 5- Juliana de Lima Soares	1-Enfermeira.; 2-Enfermeira.; 3-Enfermeira.; 4-Enfermeira; 5- Enfermeira.	Cuiabá-MT	Belo Horizonte –MG
A17	1-Luana Baldin Storti; 2- Débora Teles Quintino; 3- Natália Michelato Silva ;4- Luciana Kusumota; 5- Sueli Marques	1-Enfermeira.; 2-Graduanda de Enferma-gem.; 3- 4- Psicóloga; 5-Psicologa	Ribeirão Preto-SP	São Paulo-SP
A18	1-Ítala Paris de Souza;2- Laura Filomena Santos de Araújo;3- Roseney Bellato	1-Enfermeira.; 2- Enfermeira.; 3- Enfermeira.	Cuiabá-MT	Rio de Janeiro
A19	1-Maria Inês Santos da Silva; 2- Ana Neri de Oliveira Alves; 3- Cláudia Daniele Barros Leite Salgueiro; 4- Valquíria Farias Bezerra Barbosa.	1-Enfermeira; 2-Enfermeira; 3-Enfermeira; 4-	Agreste de Pernam-buco-PE	Recife-PE
A20	1- Estudo Extraído de Tese de Grupo de Pós-graduação; 2-Silomar Ilha, 3-Silvana Sidney Costa Santos;4- Dirce Stein Backes; 5- Edaiane Joana Lima Barros;6- Marlene Teda Pelzer; 7- Daiane Porto Gautério-Abreu.	1- Enfermeiros; 2-Enfermeira; 3-Enfermeira; 4-Enfermeira; 5- Enfermeira; 6- Enfermeira; 7- Enfermeira.	Estado do rio Grande do Sul-RS	Porto Alegre – RS
A21	1-Ana Julia de Souza Caparrol; 2- Francine Golghetto Casemiro; 3- Larissa Corrêa;4- Diana Quirino Monteiro; 5- Marília Graciela Almeida Prado Sanchez; 6- Laís Rita Bortoletto Santos; 7- Aline Cristina Martins Gratão.	1- Graduanda de Gerontologia; 2- Gra-duada em Gerontologia; 3- Graduada em Gerontologia; 4- Psicóloga; 5- Psicóloga 6- Graduada em Gerontologia 7-Enfermeira	São Carlos-SP	Recife-PE.

Fonte: elaborada pela autora

Quanto à profissão dos autores, foi verificado que os estudos tiveram como autoria: Psicólogos (09), Filósofo (01), Farmacêuticos (02), Bioquímicos (02), Físico (01), Terapeuta ocupacional (02), Licenciado em Ciências da educação (professor) (01), médicos (02), Bacharéis em Gerontologia (05), Biólogo (01), e enfermeiros (55), num total de 81 profissionais, conforme

Dos 21 artigos, a maioria teve a participação de 03 ou mais profissionais para sua elaboração, em maior número, profissionais enfermeiros, de acordo com a Figura 2, acima.

Essa informação descreve a reflexão da produção do conhecimento sobre cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer ainda centrada numa única profissão, o enfermeiro, para abordar os desafios do cuidado multiprofissional e da produção científica interdisciplinar e interprofissional. Colocar os desafios dessa produção do cuidado conjunta, os desafios e perspectivas desse trabalho multiprofissional.

Quanto à região geográfica do estudo, verificou-se que a região norte produziu 02 estudos, região nordeste 02, região sul 06, região sudeste 08, região centro-oeste 03 e 01 em outro país (Portugal). Quanto à região geográfica de (procedência) do periódico, seguiu dessa

forma: apenas 01 artigo em periódicos da região centro-oeste, 04 da região sul, nenhum da região norte e 02 Nordeste, sendo a maioria, 14 na região sudeste, conforme.

Esta informação pode ser justificada pelo número de pós-graduação na área de gerontologia e geriatria. De acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, o Brasil tem um déficit significativo de profissionais especializados em cuidados com a pessoa idosa. O Conselho Federal de Medicina (CFM) afirma que existem 1.817 profissionais registrados nestes conselhos, a maior parte (60%) atuando na região sudeste, constando que há um geriatra para cada 16.511 idosos, índice aquém do preconizado pela Organização Mundial da Saúde (SBGG, 2019).

Em relação à caracterização das produções quanto às categorias temáticas encontradas nos resultados, após leitura flutuante e detalhada, conforme Bardin (2011) foram extraídas 04 categorias temáticas para serem abordadas neste estudo: 1) Perfil dos cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer (A1; A2; A3; A12; A13), 2) Impacto do cuidado da pessoa idosa com Doença de Alzheimer na rotina dos cuidadores familiares (A1; A8; A19), Reorganização familiar (A8; A14; A18), Sobrecarga do cuidador da pessoa idosa com Doença de Alzheimer (A19; A20; A21).

DISCUSSÃO

Perfil dos cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer

Segundo Araújo, Oliveira e Pereira (2012) o cuidador é o indivíduo que oferece cuidados a fim de suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva do idoso. Cabe ao cuidador auxiliar o idoso nos seus impedimentos físicos ou mentais, levá-lo a participar de exercícios voltados ao bem-estar ou melhora subjetiva e quanto às relações no campo social.

De acordo com Leme (2015) existem dois tipos de cuidadores, o formal e o informal. O formal fornece cuidados de saúde e serviços sociais, usando habilidades e competências adquiridas em treinamentos específicos, eles são remunerados financeiramente pelo seu trabalho, porém, podem não receber quando estão na condição de voluntários de organizações, grupos ou particulares.

O informal, conhecido como leigo ou familiar, fornece cuidado e assistência sem remuneração, o vínculo de serviço é baseado em um contexto de relacionamento preexistente. Leme (2015) destaca que o convívio prolongado no ato do cuidado pode ter efeitos negativos na saúde física e emocional do cuidador. Cuidadores de pessoas debilitadas ou enfermas lidam com uma situação estressante muito em decorrência da deterioração gradual do doente, que segue, geralmente, para tratamento institucional ou a morte. Estudos mostram que cuidadores sofrem de sobrecarga, altos índices de depressão, sintomas de estresse,

uso de psicotrópicos, queda de imunidade, aumento da susceptibilidade a enfermidades. Estes efeitos negativos podem continuar em alguns cuidadores mesmo após a internação ou a morte do paciente (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

De acordo com o artigo **A1** o perfil dos (as) cuidadores (as) eram filhas com idade variando entre 35 e 64 anos que cuidavam de seus pais/mães idosos (5 pais e 19 mães) com provável/possível diagnóstico da doença de Alzheimer. A maioria delas estava na meia-idade, era a filha mais velha, casada, escolaridade nível superior, professava a religião católica, aposentada ou exercia a profissão do lar e possuía nível socioeconômico médio. Também todas eram mães e tinham em média dois filhos, sendo que quatro delas já eram avós e duas eram bisavós.

O estudo **A2** teve uma particularidade, pois, foi subdividido em cuidadores familiares com demência dependente e não dependente. Em relação ao gênero, as duas subamostras apresentam distribuições similares, sendo a maioria dos cuidadores do gênero feminino (84,8%). A maioria casada ou vive em união estável (78,8%), o restante (21,2%) divorciados/separados, viúvos ou solteiros. Quanto ao nível de escolaridade, predominam 4 anos de escolaridade. Relativamente à situação profissional, salientam-se os reformados (28,3%), as domésticas (25,3%) e os empregados (22,2%). Em relação à idade, as subamostras apresentam distribuições idênticas. A média etária da amostra total é de 57,1 anos.

O artigo **A3**, o perfil dos cuidadores é caracterizado dessa forma: 69,2% dos cuidadores/familiares de idosos com demência leve são do gênero feminino e geralmente parentes de primeiro grau. A média de idade é de 58 anos e a média de escolaridade de 4,8 anos. O nível socioeconômico de 84,6% dos cuidadores foi de médio inferior para baixo.

O estudo **A12** foi construído a partir da amostra de duas famílias cuidadoras da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer, com os seguintes perfis: em relação ao gênero, maioria era do sexo masculino, com idade entre 30 e 46 anos, a maioria era casada ou união estável, renda de ≥ 1 salário min, tinham filhos e não foi mencionado o grau de escolaridade.

A13 os cuidadores são mulheres, idade entre 22 a 83 anos, residem com o idoso, têm mais de oito anos de escolaridade, não possuem ocupação profissional, dependendo da renda do idoso.

A partir da análise dos artigos, foi observado que o **Perfil dos cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer** se encontra mais aproximado do gênero feminino, (o grau parentesco) eram filhas, a maioria de meia idade ou se aproximando de ser pessoa idosa, casadas, aposentadas e com renda \geq a 1 salário mínimo, muitas vezes dependiam do salário da pessoa idosa a qual estava prestando o cuidado.

É importante englobar a família nas estratégias de cuidado, dividir as responsabilidades, evitando sobrecarga física e emocional. O estudo sistemático das pessoas envolvidas com

o Alzheimer, não apenas o idoso é determinante para que estratégias de cuidado possam melhorar o convívio com a patologia (ILHA et al., 2014).

É sabido que a família é indispensável para a sociabilidade, para a construção de laços afetivos e de cuidado do paciente com Alzheimer, entretanto, cabe ao poder público destinar recursos para a proteção integral do idoso, garantindo que não ocorram faltas. Busca-se o poder público quando surge a necessidade de preencher lacunas, como: oferecer espaços de convivência; atendimento especializado no SUS; e, internação para aqueles que não possuem família para prestar auxílio.

A família do paciente com Alzheimer, por muitas vezes não ser capacitada, cuida do idoso com limitações, e portanto, é fundamental a ação conjunta dos profissionais de saúde e dos familiares do paciente no apoio e decisões dos tratamentos de cuidado de saúde oferecidos (ARÊDES, 2012).

Impacto do cuidado da pessoa idosa com Doença de Alzheimer (DA) na rotina dos cuidadores familiares.

Falcão e Maluschke (2009) **texto A1** revelam em seu artigo o Impacto no cuidador familiar da pessoa idosa com a Doença de Alzheimer de forma qualitativa e quantitativa subdivididas em categoria 1 e 2. 1) as relações intergeracionais antes da doença e; 2) o impacto da Doença de Alzheimer (DA) nas relações intergeracionais. 1) A subcategoria 1, a) as autoras descrevem que antes a pessoa idosa acometida com DA era muito solidária com todos os membros da família especialmente com a filha, revelando que uma de suas netas, filha da filha era a companheira da idosa para ir a missa, b) relações intergeracionais desfavoráveis (conflituosas) antes da doença. Às autoras revelam que em depoimento a filha descreve que a idosa (mãe) criou os (as) filhos (as) de maneira desunida e interferia de forma negativa na criação dos netos. Na subcategoria 2 que também é dividida em **a e b**, é descrito pelas autoras as memórias afetivas, positivas e negativas, mostrando o antes e o depois do impacto da DA nos familiares da pessoa idosa. Em relação à pesquisa qualitativa Falcão e Maluschke (2009) descrevem que não há diferenças significativas de impacto tanto negativo como positivo entre os cuidadores e a pessoa com DA.

Para os autores Gaioli et al. 2012, **A8** o estudo com 101 cuidadores maiores de 18 anos, se deu através de várias escalas, entre elas a escala de Resiliência, associando o cuidado e a resiliência dos cuidadores como: condição da saúde dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associada à resiliência, tipo de cuidador e preparo para o cuidar de idosos com doença de Alzheimer e associação entre características do cuidador e grau de resiliência. Nesta categorização, o resultado do estudo foi relacionando a Resiliência dos cuidadores ao Impacto do cuidado da pessoa idosa com DA na rotina dos cuidadores familiares.

Foi percebido pelas autoras supracitadas que a “Resiliência” dos cuidadores familiares descreve um impacto significativo em sua saúde, uma vez que a maioria apresenta problemas de saúde, baixo grau de resiliência, uso de medicamento, impactando de baixo a médio grau de resiliência na rotina dos cuidadores, assim como o cansaço, esgotamento e desânimo como revela o resultado e a relevância dos achados dos estudos.

Em relação ao preparo do cuidador familiar para cuidar da pessoa idosa com DA o estudo aponta que mais da metade dos cuidadores não tinham experiência prévia de cuidado, outros fizeram curso de cuidados oferecido pelo hospital o qual o familiar estava sendo assistido, a maioria disponibilizava 72 horas semanais ou mais para o cuidado dividindo as tarefas com mais de um membro familiar e ainda recebiam ajuda de vizinhos e amigos. No quesito associações entre as características do cuidador e o grau de resiliência, os filhos e os cônjuges apresentavam médio e alto grau de resiliência quando comparado a outros membros da família, outros cuidadores como, já as noras e primos tiveram alto e médio grau de resiliência.

Em síntese, o Impacto do cuidado da pessoa idosa com DA na rotina dos cuidadores familiares, apontam repercussões significativas a saúde dos cuidadores familiares, bem como cansaço, esgotamento e desânimo e o grau de resiliência na relação intrafamiliar tem mais repercussões negativas do que positivas, corroborando os resultados dos estudos.

Silva et al. 2018, **A19**, descreveu em sua pesquisa as repercussões Biopsicossociais dos cuidadores familiares da pessoa idosa com DA, delineado por quatro temáticas: Rede de apoio social e familiar; o cuidador frente às diferentes fases do Alzheimer; Sentimentos experienciados no processo do cuidado; mudanças na vida pessoa e social.

A Rede de apoio social e familiar no estudo foi percebida pelas autoras um discurso de desapontamento e dificuldade das cuidadoras principais, visto que as mesmas reclamavam da sobrecarga no cuidado da pessoa idosa com DA e falta de ajuda por outros membros da família, dificultando o processo de cuidado tanto para (PI) quanto para si, quando há necessidade de resolver seus problemas, outra repercussão negativa do cuidador, é reconhecer as implicações nas diferentes fases da doença, chegando à relatar a “síndrome-pôr-do-sol”, é quando o idoso fica mais agitado e confuso, provocando mais dificuldades para saber lidar com a doença e o idoso.

Quando a cuidadora descreve sobre os sentimentos experienciados no processo de cuidado, as autoras apresentam sentimentos ambíguos, ao mesmo tempo em que é um prazer cuidar, acaba tornando-se um fardo, é como uma rosa, que tem sua beleza e cheiro bom, mas também tem seus espinhos. Já a mudanças na vida pessoal e social, essa repercussão é dita como de grande relevância, pois, além de interferirem nas relações profissionais, sociais, interferem na vida pessoal, alterando a rotina com os cônjuges.

Dessa forma, pode-se inferir que o cuidado por um familiar da pessoa idosa com DA, ocasiona impacto biopsicossocial, revelando um misto de emoções tanto positivas como negativas, visto que o cuidado torna-se ao mesmo tempo prazeroso por cuidar de seu ente querido, por muitas vezes tornando-se um fardo.

Reorganização familiar

Gaioli et al., **A8**, observaram que no processo de DA dos seus entes queridos há uma (re)organização familiar para o cuidado, ainda que tenha um cuidador primário, responsável, acabam criando uma rede de apoio entre os demais familiares, amigos e vizinhos.

No estudo **A14**, Ilha et al., analisou as seguintes temáticas: Alzheimer: processo singular e multidimensional; Fatores que fragilizam a (re)organização familiar; Estratégias que potencializam a (re)organização familiar, dos quais descreverei os dois últimos.

Segundo as autoras, em sua pesquisa, os principais fatores para a (re) organização do cuidador familiar na doença de Alzheimer destacam-se: o desconhecimento da doença, o medo do desconhecido e a negação da doença por parte da família e da sociedade. Assim, implicando em constantes modificações, essas reorganizações acontecem constantemente, visto que a DA é uma doença que possui várias fases e evolução degenerativa contínua.

Para as estratégias na reorganização do cuidador familiar na DA, as autoras revelam que as redes de apoio são uma importante ferramenta neste processo, visto que o impacto gera diferentes dimensões e realidades na DA.

Souza, Araújo e Bellato (2017) **A18**, esse é um estudo diferente dos demais até aqui pesquisados, descrevem o cuidado como “dádiva pela família”, possui uma abordagem compreensiva, empregando história de vida com entrevista em profundidade e observação junto à idosa e à família.

A reorganização se deu através do método “a lemniscata (2016)” que é permeado através do cuidado pelos laços conjugais e familiares conduzidos e nutridos pela ação de dar, receber e retribuir, assim a reorganização familiar foi de fácil condução e prazerosa no cuidado.

Neste sentido, na (re) organização familiar além do cuidador primário, que é aquele responsável pelo cuidado direto, sob todos os aspectos da pessoa idosa com DA, faz-se importante à rede apoio no processo de cuidado.

Sobrecarga do cuidador da pessoa idosa com Doença de Alzheimer

Silva et al. (2018) **A19**, observaram que a sobrecarga maior do cuidador da pessoa idosa com DA, é do cuidador primário, que realmente é responsável pelo idoso, eles ficam mais tempo no cuidado, realizando as tarefas do dia-dia, o banho, administração dos medicamentos, atividades domésticas, controle financeiro e levando para à assistência médico-hospitalar.

Ilha et al., **A20**, apresentaram a Sobrecarga do cuidador familiar da pessoa idosa com DA, através das Gerontotecnologias. Segundo, as autoras depois das análises dos resultados de sua pesquisa surgiram várias subcategorias como: esquecimento da própria casa, esquecimentos de caminho e destinos, a dificuldade do banho, medicação, Gerontotecnologias relacionadas à repetição e irritabilidade entre outros. Por exemplo, em relação ao dinheiro, um dos familiares informou que colocava cédulas de valores pequenos, a pessoa idosa com DA acreditava que estava com muito dinheiro e o cuidador ficava menos sobrecarregado, em se tratando desse assunto.

Desta forma, coadunamos com estudo de Maranhão e colaboradores (2018) ao afirmarem que a sobrecarga observada nos cuidadores, ainda é representativa para a vivência do Alzheimer no seio familiar, e, com certeza, poderiam ser diminuídos se, por exemplo, os profissionais de saúde tivessem uma atuação mais presente nesse contexto. Aspectos que apresentaram altas marcações de sobrecarga, como: o idoso solicitar mais ajuda do que necessita, a falta de tempo do cuidador para realizar suas tarefas particulares, o receio pelo futuro do idoso, a dependência do idoso, e o fato do idoso sempre esperar pelo cuidado, são indicadores suficientes para concluir a relevância desses problemas e as dificuldades que causam para a vida dos cuidadores de idosos com Alzheimer.

CONCLUSÃO

A atividade de cuidar de idosos com Alzheimer é reconhecidamente desgastante para o cuidador. Muitos estudos têm se dedicado a demonstrar e mensurar a sobrecarga existente nessa atividade, explicando que os cuidadores sofrem emocionalmente, psicologicamente e fisicamente. Da leitura e análise dos artigos, extraímos quatro categorias: Perfil dos cuidadores da pessoa idosa com doença de Alzheimer, Impacto do cuidado da pessoa idosa com Doença de Alzheimer na rotina dos cuidadores familiares, Reorganização familiar e Sobrecarga do cuidador da pessoa idosa com Doença de Alzheimer.

