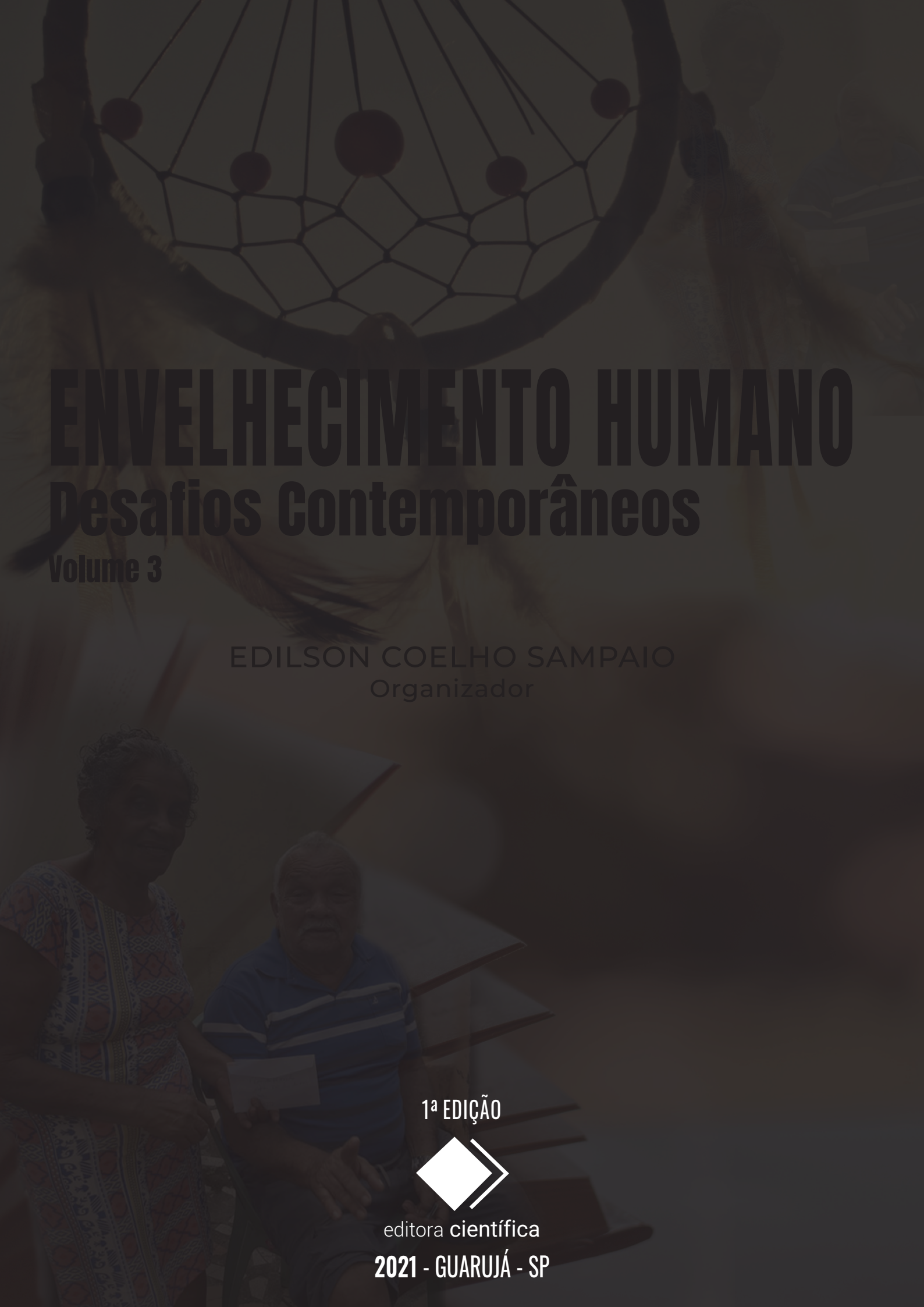
ENVELHECIMENTO HUMANO

Desafios Contemporâneos

Volume 3

EDILSON COELHO SAMPAIO
Organizador

editora científica



ENVELHECIMENTO HUMANO

Desafios Contemporâneos

Volume 3

EDILSON COELHO SAMPAIO
Organizador

1ª EDIÇÃO

editora científica

2021 - GUARUJÁ - SP

Copyright© 2021 por Editora Científica Digital
Copyright da Edição © 2021 Editora Científica Digital
Copyright do Texto © 2021 Os Autores

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

E61 Envelhecimento humano [recurso eletrônico] : desafios contemporâneos: volume 3 / 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 978-65-89826-17-0
DOI 10.37885/978-65-89826-17-0

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

CDD 305.26

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Parecer e Revisão Por Pares

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Editora Científica Digital, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.

O conteúdo dos capítulos e seus dados e sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. É permitido o download e compartilhamento desta obra desde que no formato Acesso Livre (Open Access) com os créditos atribuídos aos respectivos autores, mas sem a possibilidade de alteração de nenhuma forma ou utilização para fins comerciais.

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

Capa

Foto da capa: Arquivo Pessoal/Edilson Coelho Sampaio

editora científica

EDITORA CIENTÍFICA DIGITAL LTDA
Guarujá - São Paulo - Brasil
www.editoracientifica.org - contato@editoracientifica.org

CORPO EDITORIAL

Direção Editorial

Reinaldo Cardoso

João Batista Quintela

Editor Científico

Prof. Dr. Robson José de Oliveira

Assistentes Editoriais

Elielson Ramos Jr.

Erick Braga Freire

Bianca Moreira

Sandra Cardoso

Bibliotecário

Maurício Amormino Júnior - CRB6/2422

Jurídico

Dr. Alandelon Cardoso Lima - OAB/SP-307852

editora científica

CONSELHO EDITORIAL

MESTRES, MESTRAS, DOUTORES E DOUTORAS

Robson José de Oliveira
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Eloisa Rosotti Navarro
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Rogério de Melo Grillo
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Carlos Alberto Martins Cordeiro
Universidade Federal do Pará, Brasil

Ernane Rosa Martins
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás, Brasil

Rossano Sartori Dal Molin
FSG Centro Universitário, Brasil

Edilson Coelho Sampaio
Universidade da Amazônia, Brasil

Domingos Bombo Damião
Universidade Agostinho Neto, Angola

Elson Ferreira Costa
Universidade do Estado do Pará, Brasil

Carlos Alexandre Oelke
Universidade Federal do Pampa, Brasil

Patrício Francisco da Silva
Universidade CEUMA, Brasil

Reinaldo Eduardo da Silva Sales
Instituto Federal do Pará, Brasil

Dalízia Amaral Cruz
Universidade Federal do Pará, Brasil

Susana Jorge Ferreira
Universidade de Évora, Portugal

Fabricio Gomes Gonçalves
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Erival Gonçalves Prata
Universidade Federal do Pará, Brasil

Gevair Campos
Faculdade CNEC Unaí, Brasil

Flávio Aparecido De Almeida
Faculdade Unida de Vitória, Brasil

Mauro Vinicius Dutra Girão
Centro Universitário Inta, Brasil

Clóvis Luciano Giacomet
Universidade Federal do Amapá, Brasil

Giovanna Moraes
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

André Cutrim Carvalho
Universidade Federal do Pará, Brasil

Silvani Verruck
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Auristela Correa Castro
Universidade Federal do Pará, Brasil

Osvaldo Contador Junior
Faculdade de Tecnologia de Jahu, Brasil

Claudia Maria Rinhel-Silva
Universidade Paulista, Brasil

Dennis Soares Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Silvana Lima Vieira
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Cristina Berger Fadel
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Graciete Barros Silva
Universidade Estadual de Roraima, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Juliana Campos Pinheiro
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Cristiano Marins
Universidade Federal Fluminense, Brasil

Silvio Almeida Junior
Universidade de Franca, Brasil

Raimundo Nonato Ferreira Do Nascimento
Universidade Federal do Piaui, Brasil

Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Brasil

Carlos Roberto de Lima
Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

Iramirton Figuerêdo Moreira
Universidade Federal de Alagoas, Brasil

Daniel Luciano Gevehr
Faculdades Integradas de Taquara, Brasil

Maria Cristina Zago
Centro Universitário UNIFAAT, Brasil

Wescley Viana Evangelista
Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil

Samylla Maira Costa Siqueira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Gloria Maria de Franca
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Antônio Marcos Mota Miranda
Instituto Evandro Chagas, Brasil

Carla da Silva Sousa
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

Dennys Ramon de Melo Fernandes Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Francisco de Sousa Lima
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

Reginaldo da Silva Sales
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Mário Celso Neves De Andrade
Universidade de São Paulo, Brasil

Maria do Carmo de Sousa
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Mauro Luiz Costa Campello
Universidade Paulista, Brasil

Sayonara Cotrim Sabioni
Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

Ricardo Pereira Sepini
Universidade Federal de São João Del-Rei, Brasil

Flávio Campos de Morais
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Sonia Aparecida Cabral
Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, Brasil

Jonatas Brito de Alencar Neto
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Moisés de Souza Mendonça
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Pedro Afonso Cortez
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Iara Margolis Ribeiro
Universidade do Minho, Brasil

Julianno Pizzano Ayoub
Universidade Estadual do Centro-Oeste, Brasil

Cynthia Mafra Fonseca de Lima
Universidade Federal de Alagoas, Brasil

Marcos Reis Gonçalves
Centro Universitário Tiradentes, Brasil

Vitor Afonso Hoeflich
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Bianca Anacleto Araújo de Sousa
Universidade Federal Rural de Pernambuco, Brasil

Bianca Cerqueira Martins
Universidade Federal do Acre, Brasil

editora científica

CONSELHO EDITORIAL

Daniela Remião de Macedo
Faculdade de Belas Artes da Universidade de Lisboa, Portugal

Dioniso de Souza Sampaio
Universidade Federal do Pará, Brasil

Rosemary Laís Galati
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Maria Fernanda Soares Queiroz
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Letícia Cunha da Hungria
Universidade Federal Rural da Amazônia, Brasil

Leonardo Augusto Couto Finelli
Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil

Thais Ranielle Souza de Oliveira
Centro Universitário Euroamericano, Brasil

Alessandra de Souza Martins
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Claudiomir da Silva Santos
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

Fabrício dos Santos Ritá
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

Danielly de Sousa Nóbrega
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Livia Fernandes dos Santos
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil

Liege Coutinho Goulart Dornellas
Universidade Presidente Antônio Carlos, Brasil

Ticiano Azevedo Bastos
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Walmir Fernandes Pereira
Miami University of Science and Technology, Estados Unidos da América

Jónata Ferreira De Moura
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Camila de Moura Vogt
Universidade Federal do Pará, Brasil

José Martins Juliano Eustaquio
Universidade de Uberaba, Brasil

Adriana Leite de Andrade
Universidade Católica de Petrópolis, Brasil

Francisco Carlos Alberto Fonteles Holanda
Universidade Federal do Pará, Brasil

Bruna Almeida da Silva
Universidade do Estado do Pará, Brasil

Clecia Simone Gonçalves Rosa Pacheco
Instituto Federal do Sertão Pernambucano, Brasil

Ronei Aparecido Barbosa
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Brasil

Julio Onésio Ferreira Melo
Universidade Federal de São João Del Rei, Brasil

Juliano José Corbi
Universidade de São Paulo, Brasil

Thadeu Borges Souza Santos
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho
Universidade Federal do Cariri, Brasil

Francine Náthalie Ferraresi Rodriguess Queluz
Universidade São Francisco, Brasil

Maria Luzete Costa Cavalcante
Universidade Federal do Ceará, Brasil

Luciane Martins de Oliveira Matos
Faculdade do Ensino Superior de Linhares, Brasil

Rosenery Pimentel Nascimento
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Irlane Maia de Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Lívia Silveira Duarte Aquino
Universidade Federal do Cariri, Brasil

Xaene Maria Fernandes Mendonça
Universidade Federal do Pará, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Thaís de Oliveira Carvalho Granado Santos
Universidade Federal do Pará, Brasil

Fábio Ferreira de Carvalho Junior
Fundação Getúlio Vargas, Brasil

Anderson Nunes Lopes
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Carlos Alberto da Silva
Universidade Federal do Ceara, Brasil

Keila de Souza Silva
Universidade Estadual de Maringá, Brasil

Francisco das Chagas Alves do Nascimento
Universidade Federal do Pará, Brasil

Réia Sílvia Lemos da Costa e Silva Gomes
Universidade Federal do Pará, Brasil

Arinaldo Pereira Silva
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará, Brasil

Laís Conceição Tavares
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Ana Maria Aguiar Frias
Universidade de Évora, Brasil

Willian Douglas Guilherme
Universidade Federal do Tocatins, Brasil

Evaldo Martins da Silva
Universidade Federal do Pará, Brasil

Biano Alves de Melo Neto
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Baiano, Brasil

António Bernardo Mendes de Seiça da Providência Santarém
Universidade do Minho, Portugal

Valdemir Pereira de Sousa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Sheylla Susan Moreira da Silva de Almeida
Universidade Federal do Amapá, Brasil

Miriam Aparecida Rosa
Instituto Federal do Sul de Minas, Brasil

Rayme Tiago Rodrigues Costa
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará, Brasil

Priscyla Lima de Andrade
Centro Universitário UniFBV, Brasil

Andre Muniz Afonso
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Marcel Ricardo Nogueira de Oliveira
Universidade Estadual do Centro Oeste, Brasil

Gabriel Jesus Alves de Melo
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia, Brasil

editora científica

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural que tem alcançado grandes proporções em âmbito global. O Brasil é o país com uma das maiores taxas de crescimento da população idosa do mundo. Essa mudança traz oportunidades e desafios ainda não inteiramente compreendidos e, com isso faz-se necessária obras que estabeleçam como foco central as questões que envolvem o envelhecimento humano. Neste sentido, a presente obra intitulada "Envelhecimento Humano: desafios contemporâneos" em seu terceiro volume apresenta através de um processo colaborativo entre profissionais, estudantes e pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, debates sobre o envelhecer e as questões políticas, econômicas e assistências na atenção a pessoa idosa, possibilitando reflexões ao leitor para a compreensão e enfretamento destes desafios, envolvendo uma atenção pautada em práticas uni, multi e interdisciplinares, que possibilitem melhoria na saúde e qualidade de vida dos idosos. Espero que esta obra desperte inquietações e seja um instrumento de estudo e pesquisa para comunidade acadêmica e científica nos diversos níveis de formação. Ótima Leitura!

Edilson Coelho Sampaio

SUMÁRIO

CAPÍTULO 01

A INTERPROFISSIONALIDADE E SUA IMPORTÂNCIA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO: REVISÃO INTEGRATIVA

Andréia Affonso Barretto Montandon; Andrea Corrêa Carrascosa; Cristiane Ribeiro; Anielly Costa Bastos; João Vitor Romano

DOI: 10.37885/210404117 ..... **14**

CAPÍTULO 02

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO EM IDOSOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR: UMA REVISÃO NARRATIVA

Camila de Almeida Renzo; Laura Mata de Lima Silva; Ana Karolina Gomes Santos; Marcia Bárbara Leoncio Oliveira; Fabiana de Castro Albuquerque de Arruda Gusmão Natário; Marlene José de Santana; Sandra Maria Cordovile; Germana Soares Tenorio Santos; Ana Cecília Rodrigues de Lima; Marília Rafaela Santos Lopes

DOI: 10.37885/210404319 ..... **49**

CAPÍTULO 03

ATUALIDADES E EVIDÊNCIAS SOBRE O HMB EM IDOSOS SARCOPÊNICOS

Amanda Alves Leal da Cruz; Isadora Félix Barbosa; Thuane Teixeira Lima; Waleska Holanda Leite; Paula Domingues Lima Kotovicz

DOI: 10.37885/210404291 ..... **68**

CAPÍTULO 04

ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA FAMILIAR CONTRA O IDOSO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Taynara Jakeline da Silva Suarte; Tatiana Peres Santana Porto Wanderley; Márcia Pessoa de Sousa Noronha; Simone Sampaio da Costa; Reobbe Aguiar Pereira; José Lauro Martins

DOI: 10.37885/210404415 ..... **74**

CAPÍTULO 05

COGNIÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS EM CORRESIDÊNCIA E MORANDO SOZINHO

Marilia de Andrade Fonseca; Lucas Silveira Sampaio; Talita Santos Oliveira Sampaio; Jeisiane Lima Brito; Amanda Gilvani Cordeiro Matias

DOI: 10.37885/210404271 ..... **89**

CAPÍTULO 06

COMUNICAÇÃO E TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: SIGNIFICADOS E TENDÊNCIAS

Simone Gomes da Silva; Iêda Litwak de **Andrade C**ezar

DOI: 10.37885/210504476 ..... **101**

SUMÁRIO

CAPÍTULO 07

CUIDANDO DO CUIDADOR: UMA PERSPECTIVA DE ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nicole Leite Lucas; Laís Claudino Moreira Ribeiro; Thamires Lira Fonsêca; Dailton Alencar Lucas de Lacerda

DOI: 10.37885/210404269 ..... **121**

CAPÍTULO 08

DEPENDÊNICIA QUÍMICA À NICOTINA ENTRE IDOSOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Matheus Vinícius Nascimento Cabral; Bruna Moura Ribeiro Nunes; Luana Silva Barbosa; Mateus Raposo dos Santos; Clésia Oliveira Pachú

DOI: 10.37885/210404396 ..... **131**

CAPÍTULO 09

DESMISTIFICANDO OS PARADIGMAS DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Maria da Conceição Quirino dos Santos da Silva; Cristiane Jesus dos Santos; Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos; Eliane Fonseca Linhares

DOI: 10.37885/210504453 ..... **138**

CAPÍTULO 10

DINHEIRO E FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO TEÓRICA NA FASE ÚLTIMA DO CICLO VITAL DA FAMÍLIA SOBRE AS RELAÇÕES COM O DINHEIRO

Andreza Maria Neves Manfredini; Ceneide Maria de Oliveira Cerveny

DOI: 10.37885/210404239 ..... **152**

CAPÍTULO 11

FATORES ASSOCIADOS A QUEDAS EM IDOSOS RESIDENTES NA ZONA RURAL

Rafael da Rosa Maciel; Danielle Bordin; Luciane Patricia Andreani Cabral; Mariele Katherine Jungles; Clóris Regina Blanski Grden

DOI: 10.37885/210404320 ..... **164**

CAPÍTULO 12

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À DEPRESSÃO EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Cecília Queiroga dos Santos; Ana Letícia Alves de Carvalho; Brenda Sales Lins; Lara Maria Alves de Carvalho; Thaynara Tavares Oliveira Ramos; Jamira Martins dos Santos; Ana Claudia Torres de Medeiros

DOI: 10.37885/210404190 ..... **177**

SUMÁRIO

CAPÍTULO 13

MORBIDADE DE PESSOAS IDOSAS COM ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO RECONCAVO BAIANO: IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO

Uilma Santos de Souza; Claudia Feio da Maia Lima; Nidiane Evans Cabral Bacelar; Patrícia Figueiredo Marques

DOI: 10.37885/210404253 ..... **192**

CAPÍTULO 14

O ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO COMO DOENÇA DE BASE EM REINTERNADOS DE UM HOSPITAL ESCOLA

Bruna Aparecida Fornazari; Aline Ferreira Placeres

DOI: 10.37885/210303877 ..... **203**

CAPÍTULO 15

OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: *ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO*

Elaine Cristina Oliveira Augusto; Maria das Graças Laurentino Freire; Ana Karen Martins de Oliveira; Maria das Graças da Silva

DOI: 10.37885/210303675 ..... **211**

CAPÍTULO 16

PROCESSOS DE LUTO NA VELHICE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Mariele Rodrigues Correa; Lara Cruvinel Barbosa; Pedro Gonçalves Silva

DOI: 10.37885/210303789 ..... **229**

CAPÍTULO 17

QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES FORMAIS E INFORMAIS DE IDOSOS

Jaciane Barbosa da Silva; Joana Karolaine Cosmo de Queiroz; Rubenyta Martins Podmelle

DOI: 10.37885/210504482 ..... **245**

CAPÍTULO 18

QUALIDADE DE VIDA, ESCOLARIDADE E CLASSE SOCIAL ENTRE IDOSOS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE CANTO CORAL

Ana Caroline de Paula; Fabio Ricardo Hilgenberg Gomes; Gerson **Flores**-Gomes; Crismarie Casper Hackenberg; Mariana Lacerda Arruda; Taís Glauce Fernandes de Lima Pastre; Aline Bichels; Valdomiro de Oliveira; Gislaine Cristina Vagetti

DOI: 10.37885/210203101 ..... **256**

SUMÁRIO

CAPÍTULO 19

RELAÇÃO ENTRE VELOCIDADE DA MARCHA E EQUILÍBRIO DINÂMICO E SUA INTERFERÊNCIA NO RISCO DE QUEDA EM IDOSOS SEDENTÁRIOS

Davi Santana Sousa; Hanna Beatriz de Melo Moraes e Silva; Italo Tavares Felix; Aida Carla Santana de Melo Costa

DOI: 10.37885/210203213 272

CAPÍTULO 20

SARCOPENIA E POLIFARMÁCIA EM IDOSOS DE UMA COMUNIDADE RURAL

Midiã Vanessa dos Santos Spekalski; Clóris Regina Blanski Grden; Danielle Bordin; Geiza Rafaela Bobato; Carla Luiza da Silva; Rodrigo Bordin; Maria de Lourdes Bernartt; Luciane Patrícia Andreani Cabral

DOI: 10.37885/210404365 284

CAPÍTULO 21

SENSO DE HUMOR NO ENVELHECIMENTO: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Paulo César Lopes Silva; Marta Regina Soares de Assunção; Luís Manuel Mota de Sousa; Cristina Maria Alves **Marques**-Vieira; Helena Maria Guerreiro José

DOI: 10.37885/210404073 295

CAPÍTULO 22

SOBRE A MORTE E O MORRER PARA FISIOTERAPEUTAS QUE CUIDAM DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EM FASE TERMINAL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Mayara do Socorro Brito dos Santos; Edilene do Socorro Nascimento Falcão Sarges; Victor Augusto Corrêa Cavaleiro

DOI: 10.37885/210404245 323

SOBRE O ORGANIZADOR 336

ÍNDICE REMISSIVO 337

01

A interprofissionalidade e sua importância na promoção de saúde do idoso: revisão integrativa

Andréia Affonso Barretto Montandon
UNESP

Andrea Corrêa Carrascosa
UNIARA

Cristiane Ribeiro
Prefeitura Municipal de Araraquara

Anielly Costa Bastos
UNIARA

João Vitor Romano
UNESP

10.37885/210404117

RESUMO

Objetivo: Revisão integrativa com prioridade para o período de 2015 a 2021 com o tema central relacionado a interprofissionalidade aplicada a saúde do idoso. **Métodos:** A literatura foi pesquisada no Portal de Pesquisa BVS (Scielo, MEDLINE, Lilacs) e Pubmed, com Palavras-chave padronizados para revisar a interprofissionalidade e sua importância na saúde do idoso a partir das questões norteadoras baseadas nas diretrizes da educação interprofissional (EIP), importância desta na abordagem da saúde do idoso e desafios da EIP. **Resultados:** Após leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 43 artigos foram selecionados de 2007 a 2021. Segundo a literatura, os conceitos da EIP estão bem estabelecidos, sendo o paciente e a assistência resolutiva em saúde, o objetivo central da equipe treinada por meio de competências, agregando valor em todos os níveis de atenção ao sistema de saúde e rompendo a fragmentação do processo educativo e de prestação de serviço. O cuidado centrado no paciente por equipes interprofissionais atendem à complexidade da saúde do idoso. A EIP deve ser incorporada ao trabalho, rompendo os paradigmas de uma educação fragmentada. As metodologias de treinamento e acompanhamento das equipes são divergentes mas avançaram nos últimos anos e mudanças curriculares são necessárias para que os futuros profissionais incorporem desde a graduação o conceito transformador da educação interprofissional. **Considerações finais:** O conceito de educar para a prática colaborativa centrada no paciente deve continuar a evoluir de modo a possibilitar o aprendizado significativo e desenvolvimento de competências, com resultados significativos para a complexa saúde do idoso.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Atenção Integral a Saúde do Idoso, Educação Interprofissional

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida e do aumento dos números absolutos e relativos em idosos são evidentes no mundo todo, desde a maioria dos países desenvolvidos para as regiões de renda mais baixa, que possuem maior ocorrência de múltiplas morbidades, desconforto, dependência e necessidade de apoio social com o avanço da idade (CESARI et al., 2016; FRIEDMAN et al., 2019). O Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), até 2060, o número de pessoas com 60 anos ou mais representará cerca de 26,7% do total da população, devendo ocupar a sexta posição entre os países com maior população de idosos (IBGE, 2010).

Mundialmente o envelhecimento tem representado grande desafio para os profissionais de saúde para que ocorra com qualidade de vida, pois muitas populações de idosos podem ter cerca de um terço deles com vulnerabilidade (BALBINOT; USCOCOVICH, 2019) e as condições relacionadas à idade como a dependência são um fardo significativo para o idoso, família e sistemas públicos de saúde. Neste cenário, a fragilidade torna-se uma condição de especial interesse, pois possui natureza sindrômica e representa uma fase de transição entre o envelhecimento bem-sucedido e a dependência e sua abordagem necessita de abrangência (CESARI et al., 2016).

Para Allen et al. (2013), os idosos apresentam altas taxas de morbidade e frequentemente transitam entre os serviços de saúde e os cuidados comunitários e sociais (ALLEN et al., 2013, WERFALLI et al., 2020). A prevalência de multimorbidade em pessoas idosas varia de 55 a 98% e as principais consequências são a incapacidade e declínio funcional, baixa qualidade de vida e altos custos de saúde (MARENGONI et al., 2011). Estas multimorbidades apresentam importantes correlações entre si, de tornam a abordagem em saúde do idoso de extrema complexidade, podendo ser exemplificadas.

A saúde bucal possui íntima relação com a saúde sistêmica, pois a periodontite contribui para carga inflamatória sistêmica, consistindo de importante fator de risco na complexa patogênese da diabetes mellitus e doenças cardiovasculares, além de desempenhar um papel importante no desenvolvimento de endocardite e pneumonia recorrente em pessoas idosas (DÖRFER et al., 2017), compartilhar fatores de risco com a doença vascular arterosclerótica (LOCKHART et al., 2012), representar importante risco de desnutrição quando envolve dificuldades mastigatórias (HUPPERTZ et al., 2017), necessitando de estreita colaboração entre médicos e cirurgiões-dentistas (ANDERSSON et al., 2007; DÖRFER et al., 2017; KOSSIORI et al., 2018) e melhoras no sistema de atendimento (TONETTI et al., 2017). Em estudo de Janssens et al. (2017) com idosos institucionalizados, foram encontradas associações claras entre polifarmácia, hipossalivação e piores condições bucais.

A literatura tem demonstrado ainda a falta de atenção integrada a pacientes com doenças crônicas que teriam suas condições de atendimento ambulatorial melhoradas se o tratamento fosse realizado com abordagem de vários profissionais atendendo às suas necessidades, como em estudo de Zink et al. (2001) com 12.992 pacientes com artrite reumatoide em que apenas 12 % dos pacientes recebeu prescrição para terapia ocupacional. Outros estudos referem-se a falta de atendimento em equipe para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (AMALAKUHAN; ADAMS, 2015), transplantados renais (TABER et al., 2013) e diabéticos (WERFALLI et al., 2020).

A disfagia orofaríngea trata-se de condição clínica também altamente prevalente e debilitante entre os idosos, necessitando da intervenção de profissionais de várias áreas de formação, considerando que pode levar a dificuldades de alimentação com comprometimento nutricional, inflamação brônquica crônica e pneumonia por aspiração, com maior risco de mortalidade (SURA et al., 2012; WIRTH et al., 2016), principalmente em idosos hospitalizados por acidente vascular encefálico (ELTRINGHAMA et al., 2018). Adicionalmente, seu tratamento se beneficia por intervenções odontológicas (CHEN et al, 2019).

Diante da coexistência de múltiplas doenças crônicas entre os idosos, torna-se necessário modelos de atendimento específicos, o que contribuiria para identificação de estratégias preventivas e melhor tratamento dos pacientes multimórbidos (MARENGONI et al., 2011), devendo necessariamente incluir o idoso no processo de decisão e responsabilidades para promoção de sua saúde (BUTTERWORTH et al., 2020). Adicionalmente, segundo Cesari et al. (2016), para garantir a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde e melhorar a qualidade do atendimento prestado ao idoso, torna-se fundamental e urgente a prevenção e retardo da incapacidade, pois uma proporção alta de idosos que vivem na comunidade apresentam fatores de risco e necessidades clínicas não atendidas (CESARI et al., 2016).

Portanto, considerando que os idosos possuem alto risco para desenvolvimento de multimorbidades e da complexidade dos sintomas clínicos e psicossociais, tais fatos podem representar grandes desafios para os médicos que atuam na atenção primária (CHEN; STEINMAN, 2016) e necessitam de tratamento por mais de uma área de atuação, adotando uma abordagem interprofissional centrada no paciente, é um componente essencial do cuidado bem-sucedido (KEIJERS et al., 2016).