Em relação ao perfil dos cuidadores, os estudos evidenciam que se encontra mais aproximado do gênero feminino, (o grau parentesco) eram filhas, a maioria de meia idade ou se aproximando de ser pessoa idosa, casadas, aposentadas e com renda \geq a 1 salário mínimo, muitas vezes dependiam do salário da pessoa idosa a qual estava prestando o cuidado.

Quanto à reorganização familiar, foi observado ainda que tenha um cuidador principal no processo de cuidado da pessoa idosa com DA, existe uma rede de apoio com os demais familiares, amigos e vizinhos visto que o processo do cuidado à pessoa idosa com Alzheimer, na maioria das vezes é referenciada à um membro da família como principal responsável.

A maioria dos pesquisadores dos estudos selecionados foram enfermeiros, com a utilização das gerontotecnologias.

Podemos concluir que esta temática precisa ser mais discutida em todo o Brasil, visto que essa realidade já se apresenta em diversos estados e pode reverberar na saúde e processos familiares da pessoa idosa e do cuidador. Os resultados desse trabalho podem ser utilizados para propor estratégias e melhorias para a vida do cuidador, pois apontam quais dimensões da sobrecarga são mais impactantes, o que pode ser útil para a promoção de ações por parte dos atores sociais competentes. Como limitações, aponta-se a ausência de dados sobre a saúde geral dos cuidadores, que seriam importantes para construir um entendimento mais profundo sobre a sobrecarga.

■ REFERÊNCIAS

1. ADI. ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. **Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo de 2009**. Disponível em: http://saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-pessoa-idosa/documentos-tecnicos/relatorio_sobre_a_doenca_de_alzheimer_no_mundo_-_2009.pdf. Acesso; 22 de fev. de 2020.
2. ANGELO M. **Cultura e cuidado da família**. In: NAKAMURA E; MARTIN, D; SANTOS J.F.Q. **Antropologia para enfermagem**. Barueri- São Paulo. 2009
3. ARAÚJO, C. L. O.; OLIVEIRA, J. F.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil, 15(2), p. 119-137, mar. 2012.
4. ARÊDES, V. T. O. Assistência da Equipe Saúde da Família ao paciente com doença de Alzheimer e seus cuidadores. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Governador Valadares, 2012. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Assistencia_da_Equipe_Saude_da_Familia_ao_paciente_com_doenca_de_Alzheimer_e_seus_cuidadores/460. Acesso: 03 dez. 2019.
5. ANGELO M. **Cultura e cuidado da família**. In: NAKAMURA E; MARTIN, D; SANTOS J.F.Q. **Antropologia para enfermagem**. Barueri- São Paulo. 2009.
6. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa- Portugal: Edições 70, 2011. 229p.
7. BRADLEY, W.G; et.al. **Neurology in Clinical Practice**. 4th Edition. Butterworth-Heinemann; Massachusetts: 2004.
8. BRASIL. **Atenção da Saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Edgar Nunes de Moraes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso: 30 set. 2017
9. _____. ANVISA. Resolução nº 11 de 26 de janeiro de 2013. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar**. Disponível em:<http://www.anvisa.gov.br/hostite/segurancadopaciente/documento/rdc/RDC/2011-2006.pdf>. Acesso: 30 de set. de 2017.

10. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Estatísticas Sociais: Sínteses de Indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. 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: 18 dez. de 2018.
11. _____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília. 2 de outubro de 2003. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003. Acesso: 30 de set. de 2017.
12. _____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.
13. _____. Ministério da Saúde. **Secretária de Atenção À Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Guia prático do cuidador. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. _____. Presidência da República. **Lei nº 12.853 de 14 de Agosto de 2013**. Dispõe sobre a gestão coletiva de direitos autorais, altera, revoga e acrescenta dispositivos à Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Brasília: DF, 13 de Agosto de 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12853.htm. Acesso em: 14 set. 2017.
15. BRUNNER / SUDDARTH. **Tratado de enfermagem** médico - cirúrgica. 13ª edição. 2016. editora Guanabara Koogan. 21: 358-359. Vol.1e 2. Rio de Janeiro. P.427
16. BUSSE. E.W; BLAZER D.G. **Psiquiatria Geriátrica**. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artemed. 1999.
17. CALDAS C.P. (org.) **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 221-4; **O idoso em processo de Demência: o impacto na família**. In: MINAYO M.C.S; COIMBRA Jr, C.E.A. **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. 2002. P.51-72.
18. CALDAS, C.P. **Envelhecimento com dependência: responsabilidades** e demandas da Família. Cad. De saúde Pública. Rio de Janeiro. 2003;
19. CARAMELLI, P. **Neuropsiquiatria geriátrica**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 423-33.
20. CARAMELLI, P; BARBOSA, M. T. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, 24(Supl I), 7-10.
21. CINTRA, M.T.G; BELÉM, D. MORAES, F.L; MORAES E.N. **Avaliação do programa público brasileiro de tratamento da doença de Alzheimer, no ano de 2008**. Disponível em: <http://www.abraz.com.br/subportais/interna/programa/brasileiro.pdf>. Acesso: 30 de set. de 2017.
22. FLORIANI, C.A, SCHRAMM F.R. **Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerável**. Cad. Saúde Pública. 2006; 22:527-34.
23. GAZZANIGA, M.S; HEARTHERTON, T.F. **Transtornos mentais e somáticos**. In: GAZZANIGA, M.S; HEARTHERTON, T.F. **Ciência psicológica: mente cérebro e comportamento**. Porto Alegre: Artmed; 2005. p. 498-529. BRASIL, Ministério da Saúde.
24. GUEDES A.C, PEREIRA M.G. Sobrecarga, Enfrentamento, Sintomas Físicos e Morbidade Psicológica em Cuidadores de Familiares Dependentes Funcionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0935.pdf. Acesso: 22 de fev. de 2020.
25. GRAND, J.H.G; CASPAR, S.MACDONALD, S.W.S. **Clinical features and multidisciplinary approaches to dementia care**. J. Multidiscip. Healthc. 2011.

26. HALEY, W. **The family caregiver's role in Alzheimer's disease.** *Neurology*, 1997. 48(5), 25-29.
27. JANICE, L.H; KERRY, H.C. Brunner & Suddarth - **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2013, 1462 p.
28. ILHA, S. et al. Doença de alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Esc. Anna Nery** . 2016, vol.20, n.1, pp.138-146. ISSN 1414-8145. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160019>. Acesso: 08 fev. 2020.
29. LEME, E. O. **Cuidador formal e informal. 2015.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3789.pdf> . Data de acesso: 01 de mar. 2017.
30. NARDI, E.F.R, SAWADA, N.O, SANTOS, J.L.F. The association between the functional incapacity of the older adult and the family caregiver's burden. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.2013.** Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1096.pdf. Acesso: 22 fev. 2020.
31. MARANHÃO, O. R.; FRANÇA, E. M.D. M.; NUNES, R. M. ; Érica Surama Ribeiro César Alves. AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER. **Temas em Saúde.** Volume 18, Número ISSN 2447-2131 João Pessoa, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/181.pdf>. Acesso: 20 dez. 2019.
32. MENDES, K.D.S. SILVEIRA. R.C.C.P. GALVÃO, C.M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.** *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4): 758-64.
33. MINAYO, M. C.S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), 621--626. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>. Acesso: 20 abr. de 2018.
34. OMS. **Alzheimer's Disease International.** *Dementia: a public health priority.* Geneva: WHO; 2012.
35. ONU. Organização das Nações Unidas. **Desenvolvimento sustentável.** 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/onu-apoia-estrategia-brasileira-de-promocao-do-envelhecimento-saudavel/>. Acesso em: 22 fev. 2019.
36. PEDREIRA, L.C; OLIVEIRA A.M.S. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudança nas relações familiares. **Rev. Bras. Enferm.** 2012.
37. POVEDA. M.A.M. **Los recuerdos del corazón: vivenciales, práctica y representaciones sociales de cuidadores familiares de personas com Alzheimer.** Tarragona, España. Tese. Universitat Rovira i Virgili. 2009.
38. PRINCE, M; JACKSON J. **Alzheimer's Disease International (ADI).** Relatório sobre a Doença de Alzheimer no mundo. Londres; 2010. 23p.
39. SOUZA R.F; SKUBS T. BRÊTAS.A.C.P. Envelhecimento e Família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** 2007.
40. TORRES, S.V. S; SE, E.V. G; QUEIROZ, N.C. **Fragilidade, dependência e cuidado: desafios ao bem – estar dos idosos e de suas famílias.** In: DIOGO M.J. D; NERI, A.L, CACHIONI, M. **Saúde e qualidade de vida na velhice.** Campinas: Alínea; 2004. p.87-106.
41. WORL ALZHEIMER REPORT. 2009. **Executive summary. Alzheimers disease international.** 2009.

“

Psicogerontologia junguiana – Metanóia, um caminho possível

- ▮ Irene **Gaeta**
IJUSP/AJB/IAAP
- ▮ Maria Angélica Schlickmann Pereira **Hayar**
- ▮ Leonardo Tondato de **Mello**

RESUMO

O estudo do envelhecimento é complexo e, paradoxalmente, próprio da modernidade que traz a tecnologia nas ciências biológicas, nanotecnologia, neurociência e acrescenta mais anos à vida. Para poder compreender o processo de envelhecimento é necessária uma perspectiva “caleidoscópica”, interdisciplinar e transdisciplinar. O envelhecimento é um processo individual que pode se constituir na possibilidade da realização de si mesmo, com o processo de individuação – metanoia. Na segunda etapa da vida há maior dificuldade para lidar com o mundo interior. O indivíduo não sabe qual o real desejo da sua alma, porque não se conhece. Quando se tem a serenidade de reconhecer o verdadeiro desejo da sua alma, a vida pode ser mais fácil. Para isso, é necessário o autoconhecimento, um aprofundamento no seu eu, para reinventar a própria vida. É preciso redirecionar as energias de sua alma, num resgate de si próprio, buscando o autoconhecimento, perscrutando suas profundezas, reinventando a sua vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Metanoia, Transdisciplinariedade.

*A Velhice é um Vento
A velhice é um vento que nos toma
no seu halo feliz de ensombramento.
E, em nós depõe do que se deu à obra
somente o modo de não sentir o tempo,
senão no ritmo interior de a sombra
passar à transparência do momento.
Mas um momento de que baniram horas
o hábito e o jeito de estar vendo
para muito mais longe.
Para de onde a obra surge.
E a velhice nos ilumina o vento.*

(F,Echevarría)

O fenômeno do envelhecimento é uma das maiores conquistas da modernidade e isso traz complexos desafios para o indivíduo e para as sociedades. Em todo o mundo a vida passa a ser um projeto de longo prazo onde não é preciso se preparar somente para viver até os 80 anos, mas para os 90, 100 anos! Carl Gustav Jung nos mostrou que se o ser humano alcançou esse patamar de longevidade é porque não existe um significado para sua espécie somente, mas deve ter também um significado e uma finalidade para o próprio indivíduo.

Esse fenômeno teve início na Europa, no final do século XVIII e marcou o século XX, por esse motivo, estudiosos das ciências humanas e sociais passaram a estudar mais detidamente esse aumento da população idosa, principalmente entre os países menos desenvolvidos que vem envelhecendo rapidamente. Isso se dá por diferentes motivos destacando-se o maior acesso a serviços de saúde e saneamento, avanços na área da tecnologia na medicina, como vacinas e antibióticos que possibilitaram a prevenção e até mesmo a cura de muitas doenças. No entanto, ainda predomina na sociedade a percepção do envelhecimento sob a ótica do risco na maioria das vezes relacionada à perdas e dependências se impondo sobre o lado positivo desse longeviver.

A maioria das pessoas idosas vive seus últimos anos com uma ou mais doenças crônicas, as chamadas doenças não transmissíveis, como diabetes, cardiopatias, pressão alta, ou ainda, sequelas de acidente vascular encefálico, que podem resultar em incapacidades físicas e mentais. No entanto, é possível que essas doenças apareçam mais tarde ou nem cheguem a acometer o organismo.

Apesar dessa visão mais pessimista do envelhecer, estudos demonstram que já está em perspectiva para a população mais jovem, a necessidade de se pensar sobre o envelhecimento e a velhice levando em conta aspectos ligados não somente às perdas, mas aos ganhos e possibilidades que o acréscimo de tempo trouxe para as pessoas. A percepção da nova geração em relação a possibilidade de maior longevidade, cada vez mais evidenciada pela ciência, parece não fazer parte do seu imaginário. Cuidar de si mesmos na velhice não

parece ser algo que esperam que aconteça, ainda existe a expectativa de que sejam os filhos os seus cuidadores na velhice. O cuidado acontecerá como uma forma de retribuição, já que cuidaram dos filhos, remetendo os cuidados na velhice como atribuição da família.

A perspectiva de viver mais é algo que o ser humano sempre buscou, mas traz muitos desafios na medida em que impõe a necessidade de pensar sobre o que fazer nesses anos a mais. Todos os âmbitos da vida se colocam nesse horizonte: onde vamos viver, com quem ficaremos, quem vai cuidar quando e se precisaremos de cuidados?

A cultura do imediatismo predominante na contemporaneidade, que prima demasiadamente pelo tempo presente, pode resultar na dificuldade do mais jovem de se projetar para o futuro. O que se percebe é que todos querem chegar na velhice, no entanto ninguém quer estar lá.

Nesse cenário a mídia exerce um papel muito importante na produção de representações em relação ao idoso e à velhice, influenciando sobremaneira a construção do imaginário social. Por um lado, a imagem do idoso saudável, praticante de esportes, com tempo livre, consumindo produtos e serviços, é fundamental para a transformações da imagem negativa. Por outro lado, pode gerar frustrações, pois é preciso levar em conta que as perdas físicas e o declínio do corpo são inerentes ao envelhecimento e, mesmo que seja adotado um estilo de vida saudável, esse declínio vai acontecer em algum momento.

Os mais modernos estudos gerontológicos trazem uma visão menos catastrófica do envelhecimento ao valorizar aquilo que as pessoas podem fazer e não dando enfoque sobre a incapacidade, sobre aquilo que não se pode mais realizar. O que se evidencia é a necessidade de que seja exercitada e mantida, ao longo de todo curso da vida, a capacidade do indivíduo de interagir com o ambiente aproveitando os recursos físicos, mentais, ambientais e socioeconômicos, a chamada capacidade funcional . A capacidade funcional é um conceito construído levando-se em conta aquilo que o indivíduo consegue realizar e a forma como otimiza os recursos disponíveis para fazer aquilo que considera importante para realização pessoal.

A qualidade de vida extrapola a saúde biológica, mesmo que o indivíduo apresente algum tipo de incapacidade, ele tem o direito de ser observado pelo que ainda é capaz de realizar, a partir de seus recursos psíquicos, físicos e dentro do seu contexto socioeconômico e cultural.

ENVELHECIMENTO E CULTURA

Ao longo da história do homem existiu sempre um modelo associado ao velho e à velhice, e esse papel foi sensivelmente influenciado pelos valores culturais e econômicos vigentes nas sociedades. Já nos primeiros tempos da história e em muitas culturas, o processo de

envelhecimento e a velhice têm sido associados à perda da beleza e à decrepitude, contrariando o ideal de beleza e vigor prevalente.

A heterogeneidade cultural e individual são aspectos que, necessariamente, precisam ser levados em conta quando se analisa o processo de envelhecimento de um indivíduo, caso contrário corre-se o risco de não se conferir importância adequada à influência dos fatores biopsicossociais nesse processo. Assim, por não ser homogêneo, o envelhecimento pode causar a enganosa interpretação de que a alta incidência de condições específicas na velhice, como as doenças não transmissíveis, pode representar a totalidade dos casos.

As novas tecnologias na medicina, saúde pública e nanotecnologias fizeram florescer a possibilidade do prolongamento da vida, mas não é ao mesmo tempo que a sociedade absorve essa transformação. É preciso reescrever esse script, criar uma nova “cultura do envelhecimento” para que mudanças aconteçam e permitam que as pessoas vivam e

As pessoas idosas já não são como as de décadas passadas e seu papel social vem se alterando devido às transformações que aconteceram no cerne das famílias e mudaram o estilo de viver. Na mesma medida acontece a transformação das representações que circulam no meio social, em relação ao velho e a velhice, elas também vem se modificando e muitas já associam o envelhecimento à alegria, atividade física, bem-estar, tempo livre, entre outras. Essa mudança na forma de pensar e agir na sociedade, vem acontecendo na medida em que o processo de envelhecimento pode ser relacionado com uma fase natural da vida, com algumas limitações, mas também repleto de possibilidades.

Envelhecer significa que há necessidade de um reinventar constante ao longo de todas as etapas já que a vida, agora, é um projeto de longo prazo. Envelhecer é um caminho longo, árduo, que requer dentre outros requisitos, coragem e certa “ousadia” para encarar os conteúdos que emergem nesta nova etapa.

É a partir da visão ampliada, que considera o indivíduo um todo, um sistema complexo que interliga todas as facetas da vida, que interagem e se influenciam, de maneira transdisciplinar, que se forja a psicogerontologia.

O ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DA PSICOLOGIA ANALÍTICA

O ciclo da vida segue etapas que não são necessariamente cronológicas, datadas, o que conta mais é o tempo vivido, aquele que fez sentido para cada um. Na primeira metade da vida, há uma orientação rumo à personalidade, uma busca pelo “lugar ao sol”, por posições sociais e um certo “status”, o que é esperado e aceito pela sociedade. É o momento em que o indivíduo vai buscar as estruturas necessárias para a construção concreta da sua vida, os meios necessários para sustentar-se e à sua família, ou seja, criar um sistema externo para sua sobrevivência.

O ser humano está em constante evolução e, por isso, podemos entendê-lo a partir de uma metáfora: a primeira metade da vida corresponde ao sol nascente que atinge seu ápice ao meio-dia, podendo ser considerada como a primeira metade do ciclo vital. A segunda metade da vida corresponde ao sol poente que aos poucos vai perdendo a força e o calor sem, no entanto, deixar de brilhar e ser quem é.

Jung (2000) postula em sua obra que, na segunda metade da vida (conceito que não tem conotação rigidamente cronológica mas depende do processo de desenvolvimento individual) o ser humano é obrigado a se confrontar com o fato de que o avançar da idade não pode ser tomado como mero apêndice da juventude, e que o declínio físico não significa afastamento de sua alma, mas exatamente o contrário: a possibilidade de realização do *Si mesmo*, ou seja, ser quem se é, incluindo na personalidade conteúdos até então inconscientes e negligenciados devido à unilateralidade do ego jovem. A esta tarefa Jung dá o nome de processo de individuação.

O processo de individuação pode trazer a possibilidade de um encontro com a criatividade, com a espiritualização. Por outro lado, o corpo físico tende a perder suas formas joviais e, ao extenuar suas forças, potencializar o encontro com a finitude, ainda desconhecida e não aceita.

Na segunda metade da vida, há uma reorientação do foco, em que o ser ganha destaque, a personalidade inconsciente começa a constelar, para que haja integração de conteúdos inconscientes. Há um chamado para que o indivíduo retome a sua própria história, reveja o que foi realizado na primeira metade da vida, integre conteúdos e isso pode se configurar em um período de transformação e mudança intensos.

Para este momento da vida Jung deu o nome de metanoia, que significa transformação da identidade a partir da experiência vivenciada pelo indivíduo. Chegar à meia idade não é garantia de que aconteça a metanoia e, por isso mesmo, não são todas as pessoas que a realizam. Entrar em contato com os conteúdos internos, olhar para si, debruçar-se sobre o fenômeno da existência pessoal envolve coragem porque esse processo pode não ser algo prazeroso ou simples. Pode ser um tempo de dúvidas, crises, em que fantasmas internos podem assombrar o indivíduo numa espécie de chamado para que realize a integração, que olhe para si, se transforme e possa ter a sua consciência ampliada.

A metanoia é um momento profundo, de retomada da consciência podendo durar muito tempo. Não possui cronologia marcada: não é o reinado de Cronos, mas quem é o rei, o imperador e mandante é Kairós, simbolizado como o momento interno, tempo das vivências, ou então, em seu sentido literal, momento oportuno.

Dizia um antigo conto grego que um herói possuía uma biga, com dois cavalos de nomes Cronos e Kairós, enquanto Cronos era o cavalo que dava movimento à biga, Kairós era quem a fazia recuar para que o herói atacasse no momento certo. Quem sabe o “momento

certo” para que haja a metanoia é self, que a anuncia através de sonhos ou símbolos que são, também, os melhores caminhos para o inconsciente e a vivência do arquétipo de self.

Gaeta *et al.* (2015, p. 231) explicita que, com o avançar da idade, o declínio do corpo não exprime o afastamento da alma, mas justamente o oposto: “a possibilidade de realização do *Si-mesmo*, ou seja, ser quem se é, incluindo na personalidade conteúdos até então inconscientes devido à unilateralidade do ego jovem”. Este movimento é chamado por Jung de processo de individuação, termo qual será recorrente em toda a sua obra.

Na segunda metade da vida, quando o sol ocupa sua posição poente e, ilumina a si mesmo, é que se observa a predisposição para “atender ao chamado interno”. Isso pode acontecer quando a sustentação da vida concreta está garantida e o momento pede o cuidado de si, um olhar mais atento às questões anteriormente negligenciadas, na busca por integrá-la e assim ampliar a consciência de si mesmo.

Sob a ótica da Psicologia Analítica, cabe trazer o conceito de metanoia¹. Termo grego que diz respeito à mudança de uma identidade pessoal própria, após a vivência, “que transforma os valores até então adotados por um indivíduo” (GAETA; MENDES, 2016, p. 44). Jung (2002 apud GAETA; MENDES, 2016) recupera essa expressão apontando para o fenômeno de crise psicológica, no qual há a inversão dos valores em que o sujeito estava fundamentado até o presente momento.

Conta uma popular lenda do Oriente que um jovem chegou à beira de um oásis junto a um povoado e, aproximando-se de um velho, perguntou-lhe:

- Que tipo de pessoa vive neste lugar?
- Que tipo de pessoa vivia no lugar de onde você vem? Perguntou por sua vez o ancião.
- Oh, um grupo de egoístas e malvados – replicou o rapaz – estou satisfeito de haver saído de lá.
- A mesma coisa você haverá de encontrar por aqui –replicou o velho.

No mesmo dia, um outro jovem se acercou do oásis para beber água e vendo o ancião perguntou-lhe:

- Que tipo de pessoa vive por aqui?
- O velho respondeu com a mesma pergunta:
- Que tipo de pessoa vive no lugar de onde você vem?
- O rapaz respondeu:

– Um magnífico grupo de pessoas, amigas, honestas, hospitaleiras. Fiquei muito triste por ter de deixá-las.

- O mesmo encontrará por aqui – respondeu o ancião.

¹ Vale salientar que a metanoia não tem data específica para acontecer, para um indivíduo pode ser aos trinta anos e para outro pode nunca suceder, por exemplo. Para alguns, este momento de crise pode servir como crescimento, um momento de edição da primeira metade da vida. Para outros, este conflito pode ser apenas um gerador de angústia, sensação de buraco.

Um homem que havia escutado as duas conversas perguntou ao velho:

– Como é possível dar respostas tão diferente à mesma pergunta?

Ao que o velho respondeu:

– Cada um carrega no seu coração o ambiente em que vive. Aquele que nada encontrou de bom nos lugares por onde passou, não poderá encontrar outra coisa por aqui. Aquele que encontrou amigos ali, também os encontrará aqui, porque, na verdade, a nossa atitude mental é a única coisa na nossa vida sobre a qual podemos manter controle absoluto.

Quando o ancião diz ao rapaz que a atitude mental é o que podemos ter controle absoluto, podemos remeter ao de envelhecimento do indivíduo. Vai depender das vivências pessoais, da maneira como vai transformar esse momento em “ambiente agradável”, propício, acolhedor e de transformações que se formarão as nuances e tons da sua velhice. Tanto pode se configurar em um processo enfadonho, repleto de amarguras e arrependimento, como em um encontro com a satisfação, o brilho e a autoestima.

Como na lenda, no momento da metanoia, quando ocorre a reorientação do ego, onde ego se configura em um todo de pensamentos emoções, sensações, que define o universo do indivíduo e garante sua identidade física, social, e psicológica pois representa uma parcela do prisma psíquico, mas não sua totalidade. O desenvolvimento do ego é fundamental para a vida saudável do indivíduo, começando desde a primeira infância. Na velhice, deve-se deixar para trás atitudes egoístas e ego-centricas (aqui a palavra escrita separadamente para indicar que, neste período, o foco não está mais no ego), caso contrário este processo, por mais que seja um momento de crise, pode ser ou não ser realizado.

Bernardi (2010) postula dois pêndulos oscilantes – ora positivos, ora negativos – entre os arquétipos Senex e Puer. Sobre o primeiro, Senex, o autor descreve os extremos de rigidez e sabedoria. Já sobre Puer, ele diz da alternância entre irresponsabilidade e entusiasmo.

A posição Sabedoria de Senex é descrita pelo autor de duas formas. Positivamente, “Senex torna-se sinônimo do arquétipo do velho-sábio, o aspecto da sabedoria dos antigos do inconsciente coletivo, que dá àquele que recebe esta imagem em projeção, [...] um caráter de saber e, muitas vezes, de quase santidade” (BERNARDI, 2010, p. 45).

Negativamente, “devido à confiança que seu portador possui, ele pode ser descuidado ou mesmo não perceber diferenças ou pequenas diferenças naquilo que se apresenta, tomando como já conhecido o que, na verdade, é totalmente novo” (BERNARDI, 2010, p. 45).

Nesse processo, uma das polaridades da velhice pode emergir, é quando o indivíduo salienta suas amarguras, tristezas e desejos não realizados e não consegue perceber a beleza das cores que se colocam e vive uma velhice em “preto e branco”. No entanto, a velhice pode ser constelada quando ocorre a emersão da sabedoria, da parcimônia e da ampliação de consciência. Ampliar a consciência significa reconhecer as várias facetas da

sua personalidade, buscar dentro de si a fonte de de inspiração e de criatividade e se reconhecer como uma unidade na diversidade.

Nesse sentido, envelhecer pode significar a integração de si mesmo pela ampliação da consciência culminando com transformação e reconstrução de si mesmo, a partir o contexto psicossocial no qual acontece todo esse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento é um processo complexo, multidimensional e dinâmico que requer uma abordagem interdisciplinar e transdisciplinar, já que inúmeros fatores influenciam o indivíduo ao longo de todo o curso de sua vida.

O indivíduo não é a soma de fragmentos de um todo, ele é a conjunção “caleidoscópica” de todos os âmbitos do humano. Jung pensou o indivíduo como uma totalidade, entendendo que se origina de um “caldo” cultural específico, de um processo de socialização, de uma genética, uma herança familiar e arquetípica que atuam para a ampliação da consciência, onde conteúdos psicológicos se integram e vão dar os contornos do seu processo de individuação e do envelhecer.

Envelhecer requer um reinventar constante, ao longo de todas as etapas da vida e a velhice é mais um dos momentos do desenvolvimento humano, tal como a infância, adolescência e a fase adulta. A fase mais tardia da vida, por ser fenômeno relativamente novo, ainda não foi desvelada e se encontra envolta por mitos e lendas que lhe confere caráter misterioso e, por isso, requer coragem e certa “ousadia” daqueles que a atravessam para encarar os conteúdos desafiadores que podem emergir nessa nova etapa.

Jung construiu as bases da psicologia analítica com a contribuição dos seus estudos sobre mitologia, alquimia, teologia, psicanálise, antropologia, física quântica entre outros. A teoria junguiana carrega em si a transdisciplinariedade ao articular diversos saberes proporcionando a possibilidade de uma nova forma de perceber o humano. Sob a ética da transdisciplinariedade, que preconiza o diálogo e a discussão na construção de saberes, a importância dos sentidos e dos significados que cada indivíduo atribui ao seu próprio processo de envelhecimento são adequadamente ressaltados.

A partir dessa lógica, com articulação dos conteúdos dessas ciências que Jung pôde desenvolver os principais conceitos da psicologia analítica, dentre eles, de metanoia e, é a partir dessa perspectiva que a psicogerontologia se estrutura. Por ser uma ciência essencialmente humana, requer estudos que se afastem da visão unilateral do ser, a lógica do humano demanda uma visão multidimensional e transdisciplinar para sua compreensão pois a biologia, a psicologia, sociologia e filosofia por si só não definem nem explicam o ser humano, é no exercício da transdisciplinariedade que isso vai poder se realizar.

■ REFERÊNCIAS

1. BERNARDI, Carlos. **Visão geral: Senex-et-puer: esboço da psicologia de um arquétipo**. In: MONTEIRO, Dulcinéia da M. R. (Org). Puer-senex: dinâmicas relacionais. 2ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
2. GAETA, Irene; HAYAR, Maria Angélica S. P.; MELLO, Leonardo T. **Psicogerontologia junguiana: a compreensão do fenômeno do envelhecimento a partir do conceito Junguiano de metanóia** (segunda metade da vida). ANAIS – XV Semana de Gerontologia e Simpósio Internacional de Gerontologia Social. Longevidade como oportunidade: práxis contemporâneas. Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC-SP e SESC. São Paulo: PUC-Marquês de Paranaguá, 2015. Disponível em: <https://www.pucsp.br/semanagerontologia/downloads/anais/TRABALHOS-COMPLETOS-2.pdf>. Acesso em: 26 de agosto de 2020.
3. GAETA, Irene; MENDES, Denis C. **Velhice e Metanoia** – Uma análise do filme Hanami: ceifeiras em flor. Revista Kairós Gerontologia, v. 19, n. 2, pp. 41-63. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP, 2016.
4. JUNG C.G. **A natureza da psique**. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2000. vol. VIII/2.

“

Relação da autopercepção de saúde, capacidade funcional e condições de saúde de idosos longevos residentes em domicílio em Jequié/BA

▮ Luciara Araujo **Andrade**
UESB

▮ Lorena Cajaíba de **Oliveira**
UESB

▮ Claudinéia Matos de **Araújo**
UESB

▮ Luciana Araújo dos **Reis**
UESB

▮ Daiane Borges **Queiroz**
UESB

▮ Marta Moreira **Novais**
UESB

RESUMO

A maior prevalência de doenças crônicas degenerativas e o declínio da capacidade funcional podem desencadear sentimentos negativos, acarretando numa qualidade de vida má ou péssima, sendo confirmada pela autopercepção de saúde. O objetivo desse estudo foi verificar a relação das condições de saúde e da capacidade funcional com a autopercepção de saúde de idosos longevos residentes em domicílio no município de Jequié-BA. Trata-se de uma pesquisa do tipo analítica com delineamento transversal, com uma amostra de 63 idosos longevos, residentes em domicílio em Jequié-Ba. O instrumento utilizado é constituído de: avaliação cognitiva, informações sociodemográficas, estado de saúde e avaliação da capacidade funcional. A análise estatística dos dados foi descritiva por meio do Programa estatístico SPSS versão 20.0. Verificou-se uma maior frequência de idosos com presença de doenças (86,3%), com autopercepção de saúde referente positiva (63,30%), com presença de dor (62,4%) e que realiza tratamento (82,9%). Constatou-se no presente estudo que não houve relação entre as condições de saúde, capacidade funcional e autopercepção de saúde.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Idoso de 80 Anos ou Mais, Autoavaliação, Qualidade de Vida, Promoção da Saúde.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade é um fenômeno mundial, e a faixa etária mais crescente no mundo é de indivíduos com 80 anos ou mais, constituindo o grupo denominado idosos longevos (PINTO et al., 2017). No Brasil, enquanto a taxa média geométrica de crescimento anual da população idosa geral (≥ 60 anos) é de aproximadamente 3,3%, entre os idosos longevos é de 5,4%, sendo uma das mais altas do mundo (LENARDT et al., 2018).

Acompanhando essa tendência da transição demográfica, implicações importantes têm surgido principalmente na área da saúde. Isso porque, embora o envelhecimento não seja sinônimo de doença e incapacidade, deve-se levar em conta que, com o avançar da idade, há uma maior frequência de comorbidades e incidência de declínio funcional (BRITO et al., 2014).

Estima-se que entre os idosos de 80 anos ou mais podem existir características ainda mais peculiares, tais como: maior constância de doenças crônicas, necessidade de cuidados mais complexos e de longa duração e uso maior de medicamentos e serviços de saúde. Os estudos nessa temática mostram que tais características são fatores fortemente associados ao aparecimento de dificuldades nas atividades de vida diária com interferência na independência e autonomia, apresentando assim maiores riscos para o desenvolvimento de incapacidade funcional (KRUG et al., 2013; BRITO et al., 2013).

O impacto que as condições de saúde e o declínio funcional proporcionam aos idosos pode desencadear sentimentos negativos, acarretando numa qualidade de vida má ou péssima, sendo confirmada por sua autopercepção de saúde (PORCIÚNCULA et al., 2014; MINAYO, 2015). Desta forma, a efetividade na avaliação do estado de saúde é uma das preocupações quando se procura avaliar o processo do envelhecimento. Nesse sentido, torna-se necessária a elaboração de estratégias simples, de fácil compreensão e baixo custo financeiro, de maneira a favorecer a eficácia em diagnósticos, sobretudo em pesquisas populacionais (RIBEIRO et al., 2015; ARNAU et al., 2005). Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo foi verificar a relação entre as condições de saúde e capacidade funcional com a auto-percepção de saúde de idosos longevos residentes em domicílio no município de Jequié-BA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo analítico, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, obtido por meio do recorte da pesquisa intitulada “Aptidão motora e fatores associados em idosos longevos residentes em domicílio”. O local de estudo foram as residências dos idosos de 80 anos ou mais, cadastrados em 4 Unidades de Saúde da Família da zona urbana, escolhidas por fazerem parte da área de abrangência dos projetos de pesquisa e extensão da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, do município de

Jequié-Ba, situado na região sudoeste do estado da Bahia. De acordo com o censo de 2010, no município de Jequié havia 151.895 habitantes, sendo 73.612 homens e 78.283 mulheres; destes, 3.330 da população idosa têm entre 80 e 100 anos ou mais de idade (IBGE, 2013).

Inicialmente, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB (Parecer nº, 358.702). Em seguida, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde, uma listagem foi realizada, em julho de 2013 para a identificação de todos os indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, não institucionalizados e residentes na zona urbana, a partir do cadastro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de quatro Unidades de Saúde do município, abrangendo os bairros: Inocoop, Urbis I, Pau Ferro e São Judas Tadeu.

O critério de inclusão foi apresentar condições mentais aceitáveis para responder ao instrumento da pesquisa, quantificado pelo Mini Exame do Estado Mental versão reduzida (MEEM), tendo como ponto de corte a pontuação \geq de 7 pontos. E como critérios de exclusão, idosos surdos e com dificuldade na fala que apresentaram alterações mentais que impossibilitassem a aplicação do questionário, ou que não foram encontrados no domicílio em 3 visitas alternadas.

O valor da amostra foi calculado com base na tabela proposta por Baumgartner e Strong (1994), que determina o tamanho amostral com 95% de confiança, em que a diferença percentual entre o tamanho da população e da amostra não é maior que 0,05. Dessa forma, foram selecionados 154 idosos e no período de agosto de 2013 a maio de 2014 foi realizada a coleta de dados, totalizando uma amostra de 117 indivíduos. Os 37 (37,0%) que não participaram da pesquisa foram por motivo de recusa (8,0%), óbito (7,0%) e que não atenderam aos critérios de inclusão (22,0%).

O instrumento de pesquisa foi constituído de:

- a. Avaliação cognitiva: utilizando o Mini exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM é um teste aplicado com o objetivo de determinar o nível cognitivo dos idosos de forma simples, com rápida aplicação e passível de reaplicação. Ele é utilizado para examinar fatores relacionados à orientação, memória e atenção. Em sua versão reduzida a pontuação é dada da seguinte maneira: 0-2 erros: funcionamento mental normal; 3-4 erros: defeito cognitivo ligeiro; 5-7 erros: defeito cognitivo moderado; 8 ou mais erros: defeito cognitivo grave (10). A pontuação máxima é de 10 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994).
- b. Informações sócio demográficas: avaliando por meio de um questionário, com os seguintes itens: sexo, idade, estado civil, tipo de renda, e escolaridade (IBGE, 2013).

- c. Estado de saúde autor referido: foram avaliados a presença e tipos de problemas de saúde; presença de sequelas; presença de dor; realização de tratamento (medicamentoso ou reabilitação); auto percepção do estado de saúde, em resposta à questão: “Na idade em que se encontra, como você avalia sua saúde?”. As opções eram: “excelente”, “muito boa”, “boa”, “razoável” ou “péssima”, sendo estas agrupadas nas análises dos dados em positiva (excelente, muito boa e boa) e negativa (razoável e péssima) (BRITO et al., 2013).
- d. Avaliação da capacidade funcional – Atividades básicas de vida diária (ABVDs) por meio da escala de Barthel (PINTO et al., 2017). Atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) por meio da escala de Lawton (PINTO et al., 2017).

O Índice de Barthel e Brody é um instrumento utilizado para avaliar o nível de independência do indivíduo na prática de atividades básicas de vida diária: comer, deambular, tomar banho, vestir e despir, higiene pessoal, uso dos sanitários, controle de esfíncteres, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas, sendo que a quantificação dos pontos na escala varia de 0-100. Interpretando os resultados o indivíduo que atingir 100 pontos é independente, pontuações até 75 pontos correspondem a dependência leve, até 50 pontos dependência moderada, e abaixo de 25 pontos indicam dependência grave (MAHONEY; BARTHEL, 1965).