No Brasil, embora a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI (Portaria GM/MS n. 2.528/2006) tenha sido revista em 2006 e estabelecido a responsabilidade dos órgãos públicos a respeito do tema, a atenção à saúde do idoso não tem recebido a prioridade devida, pois as diretrizes que visam à promoção da atenção a população idosa não têm sido efetivadas integralmente no âmbito da atenção primária (COSTA et al., 2016), havendo ainda a necessidade de superar a fragmentação do processo de trabalho (SCIAMA et al., 2020) e

de se dedicar a educação do idoso (WERFALLI et al., 2020). Muitas vezes a compreensão até mesmo da avaliação do idoso de forma abrangente e multidimensional, necessária para coordenação de um plano de tratamento integrado (ELLIS et al., 2017) pode ser difícil de ser realizado, muitas vezes pelo seu próprio desconhecimento pelos profissionais de saúde (Schmidt et al., 2019).

Um fenômeno crescente no processo educativo é a educação interprofissional (EIP), na qual vários profissionais de saúde aprendem com, de e sobre outros, a fim de melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento (CAIPE, 2011; KEIJERS et al., 2016), sendo meta da Organização Mundial da Saúde para todos os países (WHO, 2010), pois a mesma reconhece a importância da EIP e da prática colaborativa por meio de equipes interprofissionais na melhoria da qualidade do atendimento ao paciente, redução dos custos de saúde e redução de erros médicos.

Para Gellis et al. (2018), a educação interprofissional possibilita e aumenta as atitudes positivas entre os estudantes das diferentes profissões de saúde em relação ao trabalho em equipe com ênfase em habilidades de comunicação interprofissional, oferecendo uma rara oportunidade de trabalhar e aprender com e sobre as várias profissões de saúde, já que a falta de conhecimento e integração entre profissões de saúde podem ser prejudicial para o bem-estar dos pacientes, especialmente os idosos (ANDERSSON et al., 2007), necessitando da prática colaborativa (KOSSIORI et al., 2018).

O atendimento das necessidades do idoso de forma interprofissional tem sido valorizado pela área médica, pois segundo Hanna et al. (2015), a geriatria como especialidade médica possui o objetivo de promover o envelhecimento saudável e possui caráter interprofissional, sendo tal abordagem reconhecida nos cuidados domiciliares (JARRÍN et al., 2019), na abordagem de quedas (BROWN et al., 2018) e da enfermagem geropsiquiátrica (STEPHENS et al., 2020). Na Suécia a formação dos profissionais para atuação no envelhecimento é menos especializada mas ainda dedicada a soluções para enfrentar a longevidade (McCALL; BÖRJESSON, 2017).

A aquisição de competências para o trabalho em equipe interprofissional, incluindo a capacidade de comunicação entre os membros desta ocorre na fase inicial da educação profissional e tem recebido especial atenção na última década (GELLIS et al., 2018). A colaboração interprofissional é reconhecida por possuir abordagem ampla e necessária para o bem-estar e saúde no envelhecimento, embora lacunas na prestação de serviço ocorram para envelhecimento saudável (HANNA et al., 2015). De forma ampliada, o trabalho multiprofissional e intersetorial tem recebido reconhecida importância nos tempos atuais (CARDOSO et al., 2020).

Considerando a complexidade da abordagem da saúde do idoso e as mais recentes discussões sobre a interprofissionalidade como modelo de atuação, torna-se pertinente buscar na literatura estudos de interesse para o tema, relacionando-o com a saúde do idoso.

OBJETIVO

Realizar revisão integrativa com prioridade para o período de 2015 a 2021 com o tema central relacionado a interprofissionalidade aplicada a saúde do idoso.

MÉTODOS

A presente revisão integrativa, caracterizada como um estudo de natureza qualitativa e descritiva foi realizada a partir da busca de literatura científica em quatro bases de dados online, sendo estas, o Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde/BIREME (BVS), compilando publicações na base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLINE e Scielo, e o Pubmed com o objetivo de identificar as questões norteadoras, sendo estas:

– diretrizes da educação interprofissional;
– importância da interprofissionalidade na abordagem da saúde do idoso e
– possibilidades e desafios da educação interprofissional

Como estratégia de busca nas bases de dados foram utilizados descritores padronizados e disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) na língua portuguesa e inglesa: "envelhecimento/ *aging*" AND "saúde/*health*" OR "promoção de saúde/*compreheensive health care*" AND educação interprofissional/*interprofessional education'.*

Como critérios de inclusão adotou-se a preferência por artigos publicados nos últimos cinco anos, em língua portuguesa ou inglesa, disponíveis na íntegra e que apresentaram como objeto de estudo a temática central. Artigos anteriores foram incluídos quando considerados importantes para a relevância e discussão dos temas. Para os critérios de exclusão considerou-se os artigos publicados em outras línguas, falta de acesso ao artigo em sua íntegra, os que eram repetidos ou duplicados, bem como os artigos que não que não estivessem relacionados ao tema ou que não contribuíssem com o objetivo da presente revisão.

Foram incluídos artigos de revisão da literatura sistemáticas ou integrativas, estudos coortes, pilotos, relatos de experiência de treinamentos de equipes e estudantes, estudos coorte, estudos de mudanças curriculares e relatórios de reuniões.

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 e foram filtradas informações sobre o tema proposto. Os artigos foram analisados e a produção dos resultados ocorreu de maneira descritiva, mediante leitura e categorização. Assim, as informações foram agrupadas por semelhanças e organizadas em categorias temáticas (BARDIN, 2011).

RESULTADOS

A presente revisão realizada por um único pesquisador identificou no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde/BIREME (BVS), utilizando "Aged" AND "Health" OR "Compreheensive health care" AND "interprofessional educational", 947 resultados sem filtros, 520 com textos completos, 465 dos últimos 10 anos e 310 dos últimos cinco anos e texto completo, sendo 301 em inglês e 4 em português e os demais em outras línguas.

Utilizando "Aged" AND "Compreheensive health care" AND "interprofessional educational" foram obtidos 34 artigos e selecionados 15 no Pubmed. Utilizando "Aged" AND "Health" OR "Compreheensive health care" AND "interprofessional educational" foram obtidos 143 resultados sem filtros, 137 com textos completos e 38 com texto de acesso livre, 36 dos últimos 10 anos e 25 dos últimos cinco anos e texto completo. Considerando a busca "aging" AND "interprofessional education" foram encontrados 15 artigos.

Após eliminação dos artigos duplicados e sem interesse para a presente revisão, inicialmente foram selecionados 62 artigos pelo resumo e após leitura dos mesmos e aplicação dos critérios de inclusão, 54 artigos foram selecionados para leitura do texto completo, permitindo melhor entendimento do tema escolhido para a presente revisão. Destes, 43 artigos foram incluídos, sendo 11 artigos publicados de 2007 a 2014 e 32 publicados de 2015 a 2021, embora outros foram utilizados para permitir a introdução a temática e sua importância.

A partir da análise da literatura, emergiram três categorias temáticas: a) O que se conhece da educação interprofissional? b) Saúde do idoso: qual a importância de sua abordagem por equipes interprofissionais? c) Qual a situação atual e dificuldades da formação e treinamento interprofissional em saúde**?**

Os 43 artigos tiveram sua temática e resultados encontrados resumidos e agrupados segundo a conveniência de sua temática e por ordem de data de publicação.

Conceitos e importância na educação e das práticas interprofissionais na saúde do paciente:

Hammick et al. (2007) publicaram uma revisão da literatura sistemática ampla a respeito de educação interprofissional com 905 artigos completos desde 1964 até 2003. Os resultados mostraram que as exigências governamentais de eficiência no trabalho frequentemente levam a educação interprofissional e o desenvolvimento da equipe consiste de influência fundamental na eficácia desta educação. Adicionalmente, a educação interprofissional é geralmente bem recebida pelos mesmos, permitindo que o conhecimento e as habilidades necessárias para o trabalho colaborativo sejam aprendidos. No contexto das iniciativas de melhoria de qualidade é frequentemente utilizada como mecanismo de aprimoramento no desenvolvimento da prática e na melhoria dos serviços.

Uma revisão sistemática realizada por Myers et al. (2010) descreveu as evidências atuais sobre a eficácia das técnicas intraespinhais para controle da dor relacionada ao câncer e abordou a implementação prática de soluções para os problemas. Entre as conclusões, os autores mencionaram a relevância das técnicas envolvidas serem monitoradas por equipe interprofissional como parte de um programa abrangente de analgesia no tratamento oncológico.

Considerando o risco de fatos adversos e a importância da comunicação entre os profissionais de saúde, bem como entre os idosos e estes profissionais, Allen et al. (2013) pesquisaram na literatura pertinente sobre o assunto em nível hospitalar. Os resultados encontrados apontaram que a comunicação multiprofissional aprimorada reduz as taxas de readmissão e tempo de permanência hospitalar, indicando maior relação custo-benefício e eficiência para o sistema de saúde e assistência social. Para os autores, recomendações para pesquisas futuras incluem o planejamento de cuidados centrados na pessoa idosa e sua família, desenvolvimento de intervenções para melhor comunicação multiprofissional e de cuidados de transição com idosos marginalizados, bem desenvolvimento de equipes centradas na comunidade.

Amalakuham e Adams (2015) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de estudo de casos para fornecer informações práticas sobre os papéis da equipe interprofissional na implementação de estratégias para o manejo ideal de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. Esta doença está associada a uma morbidade significativa, muitas intervenções podem ser utilizadas para seu tratamento e a colaboração exercida em uma verdadeira equipe interprofissional que inclua médicos, enfermeiras, terapeutas respiratórios, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e outros é necessária para gerenciar de forma otimizada esses pacientes, cuidando de forma integral com terapias não farmacológicas e farmacológicas baseadas em evidências.

O objetivo da revisão sistemática realizada por Reeves et al. (2016) foi atualizar uma revisão anterior do BEME publicada em 2007, sintetizando a natureza evolutiva das evidências de educação interprofissional. Foram utilizados 46 artigos com qualidade metodológica de 2005 a 2014. Os resultados da presente revisão continuaram a mostrar resultados muito positivos na maior parte dos artigos, sugerindo que os estudantes respondem bem à EIP, suas atitudes e percepções melhoram e relatam ganho de conhecimento e nas habilidades colaborativas. Segundo ainda os autores, existem evidências mais limitadas, mas crescentes, relacionadas a mudanças de comportamento, prática organizacional e benefícios para pacientes.

Em ampla revisão narrativa de literatura, Najeeb et al. (2016) relataram sobre o papel da nutrição para a saúde bucal e periodontal, incluindo o papel das vitaminas. Os autores ressaltaram que o aconselhamento nutricional é necessário para a prevenção e controle das doenças periodontais e a consulta nutricional regular e oportuna durante a prática odontológica pode melhorar a qualidade de vida, portanto, beneficiando os idosos. Segundo conclusão dos autores, uma abordagem interprofissional se faz muito necessário devido à intensa relação entre odontologia e nutrição e portanto, os profissionais das áreas deveriam trabalhar juntos para melhor fomento a saúde do idoso.

Dahlke et al. (2017) realizaram uma revisão da literatura para pesquisar como as equipes de saúde interprofissionais melhoram as condições de idosos com comprometimento cognitivo. Após processo de revisão, 34 artigos relevantes foram utilizados. Vinte e nove por cento dos autores mencionaram os processos que as equipes interprofissionais utilizam para alcançar resultados positivos para os idosos, destacando a importância da comunicação, estratégias da equipe e intervenções educacionais para alcançar resultados com idosos e no apoio à colaboração interprofissional. A revisão revelou lacunas de conhecimento sobre os processos que as equipes utilizam para colaborar no cuidado de idosos que enfrentam desafios cognitivos e como melhor incorporar as perspectivas dos idosos e de suas famílias nas decisões da equipe.

Ellis et al. (2017) publicaram uma atualização de revisão sistemática para avaliar criticamente e resumir as evidências atuais sobre a eficácia e o uso de recursos de avaliação geriátrica abrangente para idosos admitidos em hospital, estimando sua relação custo-benefício. O objetivo desta revisão Cochrane foi descobrir se estes cuidados especializados organizados e coordenados pode melhorar o atendimento aos idosos hospitalizados. Os pesquisadores da Cochrane coletaram e analisaram todos estudos relevantes para responder a esta pergunta que incluiu 29 ensaios. O estudo concluiu que pacientes idosos apresentaram maior probabilidade de estarem vivos e em suas próprias casas no período de acompanhamento se eles receberam avaliação geriátrica abrangente na admissão ao hospital.

Estudos de avaliação qualitativa ou quantitativa com estudantes e/ou equipes de saúde:

Vafadar et al. (2014) realizaram um estudo transversal e descritivo-analítico com 500 alunos de pós-graduação da medicina, enfermagem e outras profissões de saúde de universidades iranianas com a finalidade de avaliar a disposição destes para aprendizagem interprofissional, identificando barreiras relacionadas. Os resultados mostraram que as barreiras para implementação da educação interprofissional estão relacionadas com a educação uniprofissional de longo prazo no país, inflexível e com limites rígidos entre as profissões, comunicação deficiente, rivalidade, comportamentos defensivos e de ênfase no desempenho individual. Contudo, houve certa prontidão e atitude favorável entre os estudantes, que reconheceram a educação interprofissional como uma abordagem educacional eficaz de capacitação para o trabalho em equipe na promoção dos resultados de saúde dos pacientes, mostrando motivação adequada para a implementação da educação interprofissional no Irã.

Estudo realizado por Yamani et al. (2014) avaliou o efeito da educação interprofissional no desempenho e conhecimento das equipes de saúde nos cuidados com o diabetes. Realizou-se um estudo quase experimental com educação interprofissional em seis equipes de saúde compostas por 34 pessoas, consistindo em um conjunto de atividades de treinamento para melhorar as capacidades individuais, grupais e interprofissionais de membros da equipe de saúde. Os pré e pós-testes incluíram o *Team Climate Inventory (TCI)* e um instrumento de avaliação de conhecimento realizada antes do workshop e três meses depois. As pontuações médias para o conhecimento da equipe de saúde nos dois momentos foram diferentes de modo significativo e a pontuação média do pré-teste e pós-teste para o desempenho interprofissional não apresentou diferença significativa. Porém, esses escores médios apresentaram diferença significativa para os domínios do conhecimento e objetivos do exercício do trabalho em equipe. Os autores concluíram que a educação interprofissional pode melhorar a qualidade da assistência à saúde de certo modo, influenciando o conhecimento, a autoconfiança do profissional e o desempenho colaborativo das equipes de saúde.