A Escala de Lawton avalia o nível de independência para realização de atividades instrumentais de vida diária, ou seja, atividades necessárias para uma vida independente na comunidade, tais como: usar o telefone, fazer compras, utilizar transporte, administrar seu próprio dinheiro, preparar uma refeição, tomar seus remédios e executar atividades domésticas. Cada questão possui três opções de resposta, sendo: 3 pontos independência; 2 pontos dependência parcial e 1 ponto dependência total. A pontuação vai de 9 a 27 pontos, sendo que quanto maior o score, maior será o grau de independência (LAWTON; BRODY, 1969). Os dados do estudo foram analisados de maneira descritiva por meio do Programa estatístico SPSS versão 20.0, sendo aplicado o teste do Qui-quadrado e o teste de *Kruskal Wallis* para avaliar a associação entre a autopercepção de saúde e a capacidade funcional e condições de saúde.

RESULTADOS

A média de idade dos idosos longevos avaliados de 85,21 ($\pm 5,06$) anos e houve uma maior distribuição de idosos do sexo feminino (59,0%), não alfabetizado (51,3%) e na faixa etária entre 80 a 84 anos.

Tabela 1. Distribuição dos idosos longevos de acordo com as variáveis sociodemográficas. Jequié-BA, 2014.

	N	%
Sexo		
Masculino	48	41,0
Feminino	69	59,0
Faixa Etária		
De 80 a 84 anos	67	57,3
Acima de 84 anos	50	42,7
Escolaridade		
Alfabetizado	57	48,7
Não alfabetizado	60	51,3
Total	117	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação às condições de saúde, verificou-se uma maior frequência de idosos com presença de doenças (86,3%), com autopercepção de saúde referente positiva (63,30%), com presença de dor (62,4%) e que realiza tratamento (82,9%). As doenças mais citadas foram a hipertensão arterial sistêmica (19,6%) e hipertensão arterial associada à artrose (5,4%). A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos longevos segundo autopercepção de saúde e condições de saúde.

Tabela 2. Distribuição dos idosos longevos segundo autopercepção de saúde e condições de saúde. Jequié/BA, 2014.

	N	%
Presença de Doenças		
Sim	101	86,3
Não	16	13,7
Sente dor		
Sim	73	62,4
Não	44	37,6
Realiza Tratamento		
Sim	97	82,9
Não	20	17,1
Auto percepção de saúde		
Positiva	42	63,6
Negativa	24	36,4
Total	117	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Na avaliação da capacidade funcional os idosos obtiveram 95,21 ($\pm 9,14$) pontos nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) e 23,11 ($\pm 3,47$) pontos nas atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). A Tabela 3 mostra a distribuição dos idosos longevos, segundo as atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Jequié-BA, 2014.

	N	%
ABVD¹		
Dependente	48	41,0
Independente	69	59,0
Classificação da ABVD		
Independente (100 pontos)	69	59,0
Dependência leve (Até 75 pontos)	47	40,2
Dependência moderada (Até 50 pontos)	1	0,9
AIVD²		
Dependente	94	80,3
Independente	23	19,7
Classificação da AIVD		
Independente (27 pontos)	23	19,7
Dependência Parcial (26 a 18 pontos)	94	80,3
Total	117	100,0

¹ Atividades Básicas de Vida Diária, ²Atividades Instrumentais de Vida Diária

Fonte: Dados da pesquisa

Com a aplicação do teste de Kruskal Wallis entre as categorias da autopercepção e as variáveis do estudo não foi encontrada diferença estatística significativa: sexo ($p=0,666$), estado civil ($p=0,533$), escolaridade ($p=0,394$), renda ($p=0,742$), doença ($p=0,172$), sequelas ($p=0,261$), tratamento e autopercepção ($p=0,620$), presença de dor ($p=0,141$), ABVD ($p=0,604$) e AIVD ($p=0,483$).

DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo evidenciou maior frequência de idosos do sexo feminino, sem companheiro e não alfabetizados. Pinho et al. (2012), justificam que a maioria da população é de idosas devido a crescente proporção da população feminina quando comparada com a masculina, fato esse que pode ser explicado pelo estilo de vida que as mulheres adquirem e por um maior índice de mortalidade no sexo masculino. No que se refere a escolaridade, com uma maior proporção de idosos não alfabetizados, foi estimado pelo censo que 30,7% dos idosos possuem menos de um ano de instrução (IBGE, 2011).

Com base nos resultados encontrados, observou-se que a maioria dos idosos apresentou problemas de saúde. Esses resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Pimenta et al. (2015), em que 80,0% dos idosos declararam, em autoavaliação, ter pelo menos uma doença crônica não transmissível, resultado próximo dos 80,2% encontrados

por Dawalibi, Goulart e Prearo (2014). Vários fatores podem contribuir para os problemas de saúde dos idosos, como, estilo de vida, aspectos socioeconômicos (incluindo oportunidades educacionais e econômicas, cor de pele e condições de trabalho) e o acesso a serviços de saúde (PIMENTA et al., 2015). Isso também é declarado nos estudos de Brischiliari et al. (2014), que, no Brasil, as DCNT acometem principalmente indivíduos com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade e idosos.

No presente estudo, boa parte dos idosos longevos considerou sua saúde como positiva. Acredita-se que os achados positivos com relação à autopercepção de saúde, mesmo na existência de riscos de vulnerabilidades, podem ser esclarecidos pela capacidade de autorregulação cognitivo-emocionais, que conseqüentemente facilitam a adesão a tratamentos de saúde e mudança no estilo de vida, entre eles a prática de exercícios físicos e alimentação saudável (SANTANA; LIMA, 2012).

Constatou-se, nesse estudo, uma elevada frequência de idosos que relataram apresentar dor, dados estes semelhantes ao encontrados por Santana e Lima (2015) que evidenciaram alto índice de presença de dor (85%) em idosos em pesquisa no município de Mafra-SC, o que vai de encontro com os dados do presente estudo. Segundo Pereira et al. (2014), a dor pode interferir na capacidade de deslocamento e demais habilidades funcionais de vida diária, repercutindo negativamente na qualidade de vida.

Em relação a avaliação a capacidade funcional, constatou-se que houve uma maior distribuição de idosos classificados como independente para a ABVD. Esses resultados mostram-se semelhantes aos encontrados por Bortoluzzi et al. (2017) já que 74% eram independentes para as atividades básicas, assim como os 94,2% citados por Pinto-Júnior et al. (2016). Essa maior independência para as atividades básicas ocorre por essas atividades estar relacionadas a cuidados pessoais e por serem menos complexas que as atividades instrumentais (NOVAIS et al., 2016).

Além das ABVD, a presente pesquisa avaliou também as tarefas instrumentais. Identificou-se que apenas 35,6% dos idosos são totalmente independentes para as AIVDs. Em um estudo realizado por Pinto-Júnior et al. (2016) em Jequié, na Bahia, onde os pesquisadores também utilizaram o índice de Lawton, foi observado um comprometimento funcional mais evidente para realização das AIVDs, resultado muito próximo do encontrado nessa pesquisa. Esses resultados corroboram com outros estudos, visto que as atividades instrumentais são consideradas tarefas mais complexas do que as atividades básicas, e exigem auxílio para realizá-las (NOVAIS et al., 2016; LOPES; SANTOS, 2015; PEGORARI; TAVARES, 2014).

No presente estudo não foi encontrada diferença estatística entre as condições de saúde e capacidade funcional com a autopercepção de saúde os idosos longevos residentes. Esses

se mostram contraditórios aos encontrados em outros estudos que afirmam que as doenças crônicas estão fortemente ligadas à autopercepção de saúde dos idosos estudados. Em estudo realizado em Porto Alegre-RS, Hartmman observou essa relação com associação estatística. A autora verificou que a presença de doenças crônicas fez com que os idosos percebessem de forma pior a própria saúde. Na mesma pesquisa, Hartmman encontrou forte evidência estatística da relação entre autopercepção negativa de saúde e HAS, reumatismo e doença de coluna ($p\text{-valor}<0,001$) (SANTANA; LIMA, 2015). Os resultados desse estudo demonstram, ainda, que o estado funcional diminuído em idosos longevos acometidos por doenças crônicas degenerativas frente à realização de atividades diárias restringe a sua autonomia e independência e acarreta numa qualidade de vida má ou péssima, confirmada por sua autopercepção de saúde (SANTANA; LIMA, 2015).

CONCLUSÃO

Melhores condições de saúde e da capacidade funcional, principalmente em atividades relativas ao cuidado pessoal, contribuem para uma auto percepção mais otimista da saúde. Esses dados reforçam a importância de estudar o processo do envelhecimento para que se possa intervir de forma adequada no direcionamento de políticas públicas de saúde, contribuindo na prevenção de fatores relacionados à qualidade de vida desta população.

■ REFERÊNCIAS

1. ARNAU, A. et al. Risk factors for functional decline in a population aged 75 years and older without total dependence: A one-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr*, v. 65, p. 239-247, 2016.
2. BAUMGARTNER, T.; STRONG, C. *Conducting and reading research in health and human performance*. Dubuque: Fourth Edition, 1994.
3. BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.*, v.52, p.1-7, 1994.
4. BRISCHILIARI, S. et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 7, n. 1, p. 35-42, 2014.
5. BRITO, T. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. *Rev Fisioterapia e Pesquisa*, v. 21, n. 4, p. 308-313, 2014.
6. BRITO, T. et al. Quedas e Capacidade Funcional em Idosos Longevos Residentes em Comunidade. *Texto Contexto Enferm*, v. 22, n. 1, p. 43-51, 2013.
7. DAWALIBI, N.; GOULART, R.; PREARO, L. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3505-3512, 2014.

8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais*. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
9. HARTMANN, A. *Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre* [tese]. 2008. 75f. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. 2008.
10. KRUG, R. et al. A dor dificulta a prática de atividade física regular na percepção de idosas longevas. *Rev. Dor*. [Internet], v. 14, n. 3, 2013.
11. LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.*, v.9, n.179–85, 1969.
12. LOPES, G.; SANTOS, M. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 18, n. 1, 2015.
13. LENARDT, M.; CARNEIRO, N. Associação entre as características sociodemográficas e a capacidade funcional de idosos longevos da comunidade. *Cogitare Enferm.*, v. 18, n. 1, 2018.
14. MINAYO, M. Aumento acelerado da expectativa de vida e o desafio de cuidar das pessoas idosas dependentes. *Investigaciones Andina*, v. 17, n. 31, p. 1273–78, 2015.
15. MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md St Med J Baltimore*, v.14, p.61-5, 1965.
16. NOVAIS, M. et al. Avaliação de indicadores de desempenho funcional de idosos residentes em domicílio. *Arquivos de ciências da Saúde*. v. 23, n. 3, p. 67-72, 2016.
17. PEGORARI, M.; TAVARES, D. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 22, n. 5, p. 874-82, 2014.
18. PEREIRA, L. et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 22, n. 4, 2014.
19. PIMENTA, F. 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, 2015.
20. PINHO, T. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em unidade básica de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012.
21. PINTO, D. et al. Atividades funcionais e nível de dependência em idosos longevos residentes em domicílio. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, v. 7, n. 3, p. 369-376, 2017.
22. PINTO-JÚNIOR, E. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 404-412, 2016.
23. PORCIÚNCULA, R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Rev. Bras. Geriat. Gerontol.*, v. 17, n. 2, p. 315-25, 2014.
24. RIBEIRO, D. et al. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 49, n. 1, p. 89-96, 2015.
25. SANTANA, F.; LIMA, M. Prevalência de quedas e dor musculoesquelética em idosos. *Saúde e meio ambiente: Revista Interdisciplinar*, v. 3, n. 2, p. 80-89, 2015.

“

Sistematização da assistência de enfermagem na prevenção das interações medicamentosas entre idosos em polifarmácia

▮ Raquel Pinto de **Oliveira**
UNIJORGE

▮ Mayara de Sousa **Brito**
UNIJORGE

▮ Samylla Maira Costa **Siqueira**
UNIJORGE

RESUMO

Objetivo: Descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prevenção das interações medicamentosas (IM) entre idosos em polifarmácia. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada em julho de 2020 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) pelo uso dos Palavras-chave em Ciências da Saúde (DeCS) “idoso”, “enfermagem” e “polifarmácia”, combinados no banco de dados pelo uso do operador booleano AND. **Resultados:** Foram selecionados 7 artigos, que apontaram as seguintes ações relativas à SAE na prevenção de IM entre idosos em polifarmácia: investigação de fatores de risco, situações socioeconômicas, estilos de vida, atenção às características de idosos que utilizam múltiplos medicamentos, construção de diagnósticos direcionadas à polifarmácia, cuidado na administração e no aprazamento, gestão da terapia farmacológica, monitoramento e educação do paciente idoso, educação em saúde e especialização voltada à área de gerontologia. **Considerações finais:** A utilização da SAE como estratégia de cuidado ao idoso em polifarmácia no contexto da prevenção de IM mostra-se imprescindível, devendo ser o Processo de Enfermagem aplicado a estes indivíduos como uma forma de prevenção de agravos.

Palavras-chave: Idoso, Polifarmácia, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial crescente, que resulta – dentre outros fatores – da contínua queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, culminando no aumento do segmento populacional de idosos, que já é uma realidade no Brasil (IBGE, 2015).

Em paralelo ao aumento da longevidade decorrente das modificações demográficas e da redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas, houve a ascendência das doenças crônico-degenerativas. Por consequência, dado que o processo de envelhecimento fisiológico acaba por cursar com alguma cronicidade patológica em um determinado período da vida, nota-se principalmente nos indivíduos idosos uma crescente prevalência da terapia medicamentosa de longa duração, bem como uma maior utilização de diversos fármacos pelo mesmo paciente, o que é conhecido como “polifarmácia” (PEREIRA et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) considera a polifarmácia como o uso rotineiro de quatro ou mais medicamentos simultâneos por um mesmo paciente. Apesar dos benefícios decorrentes da combinação dos fármacos como linha de tratamento para diversas doenças crônicas relacionadas à idade, essa prática está intrinsecamente relacionada ao aumento de respostas indesejadas. A combinação simultânea de múltiplos fármacos vem sendo associada a reações adversas (RA), interações medicamentosas (IM), aumento do número de internações, maior tempo de hospitalização e mortalidade (MASNOON et al., 2017).

A polifarmácia é considerada uma prática frequente entre os idosos. Estudo realizado com base em dados da Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos, identificou que no Brasil cerca de 93% dos indivíduos com mais de 65 anos fazem uso de pelo menos um medicamento de uso crônico, e cerca de 18% do total de idosos utilizam pelo menos cinco medicamentos simultaneamente (RAMOS et al., 2016), o que pode ter como desfecho a interação medicamentosa (IM).

Uma IM ocorre quando a eficácia e segurança de um fármaco é alterada pela presença de outro. Em relação aos seus desfechos, podem variar de relativamente insignificantes a potencialmente letais, ou ainda causar danos permanentes ao indivíduo, sendo capaz de promover tanto o aumento da toxicidade de um fármaco, quanto a redução de sua eficácia (SCRIGNOLI et al., 2016).

Dentro de uma unidade hospitalar, a IM constitui um risco comum na prática assistencial, já que os pacientes internados possuem prescrições cada vez mais complexas. Ao profissional de enfermagem cabe a responsabilidade de executar o aprazamento, preparo, administração e monitorização do fármaco, priorizando a segurança do paciente ao prevenir possíveis IM (COREN-SP, 2017).

Nesse direcionamento, caracteriza-se os cuidados de Enfermagem, realizados com base na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como fundamentais na prevenção das IM decorrentes da polifarmácia na pessoa idosa.

A SAE é uma atividade privativa do enfermeiro e consiste na metodologia prática de cuidado que abrange um conjunto de ações sistematizadas, voltadas a organização, planejamento e execução da assistência de enfermagem. A SAE auxilia as ações da equipe, contribuindo para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do paciente, família e comunidade. Portanto, a sistematização da assistência não só favorece a qualidade do cuidado prestado ao indivíduo como um todo, como também consolida e dá subsídio a profissão, tornando possível sua maior autonomia baseada em conhecimentos técnico-científicos (SANTOS et al., 2014).

Dada a relevância da SAE na qualificação do cuidado ao paciente, é essencial a pesquisa acerca desta temática, uma vez que os resultados aqui apresentados têm o potencial de contribuir com o conhecimento acerca das IM, utilizando-se a prática baseada em evidências (PBE) como uma ferramenta de qualificação do cuidado de Enfermagem. Frente ao exposto, este estudo tem como objetivo descrever a SAE na prevenção das IM entre idosos em polifarmácia.

MÉTODOS

Revisão integrativa da literatura, definida por Sousa, Silva e Carvalho (2009) como uma abordagem metodológica afim de identificar, analisar e sintetizar resultados a modo de repercutir qualitativa e quantitativamente para evidências e análise de problemas metodológicos de um tópico particular.

A busca dos materiais aconteceu em julho de 2020, norteada pela seguinte questão de pesquisa: Quais as ações relativas à SAE na prevenção de IM entre idosos em polifarmácia? O local de busca foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “idoso”, “enfermagem” e “polifarmácia”, combinados no banco de dados pelo uso do operador booleano AND.

Pela associação dos descritores supracitados foram identificados 72 materiais, os quais foram filtrados pelos seguintes critérios de inclusão: apenas artigos disponíveis na íntegra, em periódicos de acesso gratuito, em português, no recorte temporal de 10 anos (2010-2020).

A partir destes filtros, ficaram 20 artigos. Os critérios de exclusão foram repetição em bases de dados e falta de associação com o objetivo proposto, identificada esta última a partir da análise do título, resumo, resultados e considerações finais/conclusões dos trabalhos inicialmente selecionados.

RESULTADOS

Após a seleção dos artigos, foram excluídos 12 trabalhos que não tinham associação com o objetivo e 1 artigo por repetição. Ao final foram selecionados 7 artigos, sintetizados no Quadro I.

Quadro I. Síntese dos trabalhos selecionados.

Ano	Autoria	Título	Periódico	Resultados
2010	Marin <i>et al</i>	Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos	Rev. Esc. Enferm. USP	- Atentar para as características de idosos que utilizam múltiplos medicamentos; - Diagnósticos de enfermagem
2013	Smanioto; Haddad	Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados	Rev. Bras. Enferm.	- Cuidados na administração de medicamentos - Especialização voltada à área de Gerontologia
2015	Formiga <i>et al</i>	Perfil dos idosos atendidos no hiperdia que fazem uso da polifarmácia	RevEnferm UFPI	- Investigações de fatores de risco, situações socioeconômicas, estilos de vida
2016	Rodrigues; Oliveira	Interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos em polifarmácia em idosos: uma revisão integrativa	Rev. Latino-Am. Enfermagem	- Gestão da terapia farmacológica - Monitoramento e educação do paciente idoso
2018	Marques <i>et al</i>	Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na enfermagem gerontológica	Rev. Bras. Enferm.	- Construção de diagnósticos direcionadas à polifarmácia
2019	Santana <i>et al</i>	O impacto da polifarmácia na qualidade de vida de idosos	Rev Enferm UFPE on line	- Cuidado na administração e no aprazamento
2019	Rodríguez <i>et al</i>	Polifarmácia em idosos, impacto em sua qualidade de vida. Revisão da literatura	Rev. Saúde Pública	- Educação em saúde

Foram encontrados artigos publicados em 2010 (n=1), 2013 (n=1), 2015 (n=1), 2016 (n=1), 2018 (n=1) e 2019 (n=2), todos na base de dados LILACS (n=7). Houve trabalhos originais (n=2), revisão (n=3) e relato de caso (n=2). Todos os estudos originais destacados no quadro acima (n=2) foram desenvolvidos no Brasil.

Quanto aos resultados, foram identificadas como ações relativas à SAE na prevenção de IM entre idosos em polifarmácia as seguintes: **1) Na etapa de Histórico:** investigação de fatores de risco, situações socioeconômicas, estilos de vida (FORMIGA *et al.*, 2015); e atentar para as características de idosos que utilizam múltiplos medicamentos (MARIN *et al.*, 2010); **2) Na etapa de Diagnóstico:** construção de diagnósticos direcionadas à polifarmácia (MARQUES *et al.*, 2018; MARIN *et al.*, 2010); **3) Na etapa de Implementação:** cuidado na administração e no aprazamento (SANTANA *et al.*, 2019; SMANIOTO; HADDAD., 2013); gestão da terapia farmacológica (RODRIGUES; OLIVEIRA., 2016); monitoramento e educação do paciente idoso (RODRIGUES; OLIVEIRA., 2016; RODRÍGUEZ *et al.*, 2019); educação em saúde (RODRÍGUEZ *et al.*, 2019; RODRIGUES; OLIVEIRA., 2016). Além disso, foi destacada a importância da especialização voltada à área de gerontologia (SMANIOTO; HADDAD., 2013).

DISCUSSÃO

Com o intuito de organizar o gerenciamento do cuidado, foi estabelecida a SAE, por meio do Processo de Enfermagem (PE), que ocorre pelas etapas de Histórico, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação (SILVA *et al.*, 2011).

O histórico de enfermagem consiste em uma coleta de dados (subjetivos e objetivos) do paciente, por meio de um roteiro que possibilita a identificação dos problemas e necessidades do indivíduo, tornando possível a determinação do seu estado de saúde. Dentro da coleta dos dados, há uma investigação contínua, planejada e sistematizada acerca das evidências de problemas de saúde e fatores de risco que possam comprometer o estado biopsicossocial do indivíduo (TANNURE *et al.*, 2010). Todo o planejamento do processo de assistência está intrinsecamente ligado à objetividade, fidedignidade e abrangência com que os dados iniciais são coletados, o que determina a essencialidade desta primeira etapa.

Dentro do contexto das interações medicamentosas no idoso que faz uso de múltiplos medicamentos, a investigação das características dessa população com ênfase em seus fatores de risco, socioeconômicos e estilo de vida se faz ainda mais criteriosa, visto que tais fatores podem desencadear uma má adesão a uma terapêutica farmacológica segura e eficaz, aumentando a probabilidade da ocorrência de IM.

Além de se relacionar à idade do paciente, a polifarmácia também envolve outros fatores, conforme foi demonstrado em estudo transversal realizado com 106 pacientes (todos idosos), os quais eram polimedicados. Dados desta pesquisa apontaram que cerca de 68,3% eram mulheres, 60,6% pertenciam à classe baixa e 92,3% possuíam baixo grau de escolaridade. Além disso, verificou-se que cerca de 16,5% dos idosos apresentavam risco de possuir problemas relacionados com medicamentos (GALATO *et al.*, 2010). A soma dos fatores acima relatados permite inferir a importância do levantamento destes e de outros dados entre pacientes idosos em polifarmácia para o delineamento de uma intervenção de Enfermagem efetiva a partir da utilização da SAE.

Investigar e associar os dados coletados é favorável para que se estabeleça a assistência de saúde segura, sendo do enfermeiro a atribuição de realizar tal ação a partir das consultas de Enfermagem. Identificar as dificuldades que venham a repercutir na saúde desta população através de um levantamento de dados minucioso favorece o estabelecimento de ações que atendam às necessidades do idoso, contribuindo na racionalização no uso farmacológico e amenizando a ocorrência de IM, proporcionando maior qualidade de vida (FORMIGA *et al.*, 2015).

A atenção às características de idosos que utilizam múltiplos fármacos se faz consideravelmente relevante, uma vez que tal condição aponta uma maior vulnerabilidade à ocorrência de interações medicamentosas, tendo em vista o estado de saúde do idoso dentro

do processo de envelhecimento (MARIN *et al.*, 2010), favorecendo o adequado estabelecimento dos diagnósticos de Enfermagem, que consistem na segunda etapa do PE, estando integralmente interligado à investigação bem realizada.

É definido como diagnóstico de Enfermagem o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade. Nele ocorre a análise minuciosa dos dados coletados do paciente, identificando os problemas de saúde potenciais ou reais, fatores de risco que exigem controle, além de permitir uma avaliação das necessidades de aprendizagem. O diagnóstico de Enfermagem pode ser composto por diferentes elementos (características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco, definição da população em risco e condições associadas ao problema identificado), os quais estão relacionados ao tipo de diagnóstico (com foco no problema, de risco ou potencial, de promoção da saúde e de síndrome) (LEFREVE *et al.*, 2010; NANDA, 2018).

Considerando que o uso de múltiplos medicamentos pela pessoa idosa pode acarretar uma série de complicações, relacionadas principalmente às RAM e IM, a identificação dos diagnósticos de Enfermagem voltados a essa população contribui para o maior conhecimento das necessidades desses pacientes, além de direcionar tal assistência.

O estudo de Marin *et al* (2010), realizado com 67 idosos polimedicados, identificou segundo a taxonomia II da NANDA, 16 categorias diagnósticas reais e de risco relacionadas tanto a aspectos funcionais como sociais e ambientais, sendo os mais frequentes a dor crônica (59,7%), mobilidade física prejudicada (58,2%), nutrição desequilibrada (47,7%) e controle ineficaz do regime terapêutico (47,7%). Tais diagnósticos revelaram que além do acompanhamento sistemático desses pacientes, existe a necessidade de medidas envolvendo mudanças no estilo de vida.

As ações de promoção do uso racional de medicamentos são importantes na atenção ao idoso a fim de garantir o acesso a medicamentos seguros e adequados às particularidades fisiológicas dessa população (LOPES *et al.*, 2016). Os impactos clínicos da polifarmácia em idosos estão relacionados ao aumento do risco de eventos adversos, admissão hospitalar, IM, uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), possibilidade de cascata iatrogênica, deficiência de adesão ao tratamento e risco elevado de quedas. O profissional de enfermagem capacitado dentro da perspectiva global e funcional do envelhecimento humano potencializa a implementação de intervenções redutoras dos possíveis danos associados à polifarmácia (MARQUES *et al.*, 2018).

A investigação minuciosa e o delineamento de diagnósticos precisos embasam a determinação das ações a serem implementadas, constituindo a terceira etapa do PE (NANDA, 2018). O Planejamento de Enfermagem esclarece os resultados a serem alcançados, estabelecendo as prioridades, intervenções e metas. Dentro do processo de planejamento o enfermeiro deve analisar fatores capazes de influenciar sua eficácia, como metas atingíveis e realistas, insumos disponíveis, equipe de trabalho, tempo e prioridades.

À implementação das ações de Enfermagem compete a realização das intervenções cuidadosamente planejadas e as mudanças imediatas necessárias. Ademais, estabelece metas imediatas, intermediárias e de longo prazo (LEFREVE *et al.*, 2010). As implicações da polifarmácia e os seus desdobramentos vão delinear todo processo da implementação das ações.

No processo terapêutico, a Enfermagem possui papel importante na administração, aprazamento e no planejamento da rotina medicamentosa do paciente. Tão importante quanto a prescrição médica é a administração dos medicamentos prescritos. É de responsabilidade do enfermeiro atuar na execução da administração de medicamentos de maneira consciente e segura, apoderando-se dessa prática e promovendo também ações de educação permanente da equipe, visando a um atendimento de qualidade à população idosa (SMANIOTO; HADDAD, 2013).

O cuidado com a IM, o aprazamento e a educação em saúde são de grande relevância no contexto do envelhecimento, envolvendo os aspectos fisiológicos do paciente. Diante desses fatores, o enfermeiro está estritamente conectado na orientação e educação, em especial na polifarmácia, o que demanda do profissional estratégias de educação em saúde e aperfeiçoamento contínuo sobre o processo de envelhecimento e suas alterações, maximizando a vigilância da polifarmácia em idosos. Sendo assim, caracteriza-se o enfermeiro como um agente capaz de compartilhar, com o paciente e sua família, as informações referentes aos horários, doses, vias de administração e IM no uso dos fármacos, considerando o nível de escolaridade do idoso, além das condições econômicas e sociais nas quais o indivíduo está inserido ao promover o processo da assistência, a fim de garantir um cuidado holístico e com equidade (SANTANA *et al.*, 2019; CARVALHÊDO *et al.*, 2015).

Uma abordagem apurada e individualizada promove a prevenção do uso indiscriminado de medicamentos – alto índice no Brasil. Dentro desse contexto, o enfermeiro capacitado pode intervir por meio de práticas educativas em saúde, por exemplo, na prevenção do uso de medicamentos à base de plantas medicinais, muito comum entre o público idoso, cujo efeito pode potencializar efeitos prejudiciais nas IM, interrupção de terapêutica ou o acréscimo de fármacos sem conhecimento dos profissionais envolvidos (SECOLI, 2010). Enfatiza-se também a necessidade de o enfermeiro possuir o conhecimento a respeito das interações entre fármacos e alimentos, visto que as alterações de absorção intestinal decorrentes do envelhecimento podem alterar a eficácia de um medicamento, ou um medicamento pode alterar a absorção de algum nutriente, ocasionando alguma deficiência (LOPES *et al.*, 2010).

Através de prescrições e aprazamentos adequados, monitoramento e educação na continuidade do cuidado, podem ser geridos a diminuição do risco potencial das complicações medicamentosas no idoso, ou seja, a detecção se faz precoce e vital uma vez que o profissional de saúde esteja apto para reconhecer possíveis IM e RAM, necessitando assim de uma gestão da terapia farmacológica cautelosa (RODRIGUES; OLIVEIRA,

2016). Os profissionais de enfermagem devem ter um papel educativo nessa faixa etária para reduzir a polifarmácia e ajudar na promoção de estilos de vida favoráveis ao envelhecimento saudável (RODRÍGUEZ *et al.*, 2019).

Olympio (2015) destaca em sua pesquisa que 31,25% dos participantes apresentavam nível menor de escolaridade, desencadeando um maior grau de dificuldade no acesso à informação e processo de aprendizagem na realização dos cuidados em saúde, favorecendo assim a não aderência ao plano terapêutico devido ao comprometimento da compreensão dos complexos mecanismos das doenças; 90,62% referiu a existência de uma ou mais doenças crônico-degenerativas, 56,25% usavam pelo menos uma medicação e 28,13% mais de cinco medicamentos de forma regular. Grande parte da iatrogenia entre os idosos se dá do desconhecimento das peculiaridades e complicações patológicas, referindo assim que o processo educativo incluso no planejamento em saúde se faz extremamente necessário para que se aumente a capacidade de adesão ao plano terapêutico pelo idoso retardando assim internações hospitalares e institucionalizações precoces advindas das complicações das doenças.

O aumento do público idoso nas redes de atenção à saúde ampliou o olhar do profissional enfermeiro quanto à necessidade do conhecimento especializado que possibilite o atendimento com embasamento científico, impulsionando uma assistência segura e de qualidade. A especialização voltada à área de gerontologia proporciona o cuidado baseado nas complexidades trazidas pelo processo de envelhecimento, fornecendo o distanciamento do modelo de atendimento curativista, com um olhar diferenciado aos sintomas oriundos da senescência e da senilidade (KLETEMBERG; PADILHA, 2013).

A falta dessa capacitação profissional, seja na assistência prestada na unidade hospitalar ou rede básica, torna inviável o cuidado individualizado correspondente à necessidade de cada indivíduo de modo integral à saúde, não permitindo assim um acompanhamento adequado desses pacientes, refletindo de forma negativa nas técnicas a serem realizadas nas atividades terapêuticas condizentes à anatomia e fisiologia do envelhecimento, dificultando a detecção dos fatores de riscos para possíveis IM de forma a minimizar a ocorrência desse problema (SMANIOTO; HADDAD, 2013). Diante disso, destaca-se a importância do acompanhamento sistemático à pessoa idosa polimedicada, considerando que cabe ao enfermeiro, dentre outras atribuições, o acompanhamento em todas as etapas da assistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findando este estudo, destaca-se a importância da utilização da SAE na prevenção das IM entre idosos que fazem uso de múltiplos medicamentos, enfatizando as ações de enfermagem em todas as etapas deste processo. Evidencia-se que uma investigação minuciosa na coleta de dados em sua integralidade proporciona o estabelecimento de ações que

atendam às necessidades do idoso, contribuindo na racionalização no uso farmacológico e amenizando a ocorrência de IM.

No que diz respeito aos diagnósticos, além do acompanhamento sistemático desses pacientes, existe a necessidade de medidas envolvendo mudanças no estilo de vida. Este levantamento apontou diagnósticos reais e de risco relacionados tanto a aspectos funcionais como sociais e ambientais, sendo os mais frequentes a dor crônica, mobilidade física prejudicada, nutrição desequilibrada e controle ineficaz do regime terapêutico.

Em se tratando das ações de enfermagem, através de prescrições e aprazamentos adequados, monitoramento e educação na continuidade do cuidado, podem ser geridos a diminuição do risco potencial das complicações medicamentosas no idoso, tornando possível a detecção precoce e vital das mesmas, uma vez que o profissional de saúde esteja apto para reconhecer possíveis IM e RAM, necessitando assim de uma gestão da terapia farmacológica cautelosa. Assim, o profissional deve fundamentar sua prática em argumentos cientificamente sustentados.

Dentro desse contexto, surge a importância da especialização voltada à área de gerontologia, favorecendo o cuidado autônomo baseado nas complexidades trazidas pelo processo de envelhecimento.

Estudos dessa natureza são importantes ao contribuir com a Enfermagem no sentido de oferecer subsídio para construção de diagnósticos situacionais e fundamentar ações direcionadas à complexidade que envolve a polifarmácia e as IM decorrentes dela na pessoa idosa, evidenciando a necessidade de melhor articulação multiprofissional no atendimento às necessidades individuais e coletivas.

Convém sublinhar que na busca de materiais para este levantamento foi identificada escassez literária acerca da temática proposta. Assim, destaca-se a importância de o enfermeiro investigar mais amplamente a respeito da SAE aplicada ao cuidado do idoso em polifarmácia, agregando maior resolutividade às taxas crescentes de IM nessa população.

Frente ao exposto, sugere-se que sejam explorados em estudos posteriores os aspectos biopsicossociais do idoso polimedicado, bem como as formas de cuidado empreendidas pelos enfermeiros neste momento.

■ REFERÊNCIAS

1. ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: fundamentos para o raciocínio clínico. Tradução: Regina Machado Garcez. 8ªed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2014.
2. CARVALHÊDO, F.G.; ANTONIO, P.S.; SANTOS, D.S. Embracement for the elderly and nursing care systematization in primary care. **J Nurs UFPE on line**, v.9, n.1, p. 143-148, 2015. Available from: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10318>>. Access in: 13 set 2020.

3. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). **Uso Seguro de Medicamentos: Guia para Preparo, Administração e Monitoramento.** São Paulo, 2017. Disponível em: <<https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/uso-seguro-medicamentos.pdf>>. Acesso em: 14 ago 2020.
4. FORMIGA, L. M. F.; BRITO, B.B.de.; OLIVEIRA, E.A.R.; SOUSA, L.S.N.de.; LIMA, L.H.O.; FEITOSA, P.C Perfil dos idosos atendidos no hiperdia que fazem uso da polifarmacia. **Rev. Enfermagem UFPI**, v.4, n.2, p. 40-47, 2015.
5. GALATO, D.; SILVA, E.S.; TIBURCIO, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do Sul de Santa Catarina: um olhar sobre a polimedicação. **Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2899-2905, 2010.
6. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI: Subsídios para as Projeções da População.** Rio de Janeiro (RJ); 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2020.
7. KLETEMBERG D.F.; PADILHA M.I. Gerontological nursing: the production Of knowledge in the profession (1970-1996). **Rev Gaúcha Enferm.**, v.34, n.1, p.86-93, 2013.
8. LOPES E.M.; CARVALHO, R.B.N.de.; FREITAS, R.M.de. Analysis of possible food/nutrient and drug interactions in hospitalized patients. **Einstein**, v.8, n.3, p.298-302, 2010.
9. LOPES, L.M.; FIGUEIREDO, T.P.de.; COSTA, S.C.; REIS, A.M.M. Use of potentially inappropriate medications by the elderly at home. **Ciênc Saúde Colet**, v.21, n.11, p. 3429-3438, 2016.
10. MARIN, M.J.S.; RODRIGUES, L.C.R.; DRUZIAN, S.; CECÍLIO, L.C.O. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.44, n.1, p. 46-51, 2010.
11. MARQUES, G.F.M.; REZENDE, D.M.R.P.de.; SILVA, I.P.da.; SOUZA, P.C.de.; BARBOSA, S.R.M.; PENHA, R.M.; POLISEL, C.G. Polifarmácia e medicamentos potencialmente inapropriados para idosos na enfermagem gerontológica. **Rev Bras Enferm**, v.71, n.5, p.2440-6, 2018.
12. MASNOON, N.; SHAKIB, S.; KALISCH-ELLETT, L.; CAUGHEY, G.E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC geriatrics**, v.17, n.1, 230, 2017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635569/pdf/12877_2017_Article_621.pdf>. Access: 20 jun. 2020.
13. NANDA International Inc.; Herdman, T.H.; KAMITSURU, S. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020.** Tradução: Regina Machado Garcez. 11ªed. – Porto Alegre: Artmed.
14. NASCIMENTO, R.C.R.M., et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**. n.51, Supl 2:19s. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf>>. Acesso em 10 ago 2020.
15. OLYMPIO, P. **Gerontotecnologia na enfermagem: o emprego de jogos na educação em saúde com idosos sobre envelhecimento ativo e saudável.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. Tese (doutorado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro- Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós- Graduação e Pesquisa em Enfermagem, 2015.
16. PEREIRA, K.G.; PERES, M.A.; LOP, D.; BOING, A.C.; BOIG, A.F.; AZIS, M.; D'ORSI, E. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 2 n.20, p.335-344, 2017.