Estudo de Annear et al. (2016) avaliou os discursos reflexivos de estudantes que participaram de atividades de educação interprofissional no contexto de estágios clínicos para idosos, avaliando o envolvimento entre eles. Foram incluídos *coortes* de 61 estudantes de medicina, 46 de enfermagem e 20 paramédicos em estágios clínicos de duas instituições de ensino de cuidados para idosos na Austrália, durante um período de 18 meses. Os quatro temas emergentes incluíam o reforço das hierarquias profissionais, a EIP no cuidado ao idoso percebido como insipiente, oportunidades para ensino e aprendizagem recíprocos e compreensão dos papéis interprofissionais. Os autores concluíram que no período de uma semana de discussões clínicas foi possível desenvolver relações profissionais recíprocas,

afirmar uma identidade positiva dentro de uma equipe de saúde colaborativa e fomentar a saúde de idosos vulneráveis com necessidades complexas de cuidados.

Em estudo de Conti et al. (2016), 861 alunos de cinco profissões fizeram 293 visitas domiciliares ou em ambientes comunitários de 208 idosos. Pesquisas quantitativas e qualitativas avaliaram as atitudes destes em relação aos idosos e o funcionamento da equipe de EIP. Os resultados da pesquisa mostraram atitudes fortemente positivas em relação ao envelhecimento e a equipe colaborativa por parte dos estudantes, que aprenderam sobre as funções e responsabilidades de outras profissões e identificaram os pontos fortes do domicílio como um local para cuidados. Adicionalmente, 82% dos estudantes mencionaram que gostariam de maiores oportunidades na educação interprofissional. Os resultados sugeriram que uma atividade experiencial de EIP pode guiar positivamente as atitudes dos alunos em relação aos idosos, EIP e colaboração interprofissional.

Para Asakawa et al. (2017), no Japão, a atuação em equipes multidisciplinares é imprescindível para garantir alta qualidade de cuidado para pessoas idosas na sociedade japonesa que envelhece rapidamente. No entanto, os profissionais de saúde frequentemente experimentam dificuldades em colaborar na prática por causa de suas diferentes origens educacionais, ideias e as funções de cada profissão. Neste estudo descritivo qualitativo, os autores relataram a construção de colaboração interdisciplinar em equipes multidisciplinares. Os autores realizaram entrevistas semiestruturadas com 26 profissionais, incluindo médicos, enfermeiras, enfermeiras de saúde pública, assistentes sociais e pessoal administrativo, sendo estes, membros de equipes de cuidados comunitários integrados. A análise mostrou que para os profissionais de saúde três fatores são importantes para estabelecimento de equipes médicas centradas em práticas colaborativas, sendo estas, reuniões regulares, boa comunicação e facilitada por uma liderança eficaz e compreensão mútua entre as várias profissões.

Estudo de Manspeaker et al. (2017) teve por objetivo avaliar a percepção de impacto de um *workshop* de EIP baseado em ética projetado para estudantes matriculados em diversas áreas de saúde em uma universidade. Um estudo de *coorte* pré e pós-teste foi realizado para avaliar o impacto do workshop sobre os valores interprofissionais e o trabalho em equipe. Os resultados dos 61 alunos que completaram as pesquisas nos dois momentos sugeriram que o *workshop* foi bem-sucedido na melhora da percepção de confiança em relação nos objetivos da EIP e fortaleceu as percepções positivas em relação a mesma. A análise das respostas às perguntas abertas para reflexão após o workshop sugeriu que os alunos participantes perceberam mudanças no entendimento relacionadas a várias áreas da educação interprofissional.

O objetivo do estudo de Ploeg et al. (2017) foi descrever as percepções relacionadas ao estado atual da EIP no cuidado domiciliar e comunitário de idosos de 32 profissionais, educadores, pesquisadores e formadores de opinião, utilizando uma metodologia descritiva. A análise temática dos dados identificou seis temas, sendo estes, cuidados centrados no cliente e na família, a comunidade como um ambiente de aprendizagem único de aprendizagem, um currículo de EIP relevante para o envelhecimento, comprometimento do corpo docente e recursos, inovação tecnológica de apoio, avaliação e pesquisa abrangentes. Para os autores, a maior parte da EIP ocorre em ambientes acadêmicos e outros setores, pouco se conhecendo sobre esta no contexto de cuidados domiciliares e comunitários de idosos.

Treinamentos, capacitações e estudos pilotos:

Uma atualização de revisão da literatura com 15 estudos foi realizada por Reeves et al. (2013) com a finalidade de avaliar a eficácia das intervenções de EIP em comparação com intervenções educacionais separadas e específicas da profissão, bem como avaliar a eficácia das intervenções de EIP em comparação com nenhuma intervenção educacional. Sete estudos indicaram que o EIP produziu resultados positivos no tratamento e satisfação do paciente, comportamento da equipe e em colaboração. Quatro estudos relataram resultados mistos (positivos e neutros) e quatro estudos relataram que as intervenções de EIP não tiveram impacto na prática profissional ou no atendimento ao paciente. Os autores identificaram lacunas a serem preenchidas nos estudos, como eficácias de intervenções de EIP, mudanças práticas e análises de custo-benefício.

Sunguya et al. (2014) realizaram uma revisão para pesquisar os desafios da implementação da EIP e sugerir possíveis caminhos para superar os desafios previstos nos países em desenvolvimento. Um total de 40 artigos foram elegíveis e apenas dois artigos de países em desenvolvimento. Um total de dez desafios ou barreiras foram mencionados, como currículo, liderança, recursos, estereótipos e atitudes, variedade de alunos, conceito de EIP, ensino, entusiasmo, jargões profissionais e credenciamento. Entre aqueles relatados por países em desenvolvimento, estavam o currículo de EIP, as limitações de recursos e os estereótipos, embora segundo os autores, os demais também sejam relevantes. Adicionalmente, para os mesmos, conhecer tais desafios e barreiras com antecedência faz com que os gestores educacionais estejam mais preparados e possam ter maior sucesso no programa de implementação da EIP.

Estudo de Motta e Pacheco (2014) teve por objetivo buscar métodos práticos e teóricos que desenvolvessem competências no âmbito da educação interprofissional, garantindo a necessária profundidade e detalhamento de estudo em todas as áreas profissionais envolvidas no desenvolvimento de habilidades específicas. A superação de barreiras ao seu

desenvolvimento, bem como da prática colaborativa foi realizada por meio de oficinas com a participação de coordenadores de programas e áreas de serviço, preceptores de medicina, enfermagem, nutrição, psicologia e fisioterapia. Os autores concluíram que o aumento nas demandas de atendimento e serviço em saúde devido ao envelhecimento pode ser resolvido por meio da ação interprofissional e da prática colaborativa.

Considerando a importância das quedas na mortalidade de idosos, Eckstrom et al. (2016) desenvolveram projeto de ensino e treinamento de protocolo de prevenção de quedas para 25 equipes interprofissionais. O *workshop* enfocou estratégias interprofissionais baseadas em evidências para diminuir o risco de quedas e visitas posteriores ao local e dados de observação, bem como prontuários confirmaram a adoção das estratégias. Segundo os autores, a intervenção demonstrou que a mudança da prática interprofissional para direcionar a prevenção de quedas pode ser incorporada aos ambientes de atenção primária e de longa permanência.

Stubbs et al. (2017) relataram o desenvolvimento de um programa de educação interprofissional com professores de cinco instituições com atenção na comunidade que permitiu que os estudantes se envolverem em atividades interprofissionais significativas que os expuseram aos determinantes sociais da saúde. O conforto dos estudantes trabalhando uns com os outros, o valor deste trabalho e a auto-percepção de capacidade de trabalhar com outras pessoas foram medidas usando a Escala de Socialização e Valorização Interprofissional. Os escores médios de classificação em todas as três subcategorias aumentaram significativamente desde o início. As avaliações sugeriram que o programa melhorou a compreensão dos alunos sobre os determinantes sociais da saúde e segundo os autores tais resultados apoiam a expansão da educação interprofissional em saúde para além dos ambientes tradicionais.

Em estudo de McManus et al. (2017), a amostra incluiu 75 estudantes de medicina e 210 profissionais da saúde matriculados em um programa de educação clínica interprofissional de um semestre projetado para melhorar o trabalho interprofissional em equipe com idosos. Cada equipe de três visitou um idoso três vezes durante o semestre com reuniões posteriores com os professores. As atitudes em relação aos idosos e o desejo de trabalhar com eles foram avaliados antes de iniciar o programa de um semestre e imediatamente após a conclusão do programa. Os resultados indicaram que a aproximação com o idoso pode aumentar o interesse do estudante em trabalhar com essa população e não diminui as atitudes em relação ao idoso. Uma exposição mais longa pode ser necessária para invocar mudanças de atitude em subtestes adicionais.

Patel et al. (2017) publicaram estudo piloto relacionado desenvolvimento e implementação por equipe interprofissional de um Protocolo de Triagem de Transferência utilizado

em conjunto com o programa INTERACT para melhorar a tomada de decisão clínica e avaliar seu potencial de reduzir as taxas de readmissão hospitalar após emergências médicas. Os resultados da análise quantitativa demonstraram uma redução geral de 35,2% na taxa de readmissão hospitalar evitável em 30 dias e revelou a necessidade de educação adicional da equipe, melhor triagem e comunicação na admissão antes da transferência para o hospital e a necessidade de mais disponibilidade da equipe interprofissional no local.

Clark et al. (2017) relataram o desenvolvimento de um curso piloto sobre envelhecimento e saúde para estudantes de pós-graduação em profissões de saúde da Noruega, Canadá e Estados Unidos. As universidades parceiras desenvolveram, ensinaram e avaliaram o curso, cuja as tarefas envolviam participação e postagens em fóruns *online*, leituras dirigidas, reflexão, trabalho em equipe, aprendizagem baseada em problemas, bem como discussão sobre o sistema de saúde e atendimento centrado no paciente. O curso foi avaliado e os resultados indicaram um impacto positivo significativo nos resultados de aprendizagem dos alunos, incluindo a compreensão das questões de envelhecimento e saúde, atitudes e habilidades em trabalho em equipe e aplicação na prática da clínica. Os autores ressaltaram a importância de se desenvolver experiências educacionais interprofissionais inovadoras que respondam aos impactos do envelhecimento da população nos sistemas de assistência social e saúde em todo o mundo.

Estudo de Brown et al. (2018) desenvolveu, aplicou e avaliou os resultados de um programa de ensino sobre os princípios de atendimento interprofissional para idosos no contexto da prevenção de quedas considerando que a redução do risco de quedas entre idosos requer abordagens realizadas por equipes interprofissionais de saúde e a literatura até então não possuía algum modelo aplicável a este objetivo. Participaram 237 estudantes da área da saúde de 12 cursos diferentes em três instituições acadêmicas. O treinamento dos estudantes ocorreu em um evento de educação interprofissional com grupos de 30 a 100 estudantes. Para aferir o impacto do modelo de educação proposto no desenvolvimento de competências colaborativas e satisfação em dois momentos distintos, foi utilizada a Escala de Socialização e Valorização Interprofissional e o método de aprendizagem ativa foi o de "Competências Centrais da Colaboração Educacional". Os resultados das sub escalas, escores totais e qualitativos de satisfação foram fortemente positivos, indicando que a educação interprofissional pode promover atitudes positivas nos alunos em relação ao cuidado com satisfação no aprendizado em equipe, podendo a proposta de treinamento ser facilmente replicável na abordagem das quedas e outras síndromes geriátricas.

Gellis et al. (2018) desenvolveram um treinamento em educação interprofissional no cuidado paliativo geriátrico, a fim de educar estudantes das profissões de saúde quanto a comunicação da equipe. O treinamento foi baseado em competências, e uma avaliação foi

utilizada para examinar as atitudes em relação as equipes de saúde, habilidades de comunicação, colaboração interprofissional e satisfação com o treinamento realizado. O estudo foi construído a partir da estrutura educacional baseada em competências do *Interprofissional Education Collaborative*, que inclui prática de comunicação interprofissional, papéis e responsabilidades para a prática colaborativa, valores e ética, bem como prática baseada em equipe interprofissional. Os resultados apontaram que o conhecimento das funções das outras profissões, a boa comunicação e a vontade de trabalhar em equipe são determinantes para a prática colaborativa. O artigo sugeriu que a educação interprofissional deva ser considerada seriamente por profissionais de saúde e programas de formação, pois fornece um ambiente de aprendizagem propício para a prática da comunicação com os docentes e pacientes.

Safabakhsh et al. (2018) realizaram um estudo onde buscou-se delinear um modelo de educação continuada interprofissional. O estudo foi realizado em três etapas que incluíram a revisão da literatura, entrevistas com especialistas de educação continuada e confecção de um modelo de educação. Sete modelos foram obtidos e a colaboração interprofissional, as necessidades da comunidade e dos estudantes, o foco no paciente, métodos de ensino interativos e *feedback* se apresentaram como principais características. Os resultados mostraram que uma estrutura e um modelo regulamentado em programas de educação continuada interprofissional pode ajudar a estruturar esses programas.

O objetivo do estudo feito no Brasil por Agreli et al. (2019) foi avaliar o efeito da educação interprofissional no desempenho de equipes da Atenção Primária à Saúde e na apropriação de conhecimentos sobre o manejo das condições crônicas não transmissíveis. Foi realizado um estudo quase-experimental de intervenção de educação interprofissional com 17 equipes da Atenção Primária com 95 profissionais, das quais nove equipes compuseram o grupo-intervenção e oito equipes, o grupo-controle. A escala de clima de equipe e um questionário referente aos conhecimentos sobre o manejo das condições crônicas na Atenção Primária foram aplicados antes e após a intervenção. Os resultados mostraram que na análise dos conhecimentos sobre manejo das condições crônicas, a intervenção de educação interprofissional curta realizada durante as reuniões de equipe resultou em melhoria na apreensão dos conhecimentos específicos sobre as condições crônicas, mas não teve impactos significativos no clima do trabalho em equipe.

Estudo recente de Roller-Wirnsberger et al. (2020) teve por objetivo relatar o desenvolvimento de uma estrutura européia de capacitação profissional baseada em consenso para a prevenção e abordagem da fragilidade. O conteúdo do modelo incluiu a compreensão sobre fragilidade, habilidades para triagem e avaliação, bem como procedimentos de abordagem para todas as profissões envolvidas. A maioria dos itens focou na colaboração interprofissional, na comunicação e no planejamento do cuidado centrado na pessoa idosa. Os autores

concluíram que a estrutura de capacitação padronizou procedimentos e facilitou a compreensão das funções para prevenção e abordagem de fragilidade, incorporando a prática colaborativa interprofissional.