17. RAMOS, L. R., et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. **Rev. Saúde Pública**, n. 50, v. Supl 2:9s. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006145.pdf>. Acesso em: 12 ago 2020.
18. SANCHEZ-RODRIGUEZ, J.R.; ESCARE-OVIEDO, C.A.; OLIVARES, V.E.C.; ROBLES-MOLINA, C.R.; VERGARA-MARTÍNEZ, M.I.; JARA-CASTILLO, C.T. Polifarmacia en adulto mayor, impacto em su calidad de vida. Revision de literatura. **Rev. Salud Pública**, v.21, n.2, p.271-277, 2019.
19. SANTOS, L.F., et al. Pharmacovigilance of polypharmacy and adverse drug reactions in hospitalized elderly in a university hospital in Manaus, Amazonas. **Rev. Visa em Debate**, v.7, n.4, p.41-47, 2019.
20. SANTOS, W.N. Sistematização da Assistência de Enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Manag Prim Health Care**, v.5, n.2, p.153-158, 2014.
21. SCRIGNOLI, C.P., et al. Interações medicamentosas entre fármacos mais prescritos em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo**, v.7 n.2, p. 26-30, 2016.
22. SECOLI S.R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev Bras Enferm.**, v.63, n.1, p:136-40, 2010.
23. SILVA, E.G.C.; OLIVEIRA, V.C..de; NEVES, G.B.C.; GUIMARÃES, T.M.R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Esc de Enfermagem USP**, 2011.
24. SMANIOTO F.N.; HADDAD M.C.L. Avaliação da farmacoterapia prescrita a idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.4, p.523-527, 2013.
25. SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.da.; CARVALHO, R.de. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v.8, p. 102-106, 2010.
26. TANNURE, M.C.; PINHEIRO, A.M. **SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
27. World Health Organization (WHO). **Medication Without Harm** - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety [Internet] Geneva: World Health Organization, 2017. Available from: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf;jsessionid=AB6065219E532E2F47B566C383592592?sequence=1>>. Access in: 15 mai 2020.

“

Well-being of elderly population with disabilities in Chile: a state concern

▮ Exequiel **Plaza**
Universidad de Talca - Chile

ABSTRACT

The aim of this study was to gain knowledge regarding social inclusion of elderly disabled people into the community. Latest studies show that in 2030, 23% of the Chilean population will exceed 60 years of age, which will make Chile a country with one of the highest ageing population in South America. Older people that tend to live longer are prone to enter stages of disability related to aging itself. There exist actions from the State and actual legislation for elderly with disabilities, but whether these strategies and programs reached the final beneficiaries remained unclear. Method: A social innovative study was carried out in two counties of central Chile, where a universe of 421.067 older persons live and 320 were part of a sample that helped to gather the evidence obtained in a cross sectional model research. A survey was administered to examine the gap of social inclusion in four main domains to determine the level of satisfaction with the services provided by the State and the community. All subjects signed an informed consent, following ethical principles for medical research in humans established in the Declaration of Helsinki (1964). Results: Four dimensions were identified as critical being these: managing, resources, communication and social participation. They all had a high correlation to the perceived needs for social integration, inclusion and well-being. These findings were obtained regardless the type and degree of disability of the subjects. Conclusion: Social inclusion was not sufficient to the degree of expectative the beneficiaries had from services provided by the State.

Keywords: Older People; Ageing; Disability; Integration; Well-Being; Health.

INTRODUCTION

From a clinical and epidemiological point of view, older people are likely to be in a condition of vulnerability due to advanced age and disability. In Chile, the age group over 60 years old has an increasing relative weight in the total general population, reaching 11.4%, with 1.717.478 people and the age group of 65 years old and over is 1.217.576, corresponds to 8% of the population. Of this total, the group of people over 80 years old stands out, reaching 14.7%. Life expectancy at birth is 77.36 years (74.42 years for men and 80.41 years for women). (Minsal, 2015).

As mortality rates in Chile began to decline the life expectancy began to increase rapidly, the complexity of the demographic transition has become a task that many agents are trying to solve. Scientific research is today a necessity to find mechanisms that can contribute to elderly well-being. However, the complexity is greater when we consider that older people who tend to live longer are likely to enter some age-related disability stages. It is a biological fact that everyone ages and, undoubtedly, the longer a person lives, the greater the chances of getting into a chronic condition of vulnerability due to the rapid aging of the population and the changing epidemiological burden of non-communicable diseases (PIEI-Es, 2017).

According to latest studies by year 2050, 23% of the Chilean population will exceed 60 years of age, the equivalent to 5.229 persons, which will make Chile one of the countries with the highest ageing population in South America. This projection is clearly a sign of a well-documented trend of aging. The actual legislation provides several opportunities to prevent and take care of elderly people with disabilities, most of them are health and social programs nationwide, but whether these strategies and programs reached the final beneficiaries remained unclear.

The evolution of the population in Chile as detailed by the National Service of the Elderly (SENAMA) in its study of "Collection, systematization and description of available statistical information on old age and aging in Chile" (2013), is characterized by a permanent rhythm of aging, which is expressed in a tendency towards the decrease of the youngest population (this, product of the decrease in fertility and the consequent decrease in the birth rate) and an increase in the proportion of the older population. This interaction also causes a reduction in the population growth rate.

In the 2002 census it was declared that the total population of the country was 15,116,435 people, of which 11.4% were older adults (over 60 years), that is, 1,717,478 people. Of these, 758,049 were men (10.2%) and 959,429 were women (12.5%). However, now in Chile, 4.770 people live over 100 years of age and of these, a total of 3,171 are women (Casen 2017).

For the purpose of the present study, two central regions of Chile were included. These are Región of Libertador O'Higgins and Region of Maule. Both are located south Santiago

and the two together make up an 11% of the total population of the nation. It is important to mention that this narrow and long country has a huge concentration of inhabitants in the Metropolitan Region where Santiago is located. There live seven millions people which are almost a 41% of the total Chilean population. In the Región of Libertador O'Higgins the total number of inhabitants is 914.550, here the number of elderly are 191.261. In addition, the Region of Maule has a population of 1.044.950 inhabitants of which 229.851 are older adults.

Chile is one of the countries that adhered to the International Convention for the Rights of Persons with Disabilities (PwD), ratifying this commitment in 2008. This is the second human rights treaty of the 21st century and that aims to protect more than 650 million people with disabilities living in the world (UNRISD, 2010). The Convention, which consists of 50 articles, includes fundamental rights such as accessibility to the built environment, information, freedom of movement, access to health, education, employment, habilitation and rehabilitation and participation in the political life, all based on the principle of non-discrimination of any kind, which is not always possible to perform or measure (Bright, 2018). In Chile, people with a disability situation reach a total of 2.606.914. As in other countries, social participation is visualized as an alternative to contribute to the inclusion of these people (Mathias, 2018)

At the local level, the Ministry of Social Development through the National Disability Service must comply with Law 20.422, which establishes rules on equal opportunities and social inclusion of persons with disabilities. Within this framework, the State of Chile must generate actions that contribute to the inclusion of people with disabilities (PwD). For this reason, it has developed various programs and initiatives such as competitive projects, inclusive local strategies for development and lately, through inclusive territorial management schools, which are intended to empower PwDs and their associative groups (Eskola, 2011).

Disability is multidimensional (Pinilla-Roncancio, 2018) and it is possible to identify dimensions related to epidemiology, quality of life, education, work, housing and place of residence among others. Similarly, economic competitiveness and poverty play a relevant role (Borg, 2018). The National Survey of Disability ENDISC II revealed that the population of 60 years and older is in a situation of disability. In this regard, in the Region of Maule, the national pattern that establishes that disability increases significantly with age is evident. Likewise, population aging is introduced as another variable in the complex approach to disability.

In relation to the work-force dimension, those who are available to work (occupied or unoccupied) in the PwD is 31.8% compared to 66.94% of the population without a disability. A 77.1% of severe PwD is inactive, unlike 33.1% of the population without a disability.

Regarding education, the PwD have an average of seven years of schooling, while those without disabilities have an average of ten years of formal educational instruction.

These elements as a whole can limit access to adequate interaction and social inclusion of people (Bengston, 2017). That is why the role of the State and public-private entities

in contributing to the development of a more equitable society that guarantees the rights of each one becomes relevant (Szmukler et al., 2014).

For the past five years, the National Service for Disability SENADIS, in its quest to contribute to the promotion of inclusive participation within public institutions, enabling dialogue and feedback with all citizens, generated a Territorial Inclusive Participation Program, which tends to explore and identify the development of inclusive approaches related to topics such as participation and disability. Such activities are devoted to a population that live in a social context where poverty, rurality, aging, disability and low access to communication are major concerns.

STUDY.

In order to generate scientific evidence on whether the State's efforts and those from general society effectively reached the aged population with disabilities, a study was developed based on a social innovation model establishing a co-identification in conjunction with the population of interest to formulate the question of research. This ended up being "Did they really acknowledge that their needs were being solved in some way by the State and community actions?". Thus, their perception on key problems and level of satisfaction of the services available for solving them was the guideline for the research.

A descriptive, exploratory and cross-sectional study was conducted with elderly (60 years or older) with physical, sensory and cognitive disabilities. Most of them were gathered in associative groups and entities that include their relatives and caregivers, some persons were involved in self-organized community groups, as some others were passive participant of NGOs and social groups organized by municipalities. A total of 320 participants were involved whom signed an informed consent to participate in the study, since this work followed the ethical principles for medical research in humans established in the Declaration of Helsinki (1964).

The Type of sampling was based on voluntary subjects willing to answer a survey of characterization and attributes of perception about services received and their impact on well-being. This type of research also seeks to explore the knowledge and skills of people who belong to this study context and who are willing to participate as informants of the investigation (Flick, 2004; J. Gómez, Latorre, Sánchez, & Flecha, 2006); In this sense, participants responded to an invitation to participate in the study. Each participant was asked to answer a survey that included four dimensions that were identified: Management, Resources, Communication and Social Participation. The items for each dimension were presented in the form of written statements that had to be ranked on a Likert Scale. When needed help was provided as reading of the text for blind people or semi illiterate persons and sign language for deaf people with poor reading skills. Each dimension had four statements (Figure 1)

Figure 1. Survey dimensions and topics

Dimension	Items (topics)
Management	- Level of self-organization
	- Flaws identified in functioning of groups
	- Help received from official entities to empower the groups and members
	- Collaborative work among members and groups
Resources	- Quantity and quality of resources available
	- Key lack of resources identified
	- Actions taken to obtain resources in a sustainable way
	- Effective use of resources obtained
Communication	- Access to call for application to fund
	- Communication within the group
	- Communication among groups
	- Access to official mentorship, counseling, coaching on disability and training or clinical services
Social Participation	- Access to education or training
	- Access to work and labor performance
	- Sport and leisure
	- Cultural and artistic engagement activity
	- Role in the community, acceptance.
	- Attention and embracement from official entities

Data Analysis: For the statistical analysis, descriptive type measures were considered: Frequencies for categorical variables, Central tendency (mean) and Dispersion of the data (standard deviation), the latter in the case that the variables were quantitative. Likewise, the relationship between variable dimensions based on the “Active Inclusion” construct of the instrument was analyzed, which included the dimensions: organizational structure, participation, access and information, identifying statistically significant relationships among the most relevant. The SPSS v 21.0 software was used for the analysis.

RESULTS

The survey in the form of satisfaction questionnaires contained all four dimensions and four questions in each which were fully answered with none lost data. The dimensions Management, Resources, Communication and Social Participation proved to be of areas of deep concern where out of 16 questions combined, five discriminated the perception of social inclusion (1: No Inclusion, 2: Low Inclusion, 3: Moderate Inclusion, 4: High Inclusion), two determined the relevance of managing activities for inclusion, while eight weighted the needs of the users for effective communication mechanisms and resources to improve their quality of life through inclusion by contributing to well-being. None of all questions considered in the Likert scale score was dismissed. In addition, results showed that social inclusion was not sufficient for the beneficiaries’ degree of expectation. Although all four dimensions stated in the survey were relevant to the participants, two were identified as critical: communication and social participation. They all had a high correlation with the perceived needs for integration and social inclusion (Figure 2).

Figure 2. Key dimensions for Social Inclusion.

Factor 1: "Social Inclusion"		Factor 2: "Communication"	
Component	Factorial Weight	Componente	Factorial weight
Bring PwD closer to the community by publicizing the different organizations in the community, their relevant aspects and work themes so that they can register according to their interests and / or needs.	0,890	Improve and create new information channels such as local radios, Facebook, text messaging so people can immediately access topics of interest and scheduled activities	0,854
Promote inclusive community activities such as cultural and recreational activities, sports tournaments, folklore, theater, among others	0,849	Disseminate in various channels (mentioned above), updated information on the application of projects or technical aids.	0,794
Integrate the community to raise disability awareness by celebrating disability day in the commune square. Develop various activities such as dance, acting, workshops, making the massive invitation to the largest number of people to participate	0,829 0,677	Difficulty accessing communication relevant to disability topics	0,519
Variance Explained	42,534	Variance Explained	25,212
Cronbach Alpha	0,848	Cronbach Alpha	0,660

DISCUSSION

The study allowed characterizing the population that participates or expresses their opinion on the activities that governmental entities such as SENADIS promotes, in this case, the professionals in the field of health and education were the ones who were more willing to participate and deliver their perception.

It is important within the profile of the participants, that the formalization and seniority of the groups of and for PwD are directly related to the type of information they require to a better functioning. Long term associations 'members can clearly identify what knowledge is relevant to them to manage or acquire. There is a directly proportional relationship in this identification. The greater the age of formation of the grouping, the more clarity of the knowledge they need to incorporate.

There is a disparity between the availability, understood as readiness of the members of the PwD associations to participate and the real level of participation within them. Thus, 36,4% report participating in the activities, however 22.7% report that they do it with difficulty, which could jeopardize the functioning of these groups and their continuity over time. Despite these numbers, a 100% of participants declare to be willing to continue participating in workshop, coaching meetings or trainings about inclusion and civil rights granted by law such as those analyzed in this study.

The lack of access to information regarding benefits from the State and some other sources is heavily reported. This applies especially for those with limited mobility or those who live in the countryside and rural areas. Some of the participants report being hopeless about getting any resource or service delivered by municipalities or local offices of the National Service for Disability in their areas of residence.

Groups with greater seniority better identify their strengths and recognize the convenience that associativity offers them for the development of themselves. Data collected from the instruments used leads to establish that some clusters of PwD that participated, as well as some public officials, perceive that there is access to information relevant to their purposes; however, it is not expedited or somehow hidden by bureaucracy. These same participants believe that there is still a lack of development at the level of communication with their own colleagues from governmental services.

Regarding the structural-legal factor of the groups in relation to the information they need, all the analysis show that elderly PwD have unfulfilled expectation about getting appropriate information on competitive funds or grants. They highlight the perception that whether is the access, the opportunity or the complexity; they always get stuck in the way to pursue assets that could improve their quality of life as disabled senior citizens which diminish their perception of well-being.

CONCLUSION

This research highlights the need for the participants to understand more clearly the activities that the State proposes to have access to an effective social inclusion of elderly people with disabilities, as well as the incidence on their quality of life. Thus, there is a need to identify a comprehensive repertoire of strategies that could close the gap to a positive perception of what is being done by the State and the community; such strategies should be conceived under a co-creative model which attempt to involve the agents of interest and also stakeholders, in a meaningful path to specific solution.

It can be concluded that the elderly with disabilities establish that Communication and social Inclusion are highly relevant to improve their quality of life and well-being.

■ REFERÊNCIAS

1. Bengtsson, S., & Datta Gupta, N. (2017). Identifying the effects of education on the ability to cope with a disability among individuals with disabilities. *PLoS one*, 12(3), e0173659.
2. Borg, J., Bergman, A. K., & Östergren, P. O. (2013). Is 'legal empowerment of the poor' relevant to people with disabilities in developing countries?. An empirical and normative review. *Global health action*, 6, 22854.
3. Bright T, Wallace S, Kuper H. A systematic Review of Access to Rehabilitation for People with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Oct 2; 15(10).
4. Eskola, Tiina (2011). Empowering People with Disabilities for Rural Development. ILO Disability Team: disability@ilo.org

5. Flick, U. (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
6. Gómez, J.; Latorre, A.; Sánchez, M. y Flecha R. (2006): “Metodología comunicativa crítica”. Ed. El Roure. Barcelona.
7. Censo 2017. Instituto Nacional de Estadísticas INE. Recovered from [www. Censo2017.cl](http://www.Censo2017.cl)
8. Labbe Opazo F. (2012) *Resultados Preliminares Censo de Población y Vivienda 2012*. Santiago, Chile. Instituto Nacional de Estadística (INE).
9. Mathias K, Pant H, Marella M, Singh L, Murthy G, Grills N. Multiple barriers to participation for people with psychosocial disability in Dehradun district, North India: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018 Feb 27;8(2):e019443.
10. Ministerio Desarrollo Social (2013). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN*. Gobierno de Chile.
11. Ministerio de Desarrollo Social. *Encuesta Nacional de Discapacidad ENDISC II*. Chile. cited 2018 Octubre 22. [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/docs/ Libro_Resultados_II_Estudio_Nacional_de_la_Discapacidad.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/docs/Libro_Resultados_II_Estudio_Nacional_de_la_Discapacidad.pdf)
12. Ministerio de Salud (2013). *Encuesta nacional de salud*. Gobierno de Chile. Recuperado en: https://www.minsal.cl/estudios_encuestas_salud/el 16 de marzo del 2019.
13. Ministerio de Salud (2015). *Programa nacional de salud de las personas adultas mayores*. Gobierno de Chile. Recuperado en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/Programa%20Nacional%/Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf.
14. Pinilla-Roncancio, M. The reality of disability: Multidimensional poverty of people with disability and their families in Latin America. *Disabil Health J*. 2018 jul;11(3):398-404.
15. Salvador-Carulla L., Lucas R., Ayuso-Mateos, J. & Miret, M. (2014). Use of the terms “Well-being” and “Quality of Life” in health sciences: a conceptual framework. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 50-65
16. United Nations. *United Nations convention on the rights of persons with disabilities*. Geneva, Switzerland: UN, 2006.
17. World Health Organization. *10 facts on disability*. Geneva, Switzerland: WHO, 2013. [updated 2013; cited 2018 October 20]. <http://www.who.int/features/factfiles/disability/facts/en/>
18. Szmukler, G., Daw, R., & Callard, F. (2014). Mental health law and the UN Convention on the rights of Persons with Disabilities. *International journal of law and psychiatry*, 37(3), 245-52.

“ Tamaño, composición y funcionalidad de la red de apoyo social en la vejez avanzada

▮ Claudia Josefina **Arias**
UNMDP

▮ Nahuel Ezequiel Bozzi **Favro**
UNMDP

▮ Corina **Soliverez**
UNMDP

RESUMO

El sostenido incremento de las personas de edad avanzada plantea múltiples desafíos. Este grupo, es el que probablemente necesite apoyo tanto para desarrollar las actividades de la vida diaria como para afrontar situaciones críticas. La red de apoyo social, conformada por un conjunto restringido de relaciones que brindan alguna o varias formas de ayuda, presenta cambios a lo largo de la vida que pueden impactar en el apoyo que proporciona. Este trabajo tiene como **objetivos:** (1) evaluar el tamaño de las redes de apoyo de personas de 80 a 90 años e identificar si existen diferencias según género, (2) explorar su composición identificando vínculos familiares y no familiares así como las relaciones específicas incluidas en la red y (3) conocer cuántos vínculos cumplen cada una de las funciones de apoyo y el nivel de funcionalidad de la red. **Método:** se implementó un estudio de tipo no experimental, transversal correlacional. A una muestra de 200 personas mayores que viven en Mar del Plata se les administró un cuestionario de datos sociodemográficos y la Entrevista Estructurada de fuentes de apoyo social. **Resultados:** la red presenta un tamaño más amplio en las mujeres que en los varones. Los hijos y los amigos son los vínculos más frecuentemente incluidos en esta etapa de la vida. El nivel de funcionalidad predominante es el medio. **Conclusiones:** las redes en la vejez avanzada presentan ciertas carencias a la hora de satisfacer necesidades de apoyo. Debe profundizarse el estudio en personas de 90 años y más.

Palavras-chave: Redes de Apoyo Social, Tipos de Vínculos, Vejez Avanzada.

INTRODUÇÃO

El envejecimiento de la población es un tema de vital importancia en las últimas décadas. La población de todos los países del mundo está envejeciendo progresivamente debido, entre otras cuestiones, al aumento de la esperanza de vida, lo que genera un incremento de las personas de 60 años y más en una población. En América Latina, en los próximos años, la población de 75 años y más será el segmento etario que se incrementará más rápidamente. Por ejemplo, se espera que la tasa de crecimiento del grupo de 75 años y más se mantenga por encima de la del grupo de 60 años y más durante todo el período 2000-2050 (CEPAL, 2017).

Este escenario plantea nuevos desafíos para las políticas públicas y los sistemas de protección social (Huenchuan, 2009). Diversos organismos internacionales, consideran que es probable que se genere un aumento de la necesidad de cuidados de largo plazo, en particular para las personas que requieren ayuda en la vida cotidiana (WHO, 2002). Esta situación nos plantea la urgente necesidad de considerar el tema del envejecimiento y el cuidado como un asunto relevante para el quehacer público y privado, sobre todo tomando en consideración las nuevas configuraciones y dinámicas familiares, y su capacidad para brindar apoyo y atención a las personas de edad avanzada. La consecuencia más directa del aumento de los años de vida es que sea en condiciones de morbilidad y discapacidad (Naciones Unidas, 2007). Esto significa una mayor incidencia de discapacidades y dependencias básicas o instrumentales que requieren de intervenciones especializadas y de cuidados de largo término (Arias, 2013; Arias & Soliveréz, 2014; INDEC, 2012).

Cabe destacar que, frente a estas transformaciones, es esperable que mientras hay un aumento de la necesidad de cuidado, se presente de manera conjunta una disminución de los recursos de apoyo social de los cuales se dispone (Yanguas Lezaun, Leturia Aráosla & Leturia Aráosla, 2001), porque en la vejez avanzada es probable que se haya perdido gran parte o la totalidad de los miembros que conformaban la red de relaciones y que incluso hayan sobrevivido a sus propios hijos.

Sluzki (1996) entiende a la red social como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. De acuerdo con este autor, la red provee de apoyo, es decir brinda alguna o varias formas de ayuda, que si bien la persona no las recibe permanentemente, lo importante es que puede disponer de ellas en situaciones críticas y fundamentalmente para desarrollar soluciones frente a conflictos y problemas.

La red puede ser evaluada en lo que respecta a sus características estructurales, funcionalidad y atributos de los vínculos que la componen. Las características estructurales aluden al “tamaño de la red” (cantidad de personas que la conforman), la “densidad” (grado de interrelación entre los miembros), la “distribución” (ubicación de las relaciones en los cuadrantes y círculos del mapa de red), la “dispersión” (distancia espacial entre los miembros)

y la “homogeneidad o heterogeneidad” (similitud o diferencia de características sociales, culturales y demográficas entre los miembros de la red). Las funciones de la red, incluyen la “compañía social”, el “apoyo emocional”, la “guía cognitiva y consejos” y la “ayuda material, de servicios y acceso a nuevos contactos”. Finalmente, los atributos de los vínculos son: sus “funciones prevalecientes”, su “multidimensionalidad” (cantidad de funciones que cumple), “reciprocidad”, “intimidad”, “frecuencia de los contactos” e “historia” (Sluzki, 1996).

Sluzki (1996) consideraba que la red de un sujeto se modifica a lo largo de su curso vital. Se expande, desde su niñez hasta la juventud, producto de la incorporación de los nuevos vínculos debido a su inclusión en diferentes contextos institucionales, posteriormente hay un tiempo de estabilidad en la adultez y finalmente, una retracción de la red en la vejez por la pérdida de relaciones sociales, ya sea, por muerte de familiares o amigos, migración del sujeto, jubilación o falta de motivación para mantener activos los vínculos de la red.

Carstensen y Charles (2007) proporcionan una lectura diferente a la referida disrupción de la red de las personas mayores. Interpretan la disminución de la cantidad de vínculos que conforman la red en la vejez como el resultado de una elección intencional de los adultos mayores, en lugar de la consecuencia de múltiples pérdidas. Estos investigadores sostienen que las personas a medida que avanzan en su desarrollo adulto ven reducida su red de apoyo social por la selectividad que ponen en marcha en sus vínculos, prefiriendo aquellos que más les interesan seguir manteniendo y profundizando así como evitando los que les generan malestar.

Kahn y Antonucci (1980) plantean la noción de convoy como un conjunto de roles y compañías que participan en el sostén de un sujeto a lo largo de su vida. Esta noción sostiene que las personas ocupan y abandonan roles en los distintos momentos de su vida y cada rol está acompañado por determinadas relaciones. Por ejemplo, en la adolescencia seguramente se habrá incorporado a compañeros de estudio en la red, mientras que en la adultez, la actividad laboral favorecerá la inclusión de compañeros del trabajo. De esta manera, las redes pueden modificarse en cada etapa vital.

De hecho, las redes son sistemas abiertos en permanente construcción y reconstrucción (Dabas, 1993). Además de pérdidas y de incorporación de nuevas relaciones, también puede haber cambios en los atributos de algunos vínculos. Si bien este proceso se produce de manera permanente a lo largo del curso vital, por variados motivos en la vejez las pérdidas son más frecuentes y recurrentes. Esto ha hecho suponer la insuficiencia de los apoyos de los que se dispone en la vejez como un hecho generalizado. Sin embargo, variadas investigaciones han puesto en evidencia que existe una amplia variabilidad en lo referido al tamaño y a la composición de las redes en los adultos mayores y que gran parte de ellos dispone de recursos de apoyo adecuados (Arias, 2015 ; Cornwell, Schumm, Laumann & Graber, 2009; Fernandez Ballesteros, Reig Ferrer, & Zamarron, 2009).

Los vínculos que forman parte de la red de apoyo son necesarios porque cumplen un papel fundamental, ayudan a proveer sentido a la vida y propician el desarrollo de actividades

personales que se asocian positivamente con la sobrevivencia y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud (Sluzki, 1996). En las personas mayores la red es de vital importancia tanto por la provisión de apoyos materiales e instrumentales como por el impacto significativo que el apoyo emocional tiene en el mejoramiento de las condiciones objetivas de vida (Guzmán, Huenchuan & Montes de Oca, 2003) y el bienestar (Hill, Payne, Jackson, Stine-Morrow & Roberts, 2013; Huxhold, Fiori & Windsor, 2013; Vivaldi & Barra, 2012). Recientes hallazgos han mostrado que entre los apoyos que recibe el adulto mayor, los hijos, la pareja y los amigos son los más incluidos y los que les brindan más satisfacción (Arias, 2013_b, Arias & Polizzi, 2013; Pantusa & Arias, 2017). Algunos estudios muestran que aquellos que viven con sus familias presentan mayores niveles de salud mental, física y emocional que aquellos que viven solos (Bozo, Toksabay & Kürüm, 2009; Vivaldi & Barra, 2012). Dentro de la familia las investigaciones muestran que los hombres reciben más apoyo de sus parejas (Polizzi & Arias, 2017, Polizzi & Arias, 2014; Reyes, Camacho, Eschbach & Markides, 2006), mientras que las mujeres tienden a priorizar a los hijos como suministradores de apoyo (Meléndez-Moran, Tomás- Miguel & Navarro- Pardo, 2007).

Arias, Polizzi y Pantusa, (2015) indagaron si existían diferencias según género en el tamaño de la red y en el número de vínculos que cumplen cada uno de los tipos de apoyo en adultos mayores de 60 a 75 años que vivían en la ciudad de Mar del Plata. Los resultados de dicho trabajo evidenciaron diferencias significativas a favor de las mujeres en el tamaño total de la red y en la cantidad de vínculos que brindan apoyo emocional, social y práctico. Fallas (2014), en una investigación que exploraba la identidad y los vínculos afectivos en adultas mayores concluye que la familia es el sostén más importante para estas mujeres y es con los hijos e hijas, con quienes se establecen los vínculos más estrechos y significativos.

El trabajo propone tres objetivos centrales: (1) evaluar el tamaño de las redes de apoyo de personas de 80 a 90 años e identificar si existen diferencias según género, (2) explorar su composición identificando vínculos familiares y no familiares así como las relaciones específicas incluidas en la red y (3) conocer cuántos vínculos cumplen cada una de las funciones de apoyo y el nivel de funcionalidad de la red. Con la intención de profundizar sobre esta temática, en este estudio se evalúan características de la red de apoyo en la vejez avanzada con la intención de generar conocimiento acerca de los recursos de los cuales dispone este grupo etario para hacer frente a las situaciones de cambio y pérdida con el paso del tiempo.

MÉTODOS

Diseño y tipo de estudio

Se llevó a cabo una investigación de tipo no experimental, transversal correlacional.

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística intencional de 200 personas de 80 a 90 años (100 hombres y 100 mujeres) que viven en hogares particulares en la ciudad de Mar del Plata. La edad promedio fue de 83.21, con un desvío estándar de 2.74 años. En el apartado de resultados (ver Tabla 1) se muestra la distribución de otras características sociodemográficas de dicha muestra.

Las personas mayores fueron contactadas en diversas organizaciones de y para adultos mayores: centros de día, club de día, centros de jubilados, talleres para adultos mayores, así como en domicilios particulares y en espacios públicos. Las que cumplían con los criterios de inclusión fueron invitadas a participar de manera voluntaria y anónima. En el apartado resultados se brinda más información acerca de las características de la muestra.

Instrumentos de recolección de datos y procedimiento

En primer lugar, se procedió a la firma del consentimiento informado y luego se les administró de manera individual el Cuestionario de datos sociodemográficos y la Entrevista Estructurada de Fuentes de Apoyo Social (Vaux & Harrison, 1985). La misma evalúa características estructurales y funcionales de la red de apoyo social como su tamaño, los tipos de vínculos específicos que la conforman (por ejemplo, pareja, hijo, nieto, amigo, vecino, etc.) la cantidad de vínculos que brindan las cinco formas de apoyo: 1) emocional, 2) práctico, 3) económico, 4) social y 5) de orientación y consejo, así como su nivel de funcionalidad, entre otros. Se pide al entrevistado que nombre a las personas que le brindan los distintos tipos de apoyo describiéndoles situaciones típicas a modo de ejemplificaciones que faciliten la identificación de las relaciones en cuestión. Una vez detectadas las personas que cumplen las diferentes funciones de apoyo, se elabora el listado total de relaciones que posee la persona y se completan una serie de datos de cada uno de ellos que permiten identificar de manera específica diversos atributos de cada vínculo. Este instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en nuestro contexto y se ha aplicado en proyectos desarrollados anteriormente

Tipo de análisis de datos

Los datos fueron analizados de manera cuantitativa, aplicando técnicas de estadística descriptiva (distribuciones de frecuencias y porcentajes, Medias y Desvíos) e inferencial (prueba t).

RESULTADOS

Las personas mayores que formaron parte de la muestra en su mayoría vivían con familia o pareja, aunque un porcentaje elevado vivía solo. La gran mayoría estaban jubilados y en lo que respecta al nivel educativo más de la mitad solo habían completado la educación primaria (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de personas de 80 a 90 años que componen la muestra

Características sociodemográficas	(n = 200)	
Grupo Conviviente	n	%
Solo	85	42,50
Familia	59	29,50
Pareja	56	28,00
Ocupación		
Jubilado	168	84,00
Trabajo fuera del hogar	22	11,00
Tareas del hogar	10	5,00
Nivel educativo		
Primario	103	51,50
Secundario	62	31,00
Superior	35	17,50

El tamaño promedio de la muestra total fue de 8,08 con un desvío estándar de 3,87. Al diferenciar el tamaño de la red en tres niveles (alto, medio y bajo) se observó que el 95% de los casos se reparten entre el nivel bajo y medio de forma similar, mientras que sólo un 5% muestra una red de tamaño alto (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Nivel de tamaño de la red de apoyo social de personas de 80 a 90 años

	Nivel de tamaño	
	n:	%
Bajo	96	48,0
Medio	94	47,0
Alto	10	5,0
Total	200	100,0

Al comparar el tamaño de la red de varones y mujeres, se observó que las mujeres poseen mayor cantidad de vínculos que los varones, evidenciando una diferencia significativa entre los grupos ($t: 2.62, p=0,01$) (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Número total de vínculos que componen la red en varones y mujeres de 80 a 90 años

	n:	M	DE
Mujeres	50	8,90	3,35
Varones	50	6,72	4,82

Respecto del objetivo de: explorar su composición identificando vínculos familiares y no familiares así como las relaciones específicas incluidas en la red se observó que el promedio de inclusión de vínculos familiares es superior al de vínculos no familiares siendo dichos valores 4,34 (DE= 2,75) y 3,71 (DE= 2,82) respectivamente.

Los vínculos que se mencionan con mayor frecuencia en la red de apoyo son los hijos/as y los amigos/as. De las 164 personas que incorporaron hijos/as, la mayoría mencionó dos hijos/as. Le siguieron, en términos de frecuencia decreciente, los nietos/as y las parejas, incorporados aproximadamente por la mitad de los entrevistados. A su vez, hubo quienes incluyeron a su yerno/nuera, hermanos/as, vecino/a, sobrino/a, primos/as, encargado, cuñado/a y profesionales de la salud entre los que se incluyen: psicólogo, médico, fisioterapeuta, enfermero y nutricionista. Por último, se mencionaron compañeros, empleadas domésticas y bisnietos (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Relaciones que conforman la red de apoyo social en personas de 80 a 90 años

	Si		No		Total	
	n:	%	n:	%	n:	%
Hijos/as	164	82,0	36	18,0	200	100,0
Amigo/a	160	80,0	40	20,0	200	100,0
Nietos/as	90	45,0	110	55,0	200	100,0
Otros vínculos	68	34,0	132	66,0	200	100,0
Parejas	68	34,0	132	66,0	200	100,0
Yerno/nuera	59	29,5	141	70,5	200	100,0
Hermanos/as	53	26,5	147	73,5	200	100,0
Vecino/a	44	22,0	156	78,0	200	100,0
Sobrino/a	26	13,0	174	87,0	200	100,0
Primos/as	23	11,5	17	88,5	200	100,0
Encargado/a	20	10,0	180	90,0	200	100,0
Bisnieto/a	9	4,5	187	93,5	200	100,0

Nota: En otros vínculos se incluyeron: tío/a, compañero/a, sobrino/a nieto/a, cuñado/a, ahijado/a, suegro/a, ex pareja, empleada doméstica, médico/a, contador/a, cura, cuidador/a, enfermero/a, nutricionista y psicólogo/a.

Respecto del objetivo: identificar el número de vínculos que cumplen cada una de las funciones de apoyo - emocional, compañía social, ayuda práctica, ayuda económica y guía cognitiva/consejo- pudo observarse que el promedio de vínculos más elevado correspondió a la función de apoyo social, seguido del apoyo emocional. En la función de apoyo práctico

se encontró un promedio inferior, mientras que en el apoyo económico y de consejo o guía, fue menos de la mitad que el observado para la función de apoyo social, evidenciando ser los tipos de apoyo con menos recursos/(Ver Tabla 5)

Tabla 5. *Descriptivos de Cantidad de vínculos que cumplen cada función de apoyo*

Función de apoyo	X	SD
Social	4,84	3,09
Emocional	3,16	2,18
Práctico	2,52	1,71
De orientación/consejo	1,89	1,19
Económico	1,64	1,21

En lo referido al nivel de funcionalidad de las redes los resultados mostraron que en su mayoría son de nivel medio (Ver Tabla 6). Los niveles bajos y altos se presentaron en porcentajes similares.

Tabla 6. *Nivel de funcionalidad de la red de apoyo social.*

	n:	%
Bajo	37	18,5
Medio	119	59,5
Alto	44	22,0
Total	200	100,0

DISCUSSÃO

Los resultados ponen de manifiesto que los adultos mayores de edad avanzada disponen de redes de apoyo de tamaño medio en su mayoría. Si bien la cantidad de vínculos de la que disponen no es muy escasa, ni evidencia una severa disrupción, nos alerta acerca de una menor disponibilidad de este tipo de recursos que en otras etapas de la vida. Esta situación es más marcada en los varones que en las mujeres, destacando la necesidad de profundizar el análisis de los cambios, tanto por pérdidas como por incorporación de nuevos vínculos en las redes de los primeros en la vejez avanzada. Las mujeres muestran redes más amplias como en el estudio de Arias, Polizzi y Pantusa (2015), esto puede ser atribuido a que las mujeres poseen una mayor participación en variadas actividades sociales, culturales y educativas en esta etapa de la vida como han mostrado diversos estudios (Dottori, 2015). De hecho, la exploración de los cambios en la red durante la vejez ha evidenciado que entre los motivos de incorporación de nuevos vínculos se encuentra el inicio de actividades ya que constituye una oportunidad para conocer gente. Estos espacios favorecen la reconstrucción de la red de apoyo social dado que permiten incorporar nuevos vínculos, ampliando la disponibilidad del apoyo.

Respecto de los tipos de vínculos más incluídos en la red, de manera consistente con estudios anteriores aparecen en los primeros lugares los hijos y los amigos (Arias & Polizzi, 2013; Pantusa & Arias, 2017). Esto da cuenta de la importancia tanto de los vínculos familiares como de los no familiares aún en etapas avanzadas de la vida.

Sin embargo, en concordancia con las teorizaciones del convoy de Kahn y Antonucci (1980) el predominio hallado de vínculos familiares demuestra cómo permanecen y se hallan en mayor proporción que los no familiares con el devenir del tiempo. Se destaca la inclusión en tercer lugar de los nietos. Esta situación no es tan frecuente en etapas anteriores de la vida y puede deberse, en parte, a que, en la vejez avanzada los nietos tienen más edad y pueden ser importantes proveedores de apoyo para sus abuelos y abuelas.