Um estudo de revisão da literatura realizado recentemente por Boshoff et al. (2020) buscou resumir os recursos, resultados e lições aprendidas de educação interprofissional nos programas de admissão de profissionais de suporte em saúde (diagnóstico, técnico, terapêutico). Foram incluídos 27 artigos de 2002 a 2017. Os estudos relataram que formas de avaliação de colaboração, planejamento, intervenção e definição de metas e oportunidades foram frequentemente abordados, além da necessidade de supervisão e incorporação de discussões e análises regulares em grupo. A necessidade de planejamento prévio foi enfatizada na literatura, mas sem fornecimento de evidências sobre aprendizagem dos alunos, resultados organizacionais e os recursos necessários para a implementação da educação interprofissional.

Outra revisão recente de Flores-Sandoval et al. (2020) examinou a educação baseada nos conceitos de equipe e intervenções de treinamento interprofissional no Canadá e um total de 10 estudos de 1997 a 2017 foram elegíveis para as análises. Segundo os resultados, os estudos relataram oportunidades de aprimorar conhecimentos de competências geriátricas e de capacidade de trabalhar em equipes geriátricas interprofissionais, produzindo impactos positivos aos estudantes envolvidos, embora várias intervenções não tenham incluído conteúdo de aprendizagem explicitamente baseado em construção de equipe, ou atribuições relacionadas ao trabalho. Os resultados dos estudos demonstraram melhorias em competências relacionadas a geriatria e de funcionamento de equipe, que agregam valor significativo ao sistema de saúde canadense, concluindo que as oportunidades de treinamento para trabalho em equipe devem ser encorajadas.

Jirau-Rosaly et al. (2020) avaliaram a percepção de 178 estudantes de um curso de medicina *(Medical College of Georgia)* após um *workshop* de quatro horas com conteúdo relacionado aos cuidados interprofissionais a saúde do idoso, bem como visitas domiciliares. No geral, a maioria dos estudantes considerou o treinamento útil, sentindo-se preparados para avaliar pacientes geriátricos. Segundo os autores, os resultados mostraram que apresentar aos alunos de medicina o conteúdo geriátrico em um ambiente interprofissional no início de suas carreiras influenciou positivamente suas percepções de atendimento integral e de qualidade ao idoso, reconhecendo sua importância.

Estudo de Sagahutu et al. (2021), utilizou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde desenvolvida pela OMS para fornecer uma linguagem comum para facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde com o objetivo de determinar se o programa de treinamento utilizando tal classificação resultaria em melhores conhecimentos

e atitudes relativas à prática interprofissional nos hospitais distritais de Ruanda. Os profissionais de saúde receberam um treinamento de um dia em prática interprofissional com base na classificação da OMS de forma colaborativa (grupo experimental) ou apenas uma breve palestra sobre o tema (grupo de controle). Utilizando questionários validados para conhecer as mudanças de conhecimento e atitudes, os resultados mostraram que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde desenvolvida pela OMS foi uma estrutura útil de treinamento com melhoria significativa no conhecimento e nas atitudes em relação a prática interprofissional.

Currículo, projeto pedagógico e diretrizes de formação profissional:

Buring et al. (2009) revisaram conceitos de educação interprofissional, evidências que apoiam sua necessidade, competências e objetivos dos estudantes diante da mesma, barreiras e elementos críticos para sua implementação bem-sucedida. Segundo os autores, a EIP foi área de atenção da Associação Americana de Faculdades de Farmácia (AACP) e há evidências consideráveis para considerar que os padrões de acreditação para farmácia podem ser considerados um incentivo. Segundo os autores, como acontece com qualquer currículo educacional, o EIP idealmente promoveria competências específicas no estudante, incluindo trabalho em equipe, liderança, construção de consenso e a capacidade de identificar e atingir objetivos comuns de atendimento do paciente. Embora existam barreiras para sua implementação, os autores defenderam o desenvolvimento de um plano de educação interprofissional que inclua elementos-chave essenciais para o sucesso ideal.

Artigo de Bridges et al. (2011) descreveu os modelos de currículo de treinamento de colaboração e educação interprofissional, com a didática utilizada, a experiência baseada na comunidade e uma simulação de experiência interprofissional de três universidades, a *Rosalind Franklin University of Medicine and Science,* a *University of Florida* e a *University of Washington*. As recomendações resumidas para as melhores práticas incluíram a necessidade de suporte administrativo com compromissso dos departamentos e universidades, infraestrutura programática interprofissional adequada, corpo docente comprometido e experiente e o reconhecimento da participação do estudante (prêmios, certificados ou notas) como componente chave para o sucesso de qualquer um que esteja desenvolvendo um programa centrado em IPE. Os autores chamaram a atenção para a prioridade que a EIP deve ter e embora existam muitas barreiras, segundo os mesmos, elas podem ser superadas com persistência e comprometimento.

Relatório de Kuipers et al. (2014) destaca a complexidade dos cuidados de saúde e a relevância dos cuidados e aprendizagem integrados e interprofissionais, propondo que o adequado treinamento da força de trabalho em resposta à complexidade de saúde

deve ser contextualmente relevante e integrado ao local de trabalho e deve ser construído a partir do treinamento interprofissional construindo a capacidade de prática reflexiva e pensamento crítico.

Outro relatório, desta vez publicado por Kahaleh et al. (2015) consistiu em cartilha de implementação da educação interprofissional (IPE) nos currículos de farmácia e ciências da saúde baseada em modelos estabelecidos na reunião anual da *American Association of Colleges of Pharmacy* em 2013. Foram discutidas ferramentas, orientações e lições para educadores de farmácia para melhor compreender o processo de desenvolvimento de atividades eficazes de EIP, implementando programas de IPE bem-sucedidos e avaliação dos resultados educacionais. Segundo os autores, os programas de educação interprofissional podem estabelecer uma missão comum entre os programas profissionais, construir equipes de saúde eficazes, desenvolver o processo de avaliação do plano de competências dos alunos e finalmente melhorar a assistência ao paciente.

Keijers et al. (2016) realizaram uma revisão da literatura sobre educação interprofissional abrangendo diversos artigos que avaliaram esta forma de educação, descrevendo diferentes tipos de intervenção, o envolvimento de diversos profissionais de saúde e sua adequação a medicina geriátrica. Os autores não encontraram nenhuma evidência clara que pudesse ser extraída da literatura sobre as melhores práticas e intervenções devido às diferenças nos modelos de intervenção e à falta de estudos replicados, embora as evidências apóiem a suposição de que os princípios gerais relacionados à educação interprofissional são aplicáveis à formação na medicina geriátrica.

Schapmire et al. (2018) resumiram e discutiram os componentes do Currículo Interprofissional para o Cuidado de Adultos Idosos *(iCCOA)* com seus domínios interprofissionais, conhecimentos e competências; tal currículo é interprofissional, abrangente e baseado na comunidade e inclui estudantes de cursos de odontologia, medicina, farmácia, enfermagem, serviço social, higienistas bucais e representações comunitárias. Este artigo descreveu os esforços, sucessos e desafios enfrentados com o currículo, incluindo a obtenção de financiamento, a garantia de acesso pelos vários cursos, alterações de currículos já existentes, obtenção de melhores práticas, melhorias na experiência do corpo docente, gerenciamento de logística e garantia de uma avaliação abrangente. Segundo os autores, a EIP é essencial no preparo dos profissionais para o trabalho em equipe, sendo eficaz para o cuidado comunitário, holístico e centrado na pessoa idosa.

Estudo realizado no Brasil por Lima et al. (2018) analisou a inserção da temática do envelhecimento e da educação interprofissional na formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família a partir da leitura dos projetos pedagógicos dos cursos destes profissionais. Os autores avaliaram que existe uma lacuna

na interface entre saúde e educação, que se torna maior diante da relação entre a saúde da pessoa idosa e a educação profissional. Por um lado, evidenciou-se a forte dependência entre as pessoas idosas e os serviços de saúde, especialmente quando maiores de 80 anos. Segundo concluíram os autores, é importante o fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional para qualificar o cuidado integral à saúde da pessoa idosa, configurando esta, uma alternativa para responder aos problemas de saúde dessa parcela da população.

Em relato de estado da ciência sobre envelhecimento, demência e saúde mental, Farrell et al. (2018) mencionaram que a EIP é essencial para desenvolver a força de trabalho em saúde do futuro, reconhecendo que a mesma deva ser integralmente inserida em modelos emergentes de cuidados em saúde baseados no trabalho em equipe e na prática colaborativa interprofissional. Os autores mencionaram uma declaração da *American Geriatrics Society* sobre o fato do treinamento da educação interprofissional em ambientes de ensino superior e de educação continuada não estar sendo suficientemente aplicada diante das necessidades de cuidados com o idoso, que pode contribuir para melhor saúde do paciente e ainda reduzir os custos. Segundo os autores, apesar dos investimentos substanciais por empresas privadas e organizações governamentais nas últimas décadas em promoção da EIP, ainda há muito a se fazer para integrar a EIP nos ambientes clínicos e de pesquisa, bem como incorporar competências interprofissionais aos currículos das disciplinas de formação no cuidado dos idosos.

Revisão integrativa de Walker et al. (2018) analisou a natureza e o potencial da educação interprofissional em saúde direcionada a estudantes de graduação que realizavam estágios em locais dentro de áreas rurais, bem como as configurações e disciplinas envolvidas e os resultados alcançados. A busca foi realizada em nove bases de dados e aplicando-se os critérios de inclusão foram revisados 27 artigos de sete países. As atividades mais frequentemente encontradas para a prática foram seminários, grupos de discussão tutorial, apresentações de casos e projetos comunitários. Os estudos mostraram que os ambientes de aprendizagem clínica rural oferecem recursos e oportunidades variadas de EIP para estudantes que enriquecem sua formação pela prática colaborativa e interprofissional, mas mencionaram nas conclusões a falta de atenção dada a EIP no contexto rural apesar da oportunidade que o ambiente fornece em experiências criativas e holísticas.

Relato recente de Donoff e Daley (2020) chamou a atenção para questões importantes em saúde bucal, incluindo o acesso a cuidados, disparidades de saúde, envelhecimento da populacional e doenças crônicas, além do aumento dos custos crescentes. Segundo os autores é necessário “colocar a boca de volta no corpo”, pois vários relatórios enfatizam a necessidade de melhor integrar a prática da medicina e odontologia, o que deverá ocorrer por

intermédio de novos modelos educacionais e práticos que enfatizam o trabalho em equipe, a educação interprofissional, programas inovadores de residência, além de duplos diplomas.

Segundo Shakhman et al. (2020), a educação interprofissional é uma perspectiva educacional integral necessária para se certificar de que os graduados de uma área de saúde são capazes de exercer importância ou liderança nas práticas colaborativas de saúde. A literatura pertinente e estratégias são disponíveis sobre vários modelos que têm sido usados por diferentes instituições para integrar a EIP como parte de seu currículo. Com necessidade crescente de prática colaborativa, o currículo deve ser elaborado para promover as competências exigidas para a EIP. Os desafios existem, segundo os autores, mas com o esforço conjunto da administração, corpo docente e estudantes, os benefícios do da EIP podem ser usufruídos pela instituição e, eventualmente, pelos pacientes.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo de revisão devem ser interpretados segundo suas limitações, sendo uma revisão integrativa, sendo escassos os estudos analíticos de longa data, com metodologias padronizadas, principalmente em países em desenvolvimento. Na presente revisão foram incluídos 43 artigos, sendo nove de revisão considerando as bases e a importância da educação interprofissional, sete estudos com avaliação quantitativa ou qualitativa, 16 estudos de treinamentos e capacitações e 11 artigos que consideraram a diretrizes de formação curricular ou de treinamento. Dos artigos considerados, dois foram realizados no Brasil (LIMA et al., 2018; AGRELI et al., 2019). Entre os artigos de revisão, quatro foram sistemáticas (HAMMICK et al., 2007; MYERS et al., 2010; REEVES et al., 2016; ELLIS et al., 2017).

A educação interprofissional (EPI) consiste em fenômeno crescente na educação e é nela que vários profissionais de saúde aprendem com, de e sobre outros, a fim de melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento (KEIJERS et al., 2016). Ela distingue-se da educação multiprofissional, que consiste na educação simultânea de diferentes profissionais de saúde, que aprendem com os outros e não sobre os outros, sendo também aprendizagem compartilhada, educação interdisciplinar ou aprendizagem comum (KITTO et al, 2014). A EIP é denominada ainda de aprendizagem real entre pares (HEAN et al., 2012; HAMMICK et al., 2007) e enfatiza a aprendizagem com e sobre os outros profissionais, a fim de alcançar uma relação mútua de compreensão, objetivos comuns e responsabilidade coletiva entre todos os estudantes de ciências da saúde.

A EIP é considerada de fundamental importância na melhoria da prática com o paciente, contribuindo para a qualidade da assistência em saúde e colaboração interprofissional (HAMMICK et al, 2007; BURING et al., 2009; REEVES et al., 2013; REEVES et al, 2016;

SAFABAKHSH et al., 2018). Especificamente para o paciente idoso, também contribui para a sua saúde, que se beneficia do treinamento para trabalho em equipe (ALLEN et al., 2013; FLORES-SANDOVAL et al., 2020).

A revisão sistemática de Ellis et al. (2017), embora não seja especificamente relacionada a educação interprofissional e seus reflexos na saúde do paciente idoso, estudou a importância da utilização da avaliação geriátrica global de forma organizada na admissão dos idosos em hospital e seu reflexo na redução de mortalidade após a alta dos mesmos. Tal avaliação envolve o levantamento de informações sistematizadas e interprofissionais intensivas que avaliam de forma abrangente a saúde do idoso, sendo importante na gestão de síndromes geriátricas com o objetivo de maximizar a saúde no envelhecimento, pois a maioria dos pacientes idosos apresenta necessidades de saúde complexas que muitas vezes precisam ser tratadas por mais de uma área de atuação, adotando uma abordagem interprofissional centrada no paciente como componente essencial do cuidado bem-sucedido (KEIJSERS et al., 2016).

Outros autores em suas revisões concluíram também sobre a relevância de uma equipe interprofissional para cuidado integral e manejo ideal de pacientes com patologias específicas e comuns entre os idosos, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (AMALAKUHAN, ADAMS, 2015), pneumonia relacionada ao Acidente Vascular Encefálico (ELTRINGHAMA et al., 2018), a dor relacionada ao câncer (MYERS et al., 2010), as doenças periodontais (NAJEEB et al., 2016), disfagia, contaminação bucal e pneumonia (MULLER et al., 2017) e o comprometimento cognitivo (DAHLKE et al., 2017). Dahlke et al. (2017) ressaltaram que existem lacunas de conhecimento sobre os processos a serem utilizados pelas equipes no cuidado de idosos com comprometimento cognitivo e Keijers et al. (2016) concordam que embora existam evidências da aplicabilidade da educação interprofissional na medicina geriátrica, as melhores práticas e intervenções não são processos totalmente conhecidos.

A EIP pode ocorrer também informalmente quando os profissionais de saúde colaboram no atendimento ao paciente no local de trabalho devido a diferenças de conhecimento e habilidades, a exemplo da otimização de medicamentos por diferentes profissionais em caso de polifarmácia (KITTO et al., 2014; KEIJERS et al., 2016).

Os estudos de Patel et al. (2017) e Clark et al. (2017) referiram-se a estudos pilotos desenvolvidos para implementação de protocolos interprofissionais de tomada de decisão com a finalidade de diminuir as taxas de readmissão hospitalar e desenvolvimento de um curso inovador com profissionais de três países diferentes sobre os impactos do envelhecimento nos sistemas de saúde e assistência social, respectivamente e ambos os estudos obtiveram resultados promissores. Adicionalmente, Clark et al. (2017) com estudantes dos EUA e Canadá ressaltaram a importância de se desenvolverem experiências educacionais

interprofissionais inovadoras que respondam aos impactos do envelhecimento nos sistemas de assistência social e saúde em todo o mundo.

Outros ainda realizaram estudos com avaliação quantitativa (CONTI et al., 2016; MANSPEAKER et al., 2017) ou qualitativa (ANNEAR et al., 2016; Conti et al., 2016; ASAKAWA et al., 2017; MANSPEAKER et al., 2017) envolvendo estudantes (VAFADAR et al., 2014; ANNEAR et al., 2016; CONTI et al., 2016; MANSPEAKER et al., 2017), equipes de saúde (YAMANI et al., 2014; ASAKAWA et al., 2017), além de grupo de profissionais, educadores, pesquisadores e formadores de opinião (PLOEG et al., 2017).

Todos os estudos realizados com estudantes demonstraram receptividade e mudanças positivas por partes dos mesmos devido aos conceitos da interprofissionalidade, embora reconheçam que a participação dos conceitos da interprofissionalidade nos cuidados com o idoso parece ser insipiente, apesar de importante (ANNEAR et al, 2016; CONTI et al., 2016; PLOEG et al., 2017).

Na Austrália, estudo de Annear et al. (2016) trabalharam com grupos de estudantes no contexto do cuidado com idosos e mencionaram a insipiência da EIP no cuidado com idoso, mas que segundo suas conclusões uma semana de discussões clínicas seria possível desenvolver uma identidade positiva de equipe colaborativa e fomentar a saúde de idosos vulneráveis com necessidades complexas de saúde. Contudo, no Irã, os estudantes de pós-graduação avaliados, apesar de mostrarem-se também motivados para a educação interprofissional e a considerarem eficaz na capacitação para o trabalho em equipe, ressaltaram as barreiras existentes, especialmente no que se refere a educação uniprofissional de longo prazo com limites rígidos entre as profissões e ênfase no desempenho individual que o país possui (VAFADAR et al., 2014).

Conti et al. (2016) e Ploeg et al. (2017) trabalharam com equipes durante visitas domiciliares ou ambientes comunitários de idosos, sendo os primeiros com estudantes e os demais com equipe de profissionais, educadores, pesquisadores e formadores de opinião. Conti et al. (2016) ressaltaram a importância do domicílio como local de cuidados e da EIP como guia de cuidados com os idosos e de colaboração da equipe, salientando ainda que a maioria dos estudantes relataram desejar maiores oportunidades de conhecimento da EIP, mostrando-se motivados, assim como nos estudos de Vafadar et al. (2014) e Annear et al. (2016).

Contudo, para Ploeg et al. (2017) a maior parte da interprofissionalidade ocorre nos ambientes acadêmicos, mas a comunidade consiste de ambiente único de aprendizagem, e assim pouco se conhece sobre os cuidados domiciliares e comunitários de idosos no contexto da interprofissionalidade. Eckstrom et al. (2016) também ressaltaram, considerando a prevenção de quedas em idosos, que a prática interprofissional deve ser incorporada aos ambientes de atenção primária e longa permanência para idosos. Walker et al. (2018)

acrescentaram a importância das práticas de educação interprofissional em ambientes diversos como as áreas rurais com promoção de seminários, grupos de discussão apresentação de casos e projetos.

Os estudos realizados com treinamento de equipes interprofissionais buscando o desenvolvimento de competências para melhor atendimento às necessidades de saúde frente ao envelhecimento demonstraram o efeito positivo deste treinamento por meio de oficinas (MOTTA, PACHECO, 2014) ou *workshops* (YAMANI et al., 2014; ECKSTROM et al., 2016), com efeitos positivos na prevenção de quedas e melhor compreensão dos determinantes sociais relacionadas às mesmas (ECKSTROM et al., 2016; BROWN et al., 2018).

O programa de treinamento desenvolvido por Brown et al. (2018), também para prevenção de quedas promoveu atitudes positivas nos estudantes e pode ser replicado não somente nesta abordagem, mas também para outras síndromes geriátricas, segundo os autores. Brown et al. (2018) e Stubbs et al. (2017) utilizaram em seus estudos método de aprendizagem ativa denominado “Competências Centrais da Colaboração Educacional” e a Escala de Socialização e Valorização Interprofissional destinada a estudantes também foi aplicada por Stubbs et al. (2017).

Mesmo iniciativas rápidas como *workshops* têm se mostrado de alguma forma exitosas na formação de atenção interprofissional ao idoso ou mesmo motivação e transmissão conhecimento sobre a EIP (YAMANI et al., 2014; ECKSTROM et al., 2016; MANSPEAKER et al., 2017; JIRAU-ROSALY et al., 2020). Yamani et al. (2014) testaram os efeitos de um *workshop* de interprofissionalidade nas percepções e aprendizado de equipes de saúde focando-se nos cuidados da diabetes e utilizando o *Team Climate Inventory (TCI)* como ferramenta e verificaram que o desempenho profissional não mudou com o *workshop* mas para o conhecimento e objetivos do trabalho em equipe os resultados foram positivos, embora desenvolvendo projeto de ensino de protocolo de prevenção de quedas em idosos para equipes interprofissionis, Eckstrom et al (2016) obtiveram resultados positivos, o que foi confirmado pelos prontuários dos idosos.

O estudo coorte de Manspeaker et al. (2017) com estudantes teve a intensão de testar as percepções sobre a interprofissionalidade utilizando um *workshop*, o que trouxe resultados fortemente positivos para os estudantes, que relataram perceber mudanças de entendimento no que se refere à educação interprofissional. De modo semelhante, após um curto *workshop* a estudantes de medicina Jirau-Rosaly et al. (2020) relacionado aos cuidados interprofissionais a saúde do idoso, a maioria dos estudantes considerou o treinamento útil despertando nos estudantes a importância do atendimento integral ao idoso, mas os autores não consideraram o treinamento para trabalho em equipe.

Contudo, com treinamento de equipes de estudantes e profissionais, de um programa de educação clínica interprofissional de um semestre projetado para melhorar o trabalho interprofissional em equipe com idosos, McManus et al. (2017) concluíram que a aproximação com o idoso pode aumentar o interesse do estudante em trabalhar com essa população mas um tempo mais longo seria necessário para mudanças de atitude em relação a aplicação da interprofissionalidade na atenção à saúde do idoso, no que concordaram Agreli et al. (2019).

Embora com metodologias diversas, este estudo de Agreli et al. (2019) que foi realizado no Brasil com idosos portadores de doenças crônicas na atenção primária e o estudo de Roller-Wirnsberger et al. (2020) relataram métodos de capacitações interprofissionais exitosas na formação da equipe com apropriação de conceitos relativos ao cuidado do idoso considerando, respectivamente as doenças crônicas e fragilidade. Contudo, Roller-Wirnsberger et al. (2020) mencionaram haver incorporação de prática colaborativa interprofissional em seu estudo, mas para Agreli et al. (2019) uma intervenção rápida pode promover conhecimentos sobre o tema, mas a sistemática de trabalho em equipe necessita maior tempo para desenvolvimento.

Segundo Sagahutu et al. (2021), o primeiro passo para aprimorar o trabalho em equipe interprofissional é formar profissionais de saúde para reconhecer o papel e valorizar a contribuição de cada membro da equipe. O conhecimento das funções das outras profissões, a boa comunicação e a vontade de trabalhar em equipe são determinantes para a prática colaborativa e a educação interprofissional deve ser considerada seriamente por profissionais de saúde e programas de formação, pois fornece um ambiente de aprendizagem propício para a prática da comunicação com os docentes e pacientes (GELLIS et al., 2018) e para resolução de problemas decorrentes do aumento nas demandas de atendimento e serviço em saúde devido ao envelhecimento (MOTTA, PACHECO, 2014).

Embora considerem a importância das equipes centradas no paciente com prática colaborativa e comunicação eficiente para planejamento clínico e hospitalar do idoso, os estudos de Allen et al. (2013) e Asakawa et al. (2017), únicos considerados na presente revisão, utilizam os termos multiprofissional e multidisciplinar, respectivamente, que exclui a possibilidade da aprendizagem dos profissionais uns sobre os outros, sendo nestes casos uma aprendizagem mais compartilhada (KITTO et al, 2014).

A identificação da fragilidade como alvo para a implementação preventiva de intervenções contra doenças relacionadas à idade é fundamental e todo esforço deve ser feito pelas autoridades da área de saúde para maximizar os esforços neste campo, equilibrando prioridades, necessidades e recursos (CESARI et al., 2016). O processo colaborativo contribui de forma positiva para a saúde dos idosos com fragilidade, permitindo maior abrangência de ações com os pacientes, seus cuidadores informais e comunidade, além de

ampliar os ambientes de cuidados e garantir o nível de colaboração e coordenação entre as diferentes profissões envolvidas na equipe prestando cuidados centrados no paciente (KOSSIORI et al., 2018).

Na construção de equipes para a prática interprofissional, o desenvolvimento de competências, comunicação eficiente e a prática colaborativa exercem papel fundamental na sua eficácia (MOTTA, PACHECO, 2014; STUBBS et al., 2017; BROWN et al., 2018; KOSSIORI et al., 2018; GELLIS et al., 2018; SAFABAKHSH et al., 2018) e na qualidade da assistência ao paciente (SAFABAKHSH et al., 2018), mas os valores como a ética são fundamentais para atenção ao idoso com fragilidade (ROLLER-WIRNSBERGER et al., 2020) e com necessidades de cuidados paliativos, sendo esta área de grande demanda por profissionais de saúde com habilidades clínicas específicas para trabalhar com pacientes e famílias (GELLIS et al., 2018).

Assim, o treinamento baseado em EIP pode fornecer a oportunidade de aprendizado conjunto sobre os diferentes papéis dos profissionais da saúde, bem como as habilidades de comunicação com os pacientes e familiares (GELLIS et al., 2018). Considerando programas de educação continuada, é importante que se considerem ainda as necessidades da comunidade e dos estudantes, o foco no paciente, métodos de ensino interativos e utilização constante de *feedback* para uma boa estruturação do processo de treinamento (SAFABAKHSH et al., 2018).

De modo geral existem lacunas na literatura quanto a efetividade de aprendizado em equipe, resultados organizacionais e recursos necessários de implementação da educação interprofissional (BOSHOFF et al., 2020), mas apesar das diversidades nas metodologias, tipo de avaliação e tempo de estudo, os instrumentos para avaliação de resultados são promissores e devem ser validados (PELTONEN et al., 2020).

Resultados promissores foram alcançados em nível nacional no Canadá com a EIP, pois embora várias intervenções realizadas no país não tenham incluído conteúdo de aprendizagem explicitamente baseado em construção de equipe, os estudos demonstraram melhorias em competências relacionadas a geriatria e de funcionamento de equipe, o que agregou valor significativo ao sistema de saúde canadense, segundo Flores-Sandoval et al. (2020).

Com equipes de profissionais de saúde em hospitais de Ruanda, utilizando a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde desenvolvida pela OMS com o objetivo de fornecer uma linguagem comum para facilitar a comunicação entre os profissionais, instrumentos validados foram aplicados para conhecer as mudanças de conhecimento e atitudes das equipes. Segundo relatado recentemente por Sagahutu et al. (2021), os resultados foram bastante positivos o que pode ser considerado um caminho para locais em condições semelhantes.

Considerando que a educação interprofissional envolve educadores e estudantes de duas ou mais profissões da saúde e suas disciplinas fundamentais que, em conjunto, criam e promovem um ambiente de aprendizagem colaborativa com o objetivo de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que resultem em comportamentos e competências da equipe interprofissional, idealmente, a EIP deve ser incorporada ao longo de todo o currículo de formação do estudante de uma forma vertical e horizontalmente integrada (INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON THE HEALTH PROFESSIONS EDUCATION, 2003; CAIPE, 2008).

Assim, as instituições de ensino devem planejar o treinamento de uma nova geração de profissionais de saúde capazes de desempenhar trabalho em equipe com relacionamentos produtivos, eficazes, flexíveis e adaptáveis para o atendimento às necessidades crescentes da saúde humana (VAFADAR et al., 2014).

No entanto, o currículo consiste de uma das maiores barreiras para a educação interprofissional, principalmente em países em desenvolvimento, juntamente com as limitações de recursos e estereótipos existentes, mas outras barreiras que devem ser consideradas desafios a serem superados e ocorrem de modo generalizado incluindo as lideranças existentes, tipo de ensino, falta de entusiasmo, jargões profissionais e falta de credenciamento (SUNGUYA et al., 2014).

Assim, alguns autores discutiram a educação interprofissional baseando-se no currículo necessário, projetos pedagógicos ou diretrizes de formação (BURING et al., 2009; BRIDGES et al., 2011; KAHALEH et al., 2015; KEIJERS et al., 2016; SCHAPMIRE et al., 2018; LIMA et al., 2018; FARRELL et al., 2018; WALKER et al., 2018; DONOFF, DALEY, 2020).

A educação interprofissional tem capacidade de desenvolver no estudante competências específicas, incluindo trabalho em equipe, liderança, construção de consenso e a capacidade de identificar e atingir objetivos comuns de atendimento do paciente, e embora existam barreiras para sua implementação, os padrões de acreditação para as Faculdades de Farmácia podem ser considerados em incentivo para a existência de um plano de educação interprofissional abrangente (BURING et al., 2009). Uma cartilha para implementação da EIP nos currículos de Farmácia foi publicada, onde são discutidas ferramentas, orientações e lições para educadores melhor compreenderem o processo de desenvolvimento de atividades eficazes de EIP, bem como a avaliação dos seus resultados baseando-se em orientações da *American Association of Colleges of Pharmacy* (KAHALEH et al., 2015).