Asimismo, es importante resaltar que más allá del predominio de ciertos vínculos se encuentra una amplia variedad de tipo de relaciones en las personas de edad avanzada. De hecho, se mencionan además de los familiares y amigos, vínculos con profesionales, personal doméstico, cuidadores, y miembros de la comunidad, lo que evidencia que los vínculos de apoyo pueden encontrarse en variadas relaciones y que no se reducen a la familia ni los amigos íntimos.

Si bien, siguiendo la línea de los hallazgos de Arias & Polizzi (2013), la pareja aparece entre los principales vínculos de apoyo, en este estudio, no ocupa los primeros lugares y quizás esto pueda deberse a que en la vejez avanzada muchos, y principalmente las mujeres, han perdido a su pareja por fallecimiento. Aunque después de los 75 años, el cónyuge es la principal fuente de ayuda, cuando la pareja no esta son los hijos/as quienes brindan el mayor cuidado.

Con respecto a las características funcionales, el apoyo social es el que posee mayor cantidad de vínculos, lo que puede tener relación con la participación de las personas mayores en actividades sociales. Además, es importante resaltar que la ayuda práctica se encuentra en tercer lugar lo que demuestra la importancia de disponer de este apoyo con el paso del tiempo. Sin embargo, si bien los resultados muestran disponibilidad de vínculos para las diversas funciones de apoyo, son pocos en comparación con otras etapas evolutivas, o considerando que en esta franja etaria suele necesitarse de este tipo de apoyo para diversas actividades de la vida cotidiana. De hecho, el predominio de nivel funcional medio está marcando ciertas carencias a la hora de responder a la necesidad de apoyo de las personas mayores de edad avanzada. Esto indica que no todas las funciones de apoyo están cubiertas por un número adecuado de relaciones e incluso que alguna de ellas no disponen de ningún vínculo que pueda satisfacerla.

CONCLUSÃO

Este trabajo evidencia que las redes de las personas de edades avanzadas son variadas, tienen mayoritariamente un tamaño medio y no muestran severas carencias funcionales,

por lo que gran parte de ellas pueden brindar el apoyo necesario en caso de ser requerido. Estos resultados están en consonancia con aquellos estudios que manifiestan cambios en la red social durante el ciclo vital y con los hallazgos de Carstensen y Charles (2007) quienes plantearon que si bien las redes de los adultos mayores son menores en cuanto a sus vínculos, reportan una mayor satisfacción con ellos. Sin embargo, considerando que en edades avanzadas es más probable la necesidad de disponer de apoyo no solo por la importancia que tiene en el bienestar del sujeto sino porque quizás es necesario para poder realizar las actividades de la vida diaria, es muy importante resaltar la disminución de los apoyos en comparación con otras etapas vitales. El fortalecimiento de las redes de apoyo en la vejez avanzada permitiría tanto mejorar el bienestar de las personas mayores como evitar la sobrecarga de algunos pocos vínculos centrales, promoviendo el cuidado de quienes cuidan. Esta investigación también pone de manifiesto que las mujeres poseen redes más amplias que los varones. Como se expuso anteriormente esto pueda deberse a la mayor participación de las mujeres en diversas actividades sociales. Seguramente esto pueda verse modificado en los próximos años, a partir de cambios en el contexto sociocultural que destierre estereotipos que imponen en la actualidad limitaciones a los varones para permitirse participar en ciertas propuestas de actividades sociales.

Estos hallazgos nos muestran la importancia de continuar profundizando el estudio de los apoyos sociales de los que disponen las personas de edad avanzada y la necesidad de incluir a la población de más de 90 años. Probablemente esta disminución de los apoyos se vaya agudizando aún más y requiera del diseño de nuevos dispositivos formales que puedan complementar la ayuda informal para mantener el bienestar integral de las personas mayores.

■ REFERÊNCIAS

1. Arias, C. (2013). Aportes del apoyo social en el delineamiento de políticas públicas para las personas mayores. En V. Montes de Oca (coord.) *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación en Envejecimiento* (pp. 425-452) México: Instituto de Investigaciones Sociales. UNAM
2. Arias, C. (2013_b). El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. *Revista Kairós Gerontología*. "Dossiê Gerontologia Social". 16 (6), 25-40.
3. Arias, C. J. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontología*. 18(N.o Especial 20, Temático: "Aspectos positivos en la vejez. Cuestiones teóricas"), 149-172.
4. Arias, C. & Polizzi, L. (2013). The couple relationship. Support functions and sexuality in old age. *Kairos*, 16 (1), 27-48.

5. Arias, C. & Soliveres, C. (2014) La evaluación integral de las personas mayores desde una mirada interdisciplinaria. En Actas del XVIII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XXV Jornadas Nacionales de ADEIP 18, 19 y 20 de setiembre de 2014.
6. Arias, C., Polizzi, L. & Pantusa, J. (2015). Los vínculos que brindan apoyo en la vejez. Diferencia por género. Memorias del VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación y Decimoprimer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 26 al 28 de noviembre de 2015 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
7. Bozo, O., Toksabay, N., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *Journal of Psychology*, 143, 193-205
8. Carstensen, L., & Charles, S. T. (2007). El envejecimiento humano: ¿por qué incluso las buenas noticias se toman como malas? En L.A. Aspinwall y U. M. Staudinger (Eds.) *Psicología del potencial humano: cuestiones fundamentales y normas para una psicología positiva* (pp. 111-126). Madrid: Gedisa.
9. CEPAL (2017). *Derechos de las personas mayores: retos para la interdependencia y autonomía*. Rev.1. Santiago: Naciones Unidas
10. Cornwell, B., Schumm, L.P., Laumann, E.O., & Graber, J. (2009). Social networks in the NSHAP study: rationale, measurement, and preliminary findings. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B (S1) i5-i11.
11. Dabas, E. (1993). *Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
12. Dottori, K. (2015). Talleres socioeducativos. *Revista Kairós Gerontología*, 18 (N.o Especial 21, Temático: "Aspectos positivos en la vejez. Cuestiones prácticas"), 01-16.
13. Fernandez Ballesteros, R; Reig Ferrer, A. & Zamarron, M. D. (2009). Evaluación en Psicogerontología. En R. Fernandez Ballesteros (Dir.). *Psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada* (pp.35-78). Madrid: Pirámides.
14. Fallas, C (2014). Exploración de la identidad y vínculos afectivos en mujeres adultas mayores. *InterSedes*, 15(32), 156-175. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S2215-24582014000300156&lng=en&tlng=es.
15. Guzmán, J. M.; Huenchuan, S & Montes de Oca V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población año XXIX*, N° 77, CEPAL: Santiago de Chile.
16. Hill, P. L., Payne, B. R., Jackson, J. J., Stine-Morrow, E. A. L., & Roberts, B. W. (2013). Support predicts increased conscientiousness during older adulthood. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, Recuperado de <http://psychsocgerontology.oxfordjournals.org/content/early/2013/04/03/geronb.gbt024.full>
17. Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis? CEPAL: Santiago de Chile.
18. Huxhold, O., Fiori, K. L., & Windsor, T. D. (2013). The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, 28 (1), 3-16.

19. INDEC (2012). ENCaViAM Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012. Serie de estudios INDEC N°46. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Autor.
20. Kahn R. L., & Antonucci T. C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. En Baltes P. B., Brim O, editors. (Eds.), *Life-span development and behavior* (3) 254–283. New York: Academic Press.
21. Meléndez- Moran, J. C., Tomás- Miguel, J. M.& Navarro- Pardo, E. (2007). Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim. *Salud Pública de México*, 49, 6, 408-414.
22. Naciones Unidas (2007). Estudio económico y social mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece, Nueva York: Autor.
23. Pantusa, J. & Arias, C. (2017). Vínculos de apoyo en la mediana edad y en la vejez. En C, Arias (Comp.). *Mediana edad y vejez. Perspectivas actuales desde la psicología.*(pp.123-146) Mar de Ajó: UAA
24. Polizzi, L. & Arias, J. (2014). Los vínculos que brindan mayor satisfacción en la red de apoyo social de adultos mayores. *Pensando Psicología*, 10(17), 61-70. doi: <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.785>
25. Polizzi, L. & Arias, C. (2017). Componentes del amor en la mediana edad y la vejez. En C, Arias (Comp.). *Mediana edad y vejez. Perspectivas actuales desde la psicología.*(pp.147-166) Mar de Ajó: UAA
26. Reyes, C., Camacho, M., Eschbach, K. & Markides, K. (2006). El contexto de la familia y el vecindario en la salud de los ancianos del estudio EPESE hispano. *Colombia Médica*, 37, 45-49
27. Sluzki, C. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
28. Yanguas Lezaun, J.J; Leturia Arrazola, F.J. & Leturia Arrazola M. (2001). Apoyo Informal y Cuidado de las Personas mayores dependientes, [On Line]. Recuperado de <http://www.imser-somayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-apoyo- 02.pdf>
29. Vaux, A. & Harrison, D. (1985). Support Network Characteristics Associated with Support Satisfaction and Perceived Support. *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 245-268. doi: 10.1007/BF00914932
30. Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.
31. WHO (World Health Organization) (2002). Current and future long-term care needs, Ginebra: Autor

SOBRE O ORGANIZADOR

Prof. Dr. Edilson Coelho Sampaio

Graduado em Terapia Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (2010). Possui especialização em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário João de Barros Barreto - HUJBB/ Universidade Federal do Pará - UFPA (2013). Mestre e Doutor em Biologia e Epidemiologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela UFPA em 2015 e em 2020, respectivamente. Docente na Faculdade Ideal Wyden e na Universidade da Amazônia. Possui experiência no campo da docência, na pesquisa e na área de Terapia Ocupacional, com ênfase no Desenvolvimento Infantil e Saúde do Idoso.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abandono de Idosos: 80, 82

Acessibilidade: 267, 277

Acolhimento Psicológico: 69, 75

Adaptações: 267

Adulterez: 350

Ageing: 320, 532, 533

Além das Fronteiras: 69, 75

Alzheimer: 8, 9, 56, 114, 115, 116, 117, 118, 121, 122, 123, 124, 125, 142, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 261, 263, 264, 415, 463, 515, 545, 578, 579, 580, 581, 585, 586, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599

Aposentadoria: 8, 101, 102

Assistência Terminal: 193

Atenção Primária à Saúde: 145, 146

Atividades Cotidianas: 543

Atividades de Vida Diária: 204

Autoavaliação: 532, 547, 611

Autoestima: 69

Autonomia: 40, 43

Auxiliares de Audição: 558

Avaliação Neuropsicológica: 229, 235, 236

Avós: 180, 190

Avosidade: 8, 179, 180, 190, 191

C

Cães: 295

Capacidade Funcional: 9, 163, 203, 204, 216, 618

Córtex Auditivo: 558

Cotidiano: 279, 293

Cuidado: 124, 193, 241, 246, 247, 248, 249, 338, 339, 340, 588, 624, 653

Cuidadores: 115, 586, 588, 591, 598, 599

Cuidador Familiar: 578, 588

Cuidados Paliativos: 9, 192, 194, 202, 239

Custos: 9, 251, 252, 257, 397

D

Deficiência: 9, 266, 267, 269, 574

Demência: 229, 230, 231, 232, 235, 236, 588, 598

Depressão: 87, 227, 265, 519, 521, 528, 531, 533, 534

Diabetes Mellitus: 166, 168, 334, 346, 347

Dignidade: 443

Direitos dos Idosos: 80, 82, 503

Disability: 635, 636, 638, 639

Doença de Alzheimer: 116, 118, 124, 142, 229, 231, 238, 578, 579, 580, 581, 585, 586, 588, 591, 592, 593, 595, 596, 597, 599

Doenças Osteomusculares: 543, 547

E

Educação em Saúde: 406, 407, 421, 424, 425, 597

Empoderamento: 69, 381

Enfermagem: 22, 23, 48, 50, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 63, 65, 66, 87, 88, 113, 115, 117, 120, 123, 125, 131, 140, 151, 166, 167, 168, 169, 178, 208, 209, 215, 217, 236, 242, 245,

248, 262, 264, 265, 310, 348, 422, 430, 440, 452, 487, 495, 496, 516, 531, 532, 533, 553, 554, 555, 584, 588, 589, 590, 598, 599, 619, 621, 623, 624, 625, 626, 627, 629, 630, 631

Envelhecimento: 10, 15, 23, 48, 50, 52, 53, 65, 66, 78, 113, 124, 153, 156, 204, 208, 215, 236, 262, 263, 264, 265, 279, 291, 293, 310, 312, 319, 320, 321, 322, 323, 325, 328, 331, 332, 382, 383, 395, 396, 410, 417, 418, 443, 444, 447, 451, 454, 464, 466, 470, 477, 487, 496, 503, 516, 532, 534, 541, 544, 555, 576, 598, 599, 601, 603

Envelhecimento Humano: 48, 78, 279, 293, 417, 418, 443, 444, 447, 451, 541, 555

Equilíbrio: 433

Equipe Interprofissional: 334

Escuta: 454

Estado Nutricional: 167, 168

Estudos Universitários: 51

F

Fala: 454

Frequência Respiratória: 385, 388, 389, 390

H

Hábitos: 102, 105, 108, 386

Health: 65, 100, 151, 157, 158, 166, 167, 168, 216, 226, 264, 265, 308, 309, 310, 320, 346, 347, 348, 496, 504, 515, 516, 517, 533, 552, 631, 639, 640, 653

Hemoglobina Glicada: 334, 335, 336, 341

Hipertensão Arterial Sistêmica: 385

Humanização da Assistência: 421, 430

I

Idoso: 54, 59, 63, 65, 67, 70, 77, 83, 87, 90, 127, 129, 142, 145, 147, 151, 169, 229, 230, 237, 255, 262, 265, 295, 298, 299, 365, 376, 380, 385, 398, 410, 421, 422, 426, 428, 429, 445, 447, 452, 480, 482, 490, 495, 496, 501, 503, 510, 512, 515, 516, 519, 552, 576, 582, 584, 585, 588, 597, 598, 611, 621, 654

Idoso de 80 Anos ou Mais: 611

Idosos: 10, 48, 70, 81, 83, 85, 87, 125, 127, 131, 141, 143, 154, 166, 169, 171, 180, 193, 204, 207, 208, 212, 219, 252, 255, 262, 265, 319, 323, 328, 364, 370, 376, 397, 412, 433, 495, 515, 516, 519, 520, 521, 531, 543, 547, 552, 555, 575, 583, 618

IDOSOS: 326, 419

ILPI: 9, 83, 84, 85, 86, 127, 128, 129, 131, 139, 143, 251, 252, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 265, 519, 520, 521, 530

Instituição de Longa Permanência Para Idosos: 141, 519

Instituições de Longa Permanência Para Idosos: 80, 82, 141, 265

Instituições de Longa Permanência Para Idosos: 83, 193, 262, 265, 519, 520, 521

Internações Hospitalares: 397

Internet: 100, 408, 452, 489, 490, 491, 494, 495, 496, 509, 515, 516, 517, 555, 619, 631

Investimentos: 252, 257

J

Jung: 602, 605, 606, 608

L

Lazer: 37, 38, 102, 105, 108, 113, 262, 377

Leishmaniose Visceral: 7, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96

Ludicidade: 127

M

Meio Ambiente: 466, 470, 471

Memória: 229, 235, 265

Metanoia: 609

Mobilidade: 267, 276

N

Nicotina: 171, 176

Nintendo wii: 440

O

Ocupações: 365, 377, 489

Older People: 633

P

Palavras-Chave: Comorbidades: 219

Pesquisa Qualitativa: 383

Pessoa Idosa: 77, 578

Pessoa Idosa: 69, 71, 72, 75, 76, 325, 326, 327, 422, 428, 429, 489, 510, 589

Plasticidade Neuronal: 558

Polifarmácia: 547, 554, 621, 624, 630, 631

Potencial Evocado P300: 558

Privação Sensorial: 558, 562

Profissional da Saúde: 15

Promoção da Saúde: 168, 322, 323, 328, 533, 611

Psicanálise: 454

Psicólogo Clínico: 412

Psicoterapia: 412

Q

Qualidade de Vida: 23, 48, 90, 102, 109, 141, 149, 166, 167, 168, 169, 216, 263, 265, 319, 443, 446, 452, 588, 611

Qualidade de Vida: 69, 74, 106, 154, 167, 169, 252, 256, 264

R

Red de Apoio Social: 350

Relações Familiares: 578

Relato de Experiência: 495

Renda: 107, 110, 159, 316, 397, 525, 547

Reprodução do Espaço Urbano: 279

Ruralidades: 312

S

Satisfação: 102, 113

Saúde: 15, 16, 17, 22, 23, 48, 50, 52, 54, 59, 64, 65, 70, 71, 72, 73, 78, 80, 82, 90, 92, 93, 98, 99, 100, 113, 124, 128, 140, 142, 143, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 157, 163, 166, 167, 168, 169, 172, 176, 177, 178, 191, 196, 202, 204, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 215, 220, 225, 226, 227, 229, 231, 241, 242, 250, 253, 254, 256, 262, 263, 264, 265, 292, 296, 299, 308, 309, 310, 314, 315, 319, 320, 322, 323, 325, 326, 327, 328, 329, 331, 332, 335, 347, 362, 366, 369, 382, 383, 392, 394, 395, 397, 398, 399, 400, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 417, 419, 421, 422, 424, 425, 426, 428, 429, 430, 431, 440, 464, 477, 482, 487, 495, 496, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 509, 510, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 522, 524, 526, 527, 531, 532, 533, 534, 538, 541, 544, 552, 553, 554, 555, 578, 579, 582, 585, 588, 591, 597, 598, 599, 611, 612, 613, 618, 619, 621, 622, 623, 624, 630, 631, 654

Saúde Bucal: 145, 146, 147, 149

Saúde da Família: 15, 16, 17, 22, 146, 148, 149, 151, 209, 211, 322, 323, 326, 328, 512, 597, 612, 613, 619

Saúde do Idoso: 15, 598, 611

Saúde do Idoso: 59, 90, 145, 151, 169, 229, 421, 515, 582, 597, 654

Serviços de Saúde: 208, 215, 397, 405, 515, 553

Sexualidade: 480, 482, 486, 487

Sustentabilidade: 466

T

Tabagismo: 171, 177, 219, 221, 226, 227, 393

Tabu Social: 480

Terapia Cognitivo Comportamental: 412, 413, 414, 417, 418

Transtornos Mentais Comuns: 312, 313, 314, 316, 320

Tristeza: 139, 318, 350

U

UAMA: 11, 442, 443, 444, 446, 447, 448, 449,

450, 451

UBSF: 322, 326

Universidade da Terceira Idade: 365, 368,
382, 383

Universidades da Terceira Idade: 25, 26, 27,
28, 367

V

Velhice: 37, 48, 49, 51, 55, 267, 382, 383, 452,
464, 532, 602, 609

Vida Cotidiana: 279

Violência: 502, 506, 510, 515, 516

Vulnerabilidade: 312, 319, 540

W

Well-Being: 13, 632



editora científica





ISBN 978-658719638-1



9

786587

196381



editora científica