A literatura menciona também experiências já estabelecidas e exitosas de educação interprofissional em Universidades reconhecidamente comprometidas com a educação de qualidade, como a *Rosalind Franklin University of Medicine and Science,* a *University of Florida* e a *University of Washington*. Suas experiências exitosas e recomendações

detalhadas demonstram pelo relato que podem ser seguidas como exemplo de organização e comprometimento. Neste relato, BRIDGEES et al. (2011) mencionaram a necessidade de suporte administrativo com compromisso dos departamentos e universidade, infraestrutura programática interprofissional adequada, corpo docente comprometido e experiente, além do reconhecimento da participação do estudante (prêmios, certificados ou notas) são mencionados como componentes chave para o sucesso de um programa de EIP.

Keijers et al. (2016) destacaram a importância dos professores no processo de motivação, apoio e aconselhamento, sendo estes fundamentais para o trabalho em conjunto de diferentes profissionais de saúde na educação interprofissional geriátrica e ressaltaram que os princípios gerais relacionados à educação interprofissional são aplicáveis à formação na medicina geriátrica, no que Schapmine et al. (2018) concordam e ampliam para as diversas profissões de saúde além da medicina, como odontologia, farmácia, enfermagem, serviço social e higienistas.

Contudo, Lima et al. (2018) constataram em estudo realizado no Brasil com profissionais da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família que existe um distanciamento entre a prática destes profissionais e os projetos pedagógicos dos cursos realizados no que se refere a atendimento integral da pessoa idosa.

O Currículo Interprofissional para o Cuidado de Adultos Idosos *(iCCOA)* com seus domínios interprofissionais, conhecimentos e competências traz uma abordagem interprofissional, abrangente e baseado na comunidade, considerando a EIP como essencial no preparo dos profissionais para o trabalho em equipe, sendo eficaz para o cuidado comunitário, holístico e centrado na pessoa idosa (SCHAPMIRE et al., 2018), o que favoreceria a construção e atendimento de forma integral do Projeto Terapêutico Singular do paciente idoso.

Segundo a *American Geriatrics Society,* apesar dos investimentos, o treinamento da educação interprofissional em ambientes de ensino superior e de educação continuada ainda não é suficientemente aplicado diante das necessidades de cuidados com o idoso, mas poderia contribuir para melhor saúde do paciente e ainda reduzir os custos de atendimento (FARRELL et al., 2018).

Considerando a existência de uma lacuna na interface entre saúde e educação, que se torna maior diante da relação entre a saúde da pessoa idosa e a educação profissional (LIMA et al., 2018), a EIP deve ser integralmente inserida em modelos emergentes de cuidados baseados no trabalho em equipe e na prática colaborativa, incorporando competências interprofissionais aos currículos das disciplinas de formação no cuidado dos idosos (FARRELL et al., 2018).

Assim, as adequações curriculares baseadas na importância da interprofissionalidade como perspectiva de atuação integral do profissional de saúde devem ter o objetivo de

promover as competências necessárias, cujos benefícios serão usufruídos pela instituição, estudantes, profissionais e pacientes (SHAKHMAN et al., 2020).

Adicionalmente, a EIP deve estar integrada ao local de trabalho como resposta a complexidade das demandas de saúde (KUIPERS et al., 2014; AGRELI et al., 2019), trazendo o conceito recentemente definido por HIGBEA et al. (2020) de "aprendizagem interprofissional por serviço". Adicionalmente, são necessárias incorporações de novos cenários de práticas interprofissionais (ECKSTROM et al., 2016; PLOEG et al., 2017; WALKER et al., 2018) ampliando a visão profissional fragmentada, dando ênfase ao trabalho em equipe e ainda programas inovadores de residência e duplos diplomas (DONOFF, DALEY, 2020).

Apesar das limitações do presente estudo, está consistente na literatura que a educação interprofissional possui diretrizes e conceitos claros e motivadores para estudantes e profissionais, com vantagens na abordagem da complexa saúde do idoso, mas os resultados, no geral não são incisivos e os desafios são muitos, especialmente para os países em desenvolvimento, que deverão seguir as lições aprendidas, mas podem inovar com base na realidade que os cerca.

CONCLUSÃO / CONSIDERAÇÕES FINAIS

As bases conceituais da educação interprofissional estão bem estabelecidas, sendo o paciente e a assistência eficiente em saúde, os objetivos centrais de uma equipe treinada por meio de desenvolvimento de competências para máxima resolutividade. Tal treinamento agrega valor significativo em todos os níveis de atenção no sistema de saúde, rompendo a fragmentação do processo educativo e de prestação de serviço em saúde.

Considerando a abordagem da complexa saúde do paciente idoso, a literatura mostra vantagens bem fundamentadas da assistência prestada ao mesmo por equipes de saúde interprofissionais nos diversos níveis de atenção, atuando de forma integrada na resolução de problemas decorrentes do aumento nas demandas de atendimento e serviço em saúde devido ao envelhecimento.

Assim, a educação interprofissional deve ser incorporada ao cotidiano de trabalho no mundo todo, rompendo os paradigmas de uma educação fragmentada pelas diferentes áreas e especialidades. Muitos estudos de treinamento de equipes foram realizados, mas com diferentes abordagens, embora os resultados sejam mais promissores a medida que as metodologias de treinamento e de avaliação de resultados sejam estabelecidos, assim como as necessárias mudanças curriculares sejam realizadas. Deve-se considerar de fundamental importância que os futuros profissionais incorporem desde a graduação o conceito transformador da educação interprofissional, pois seus benefícios poderão ser usufruídos pelas instituições, estudantes, profissionais e pacientes.

Assim, o conceito de educar para a prática colaborativa centrada no paciente deve continuar a evoluir por meio de permanentes diálogos, compartilhamento dos saberes, aprofundamento teórico-prático, abordando os pontos de tensões que surgem no cotidiano da prática, de modo a possibilitar o aprendizado significativo e desenvolvimento de competências no atendimento do idoso.

REFERÊNCIAS

1. AGRELI H. F., PEDUZZI M., SILVA M. C. et al. Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 27, p.e3203, 2019. doi: 10.1590/1518-8345.3095.3203

2. ALLEN J., OTTMANN G., ROBERTS G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. International Journal of Older People Nursing, v.8, p.253–269, 2013. doi: 10.1111/j.1748-3743.2012.00314.x

3. AMALAKUHAN, B., ADAMS S.G. Improving outcomes in chronic obstructive pulmonary disease: the role of the interprofessional approach. Int. J. Chron. Obstruct. Pulmon. Dis., v.10, p.1225–1232, 2015. doi: 10.2147/COPD.S71450

4. ANDERSSON K., FURHOFF A.-K., NORDENRAM G. et al. 'Oral health is not my department' Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study. Scandinavian Journal of Caring Sciences, v.21, p.126-133, 2007. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00446.x

5. ANNEAR M., WALKER K., LUCAS P. et al. Interprofessional education in aged-care facilities: tensions and opportunities among undergraduate health student cohorts. Journal of Interprofessional Care, v.30, n.5, p.627-635, 2016. doi: 10.1080/13561820.2016.1192995

6. ASAKAWA, T., KAWABATA, H., KISA, K. et al. Establishing community-based integrated care for elderly patients through interprofessional teamwork: a qualitative analysis. J. Multidiscip. Health. v. 10, p. 399-407, 2017. doi: 10.2147/JMDH.S144526

7. BALBINOT, G., USCOCOVICH, K.J.S.O. Risco de vulnerabilidade dos idosos de uma unidade de saúde da família no oeste paranaense. R. Saúde Públ. Parana, v. 2, n. 2, p. 13-19, 2019. doi: 10.32811/25954482-2019v2n2p13.

8. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Traduzido por Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. Tradução de: L'Analyse de Contenu.

9. BOSHOFF K., MURRAY C., WORLEY A. et al. Interprofessional education placements in allied health: A scoping review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, v. 27, n. 2, p.80-97, 2020. doi: 10.1080/11038128.2019.1642955

10. BRIDGES D.R., DAVIDSON R.A., ODEGARD P.S. et al. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. Med. Educ. Online, v. 16, 2011. doi: 10.3402/meo.v16i0.6035.

11. BROWN D.K., FOSNIGHT S., WHITFORD M. et al. Interprofessional education model for geriatric falls risk assessment and prevention. BMJ Open Quality, v.7, n. e000417, p.1-9, 2018. doi:10.1136/bmjoq-2018-000417

12. BURING S.M., BHUSHAN A., BROESEKER A. et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. Am. J. Pharm. Educ., v. 73, n. 4, p. 59, 2009. doi: 10.5688/aj730459.

13. BUTTERWORTH, J., RICHARDS, S., WARREN, F. et al. Randomised feasibility trial and embedded qualitative process evaluation of a new intervention to facilitate the involvement of older patients with multimorbidity in decision-making about their healthcare during general practice consultations: the VOLITION study protocol. Pilot Feasibility Stud., v. 26, n. 6, p.161-177, 2020. doi: 10.1186/s40814-020-00699-7.

14. CAIPE. Center for Advancement of Interprofessional Education. http://www.caipe.org.uk. Accessed April 17, 2008. Apud Buring S.M., Bhushan A., Broeseker A. et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. Am. J. Pharm. Educ., v. 73, n. 4, p. 59, 2009. doi: 10.5688/aj730459.

15. CAIPE. Centre For The Advancement Of Interprofessional Education. The Principles of Interprofessional Education, 2011. http://caipe.org.uk/news/caipe-has-updated-its-principles-of--interprofessional-education/

16. CARDOSO, G.P., DAMACENO, D.G., ALARCON, M.F.S. et al. Care needs of the elderly who live alone: an intersectoral perception. Rev. Rene., v.21, p. e44395, 2020. doi: 10.15253/2175-6783.20202144395

17. CESARI M., PRINCE M., THIYAGARAJAN J. A. et al. Frailty: an emerging public health priority. Journal of the American Medical Directors Association, v.17, n.3, p.188-192, 2016. doi: 10.1016/j.jamda.2015.12.016

18. CHEN C.H-J, CHEEN J-L, CHEN C-Y et al. Effect of an oral health programme on oral health, oral intake, and nutrition in patients with stroke and dysphagia in Taiwan: a randomised controlled trial. Int. J. Environ. Res. Public Health, v. 16, n.12, p. 2228, 2019. doi: 10.3390/ijerph16122228.

19. CHEN P., STEINMAN M.A. Perception of primary care physicians on the impact of comprehensive geriatric assessment: what is the next step?. Isr. J. Health Policy Res., v.5, n.46, p. 1-4, 2016. doi: 10.1186/s13584-016-0106-3

20. CLARK P.G., WEEKS, L. E., VAN DEN BERGH, G. et al. Gerontology across the professions and the Atlantic: Development and evaluation of an interprofessional and international course on aging and health. Gerontology & Geriatrics Education, v. 38, n. 2, p.141–157, 2017. doi: 10.1080/02701960.2016.1144599

21. CONTI G., BOWERS C., O'CONNEL M.B. et al. Examining the effects of an experiential interprofessional education activity with older adults. Journal of Interprofessional Care, v. 30, n. 2, p. 184-190, 2016. doi: 10.3109/13561820.2015.1092428

22. COSTA N.R.C.D, AGUIAR M.I.F. ROLIM, I.L.T.P. et al. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica/health policy for elderly people: perception of professionals about its implementation in primary care. Revista de Pesquisa em Saúde, v. 16, n. 2, p. 95-101, 2016. ISSN-2236-6288.

23. DAHLKE S., MEHERALI S., CHAMBERS, T. et al. The care of older adults experiencing cognitive challenges: how interprofessional teams collaborate. Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement, v.36, n.4, p.485-500, 2017. doi: 10.1017/S0714980817000368.

24. DONOFF R.B., DALEY GQ. Oral health care in the 21 century: It is time for the integration of dental and medical education. J. Dent. Educ., v. 84, p. 999– 1002, 2020. doi: 10.1002/jdd.12191

25. DÖRFER, C., BENZ, C., AINDA, J. et al. The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review. Int. Dent. J., v. 67, n. S2, p.14-18, 2017. https://doi.org/10.1111/idj.12360

26. ECKSTROM E., NEAL M. B., COTRELL V. et al. An interprofessional approach to reducing the risk of falls through enhanced collaborative practice. J Am Geriatr Soc., v.64, n.8, p.1701–1707, 2016. doi:10.1111/jgs.14178.

27. ELLIS, G., GARDNER, M., TSIACHRISTAS, A. et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews, n.9, art. CD006211, 2017. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub3.

28. FARRELL T.W., LUPTAK M.K., SUPIANO K.P. et al. State of the science: interprofessional approaches to aging, dementia, and mental health. J Am Geriatr Soc., v. 66, n. S1, p.40-47, 2018. doi: 10.1111/jgs.15309

29. FLORES-SANDOVAL C., SIBBALD S., RYAN B. L. et al. Interprofessional team-based geriatric education and training: a review of interventions in Canada. Gerontol. Geriatr. Educ., v.13, p.1-18, 2020. doi: 10.1080/02701960.2020.1805320

30. FRIEDMAN S.M., MULHAUSEN P., CLEVELAND M.L. et al. Healthy aging: American Geriatrics Society white paper executive summary. J Am Geriatr Soc, v. 67, p.17-20, 2019. doi:10.1111/jgs.15644.

31. GELLIS Z.D., KIM E., HADLEY D. et al. Evaluation of interprofessional health care team communication simulation in geriatric palliative care. Gerontology & Geriatrics Education, v.40, n.1, p. 30-42, 2019. doi: 10.1080/02701960.2018.1505617

32. HAMMICK M., FREETH D., KOPPEL I. et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9, Medical Teacher, v. 29, n. 8, p. 735-751, 2007. doi: 10.1080/01421590701682576.

33. HANNA, G. P., NOELKER, L. S., BIENVENU, B. The arts, health, and aging in America: 2005–2015, The Gerontologist, v.55, n.2, p.271-277, 2015. doi: 10.1093/geront/gnu183.

34. HEAN S., CRADDOCK D., HAMMICK M. Theoretical insights into interprofessional education. Med Teach., v. 34, n. 2, p. 158-160, 2012. doi: 10.3109/0142159X.2012.643263.

35. HIGBEA R.J., ELDER J., VANDERMOLEN J. et al. Interprofessional service-learning definition. J. Interprof. Care, v.34, n.2, p.283-286, 2020. doi: 10.1080/13561820.2019.1650729.

36. HUPPERTZ V. A. L., PUTTEN G-J, HALFENS R. J. G. et al. Association between malnutrition and oral health in dutch nursing home residents: results of the LPZ study. Journal of the American Medical Directors Association, v. 18, n. 11, p. 948-954, 2017. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.022.

37. INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON THE HEALTH PROFESSIONS EDUCATION SUMMIT. Health Professions Education: A Bridge to Quality. In: Greiner AC, Knebel E, editors. Washington, DC: National Academy Press, 2003. https://contigohealth.com/employers/solutions/ecen?gclid=CjwKCAiA5IL-BRAzEiwA0lcWYvxtiFQ4FV-cCRZrCZv4YImWcppvXEG7WM3n_7T-zRptLcfGIWvUenxoCKdAQAvD_BwE.

38. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Distribuição da população por sexo segundo os grupos de idade Brasil (RS). 2010 [acessado 2020 nov 20] Dis¬ponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinop-se/webservice/frm_piramide.php?codigo=431440&¬-corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc

39. JANSSENS B., PETROVIC M., JACQUET W. et al. Medication use and its potential impact on the oral health status of nursing home residents in Flanders (Belgium). JAMDA, v.18, n. 9, p. 809.e1-809.e8, 2017. doi: 10.1016/j.jamda.2017.06.003

40. JARRÍN O.F., POULADI F.A., MADIGAN E.A. International priorities for home care education, research, practice, and management: qualitative content analysis. Nurse Educ. Today, v. 73, p. 83–87, 2019. doi:10.1016/j.nedt.2018.11.020.

41. JIRAU-ROSALY W., BROWN S.P., WOOD E.A. et al. Integrating an Interprofessional Geriatric Active Learning Workshop Into Undergraduate Medical Curriculum. Journal of Medical Education and Curricular Development., v. 7, p. 1– 6, 2020. doi: 10.1177/2382120520923680.

42. KAHALEH A.A., DANIELSON J., FRANSON K.L. et al. An interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies. Am. J. Pharm. Educ., v. 79, n. 6, p. 78, 2015. doi: 10.5688/ajpe79678.

43. KEIJSERS, C.J.P.W., DREHER, R., TANNER, S. et al. Interprofessional education in geriatric medicine. European Geriatric. Medicine, v.7, n.4, p.306-314, 2016. doi: 10.1016/j.eurger.2016.01.011

44. KITTO S., GOLDMAN J., SCHMITT M.H. et al. Examining the intersections between continuing education, interprofessional education and workplace learning. J. Interprof. Care, v.28, n.3, p. 183–185, 2014. doi: 10.3109/13561820.2014.906737.

45. KOSSIONI, A. E., HAJTO-BRYK, J., JANSSENS, B. et al. Practical guidelines for physicians in promoting oral health in frail older adults. Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA), v. 19, n. 12, p. 1039-1046, 2018. doi:10.1016/j.jamda.2018.10.007

46. KUIPERS P., EHRLICH C., BROWNIE S. Responding to health care complexity: suggestions for integrated and interprofessional workplace learning, Journal of Interprofessional Care, v. n.3, p. 246-248, 2014. doi: 10.3109/13561820.2013.821601

47. LIMA R.R.T., VILAR R.L.A., CASTRO J.L. et al. A educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. Interface (Botucatu), v.22, supl. 2, p.1661-1673, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601661&lng=en&nrm=iso>. access on 21 Nov. 2020. doi: 10.1590/1807-57622017.0466.

48. LOCKHART P. B., BOLGER A. F., PAPAPANOU P. N. et al. Periodontal disease and atherosclerotic vascular disease: does the evidence support an independent association? Circulation, v. 125, n. 2, p. 2520–2544, 2012. doi:10.1161/CIR.0b013e31825719f3

49. MANSPEAKER S.A., BROWN E.V.D., WALLACE S.E. et al. Examining the perceived impact of an ethics workshop on interprofessional values and teamwork. Journal of Interprofessional Care, v.31, n.5, p. 628-637, 2017. doi: 10.1080/13561820.2017.1336992

50. MARENGONI A., ANGLEMAN S., MELIS R. et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Research Reviews, v.10, n.4, p.430-439, 2011. doi:10.1016/j.arr.2011.03.003

51. McCALL M. E., BÖRJESSON U. Integration or specialization? Similarities and differences between Sweden and the United States in gerontology education and training. Gerontology & Geriatrics Education. v.38, n.1, p.47 – 60, 2017. doi: 10.1080/02701960.2016.1232592.

52. McMANUS K., SHANNON K., RHODES D. L. et al. An interprofessional education program's impact on attitudes toward and desire to work with older adults. Educ. Health (Abingdon), v.30, n.2, p.172-175, 2017. doi: 10.4103/efh.EfH_2_15.

53. MOTTA LB, PACHECO LC. Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. Educ Health (Abingdon), v. 27, n. 1, p.83-88, 2014. doi: 10.4103/1357-6283.134331. PMID: 24934955.

54. MULLER F., SHIMAZAKI Y., KAHABUKA F. et al. Oral health for an ageing population: the importance of a natural dentition in older adults. International Dental Journal, v. 67, n. s2, p.7-13, 2017. doi: 10.1111/idj.12329

55. MYERS J., CHAN V., JARVIS V. et al. Intraspinal techniques for pain management in cancer patients: a systematic review. Support. Care Cancer, v. 18, p. 137-149, 2010. doi: 10.1007/s00520-009-0784-2

56. 56.NAJEEB S., ZAFAR M.S., KHURSHID Z. et al. The role of nutrition in periodontal health: an update. Nutrients, v. 8, n. 530, p. 1-18, 2016. doi: 10.3390/nu8090530

57. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Brasília: OPAS; 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

58. PATEL R. V., WRIGHT L., HAY B. Rethinking transitions of care: An interprofessional transfer triage protocol in post-acute care. Journal of Interprofessional Care, v.31, n.5, p.648-651, 2017. doi: 10.1080/13561820.2017.1324831.

59. PELTONEN J., LEINO-KILPI H., HEIKKILÄ H. et al. Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare – a scoping review. Journal of Interprofessional Care, v.34, n.2, p.147-161, 2020. doi: 10.1080/13561820.2019.1637336

60. PLOEG J., MARKLE-REID M., FISHER A. et al. An exploration of experts' perceptions on the use of interprofessional education to support collaborative practice in the care of community-living older adults. Journal of Interprofessional Care, v. 31, n. 5, p. 638-647, 2017. doi: 10.1080/13561820.2017.1347610.

61. REEVES S, PERRIER L, GOLDMAN J. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). Cochrane Database Syst. Rev., v. 3, p. 3, 2013. doi: 10.1002/14651858

62. REEVES S., FLETCHER S., BARR H. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39, Medical Teacher, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016. doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663

63. . ROLLER-WIRNSBERGER R., LINDNER S., LIEW A. et al. European collaborative and interprofessional capability framework for prevention and management of frailty-a consensus process supported by the Joint Action for Frailty Prevention (ADVANTAGE) and the European Geriatric Medicine Society (EuGMS). Aging Clin Exp Res., v. 32, n. 4, p. 561-570, 2020. doi: 10.1007/s40520-019-01455-5.

64. SAFABAKHSH L, IRAJPOUR A, YAMANI N. Designing and developing a continuing interprofessional education model. Adv Med Educ Pract. v.25, p.459-467, 2018. doi: 10.2147/AMEP.S159844.

65. SAGAHUTU J.B., KAGWIZA J., CILLIERS F. et al. The impact of a training programme incorporating the conceptual framework of the International Classification of Functioning (ICF) on knowledge and attitudes regarding interprofessional practice in Rwandan health professionals: a cluster randomized control trial. BMC Med Educ., v.21, n.1, p.139, 2021. doi: 10.1186/s12909-021-02537-7.

66. SCHAPMIRE T.J., HEAD B.A., NASH W.A. et al. Overcoming barriers to interprofessional education in gerontology: the interprofessional curriculum for the care of older adults. Adv Med Educ Pract., v. 9, p. 109–118, 2018. doi: 10.2147/AMEP.S149863.

67. SCHMIDT A., TIER C.G., VASQUEZ M.E.D. et al. Preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa: relato de experiência. SANARE, v. 18 n. 1, p.98-106, 2019. https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1310

68. SCIAMA D.S., GOULART R.M.M., VILLELA V.H.L. Active ageing: social representations of health professionals in Elderly Health Reference Units. Rev. Esc. Enferm USP. 2020;54:e03605. doi: 10.1590/S1980-220X2018056503605

69. SHAKHMAN L.M., AL OMARI O., ARULAPPAN J. et al. interprofessional education and collaboration: strategies for implementation. Oman. Med. J., v. 35, n. 4, p.e160, 2020. doi: 10.5001/omj.2020.83.

70. STEPHENS C.E., MASSIMO L., HARRIS M. et al. Advances in geropsychiatric nursing: a decade in review. Archives of Psychiatric Nursing, v. 34, n. 5, p. 281-287, 2020. doi:10.1016/j.apnu.2020.07.006.

71. STUBBS C., SCHORN M. N., LEAVELL J. P. et al. Implementing and evaluating a community-based, inter-institutional, interprofessional education pilot programme. Journal of Interprofessional Care, v.31, n.5, p.652-655, 2017. doi: 10.1080/13561820.2017.1343808

72. SUNGUYA B.F., HINTHONG W., JIMBA M. et al. Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: a systematic review. PloS One, v. 9, n. 5, p. e96724, 2014. doi: 10.1371/journal.pone.0096724.

73. SURA L., MADHAVAN A., CARNABY G. et al. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clin. Interv. Aging, v.7, p.287–298, 2012. doi: 10.2147/CIA.S23404.

74. TABER D.J., PILCH N.A., MCGILLICUDDY J.W. Improved patient safety and outcomes with a comprehensive interdisciplinary iImprovement initiative in kidney transplant recipientes. American Journal of Medical Quality, v.28, n.2, p.103–112, 2013. doi: 10.1177/1062860612450309.

75. TONETTI M.S., BOTTENBERG P., CONRADS G. et al. Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing - Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases. J. Clin. Periodontol., v. 44, n.suppl. 18, p. S135– S144, 2017. doi: 10.1111/jcpe.12681.

76. VAFADAR Z., VANAKI Z., EBADI A. The readiness of postgraduate health sciences students for interprofessional education in iran. Glob. J. Health Sci., v.7, n.4, p.190-199, 2015. doi: 10.5539/gjhs.v7n4p190.

77. WALKER L, CROSS M., BARNETT T. Mapping the interprofessional education landscape for students on rural clinical placements: an integrative literature review. Rural and Remote Health, v.18, n.2, p.1-18, 2018. doi: 10.22605/RRH4336.

78. WERFALLI M.M., KALULA S.Z., MANNING K. et al. Does social support effect knowledge and diabetes self-management practices in older persons with Type 2 diabetes attending primary care clinics in Cape Town, South Africa? PLoS One, v. 15, n. 3, p. e02301732020, 2020. doi: 10.1371/journal.pone.0230173.

79. WIRTH R., DZIEWAS R., BECK A.M. Oropharyngeal dysphagia in older persons – from pathophysiology to adequate intervention: a review and summary of an international expert meeting. Clinical Interventions in Aging, v.11, p.189–208, 2016. doi: 10.2147/CIA.S97481.

80. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization, 2010. https://apps.who.int/iris/handle/10665/70185

81. YAMANI N., ASGARIMOQADAM M., HAGHANI F. et al. The effect of interprofessional education on interprofessional performance and diabetes care knowledge of health care teams at the level one of health service providing. Adv. Biomed. Res., v. 3, p.153, 2014. doi: 10.4103/2277-9175.137861

82. ZINK A., LISTING J., NIEWERTH M. et al. The national database of the German Collaborative Arthritis Centres: II. Treatment of patients with rheumatoid arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases, v. 60, n.3, p. 207-213, 2001. doi: 10.1136/ard.60.3.20

02

Abordagem multidisciplinar na prevenção e tratamento da lesão por pressão em idosos na atenção domiciliar: uma revisão narrativa

Camila de Almeida Renzo
HSE/PE

Laura Mata de Lima Silva
HSE/PE

Ana Karolina Gomes Santos
HSE/PE

Marcia Bárbara Leoncio Oliveira
HSRPE

Fabiana de Castro Albuquerque de Arruda Gusmão Natário
HSE/PE

Marlene José de Santana
HSE/PE

Sandra Maria Cordovile
HSE/PE

Germana Soares Tenorio Santos
HSE/PE

Ana Cecília Rodrigues de Lima
HSE/PE

Marília Rafaela Santos Lopes
HSE/PE

doi 10.37885/210404319

RESUMO

A lesão por pressão é considerada um dos maiores problemas para os idosos, principalmente aqueles acamados, tendo como um dos fatores de risco as doenças neurológicas, que vêm acometendo mais idosos; e no decorrer do envelhecimento, as mudanças fisiológicas afetam a capacidade funcional e o estado nutricional dos mesmos, contribuindo assim para o desenvolvimento de lesões. A assistência domiciliar tem como objetivo promover, manter e restaurar a saúde do indivíduo, e com o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar é possível evitar internações desnecessárias. Nesse contexto, a família também se torna responsável pelo cuidado com o paciente, criando um vínculo junto à equipe, e fazendo com que se possam observar as reais necessidades do idoso, buscando sempre, por meio de uma assistência humanizada, a efetividade do cuidado. O trabalho em equipe é uma maneira eficiente para prevenir e tratar as lesões, e cabe a cada membro avaliar e traçar um plano de cuidados voltado para o paciente em conjunto com a família, a qual também se torna crucial dentro da assistência. Por meio de uma revisão narrativa, este trabalho propõe abordar as condutas assistenciais da equipe multiprofissional na prevenção e tratamento de lesão por pressão em idosos da atenção domiciliar

Palavras-chave: Lesão por Pressão, Idoso, Assistência Domiciliar.

INTRODUÇÃO

Com o advento das ciências da saúde, a população está vivendo mais e o aumento da expectativa de vida refletiu em modificações no perfil epidemiológico, destacando as doenças crônicas neurológicas que acometem idosos, em sua maioria, tornando-os dependentes de cuidados relacionados a rotina diária. Neste contexto, a assistência domiciliar surge como alternativa para o tratamento destes pacientes, com o objetivo de humanizar as práticas de saúde e reduzir custos hospitalares (OMS, 2005). No envelhecimento, ocorrem mudanças fisiológicas que podem afetar o estado nutricional bem como a funcionalidade dos aparelhos digestivo e cardiovascular, diminuindo assim o metabolismo, e contribuindo para redistribuição da massa corporal e menor aproveitamento de calorias e nutrientes, o que torna os idosos fortes candidatos à desnutrição e a deficiências nutricionais específicas. (CAMPOS et al., 2000).

A desnutrição nos idosos é relacionada ao maior risco de infecção, transtornos na resposta imune e retardo na cicatrização de feridas. A idade avançada e as deficiências nutricionais são alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de lesões por pressão, definidas pelo National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) como um dano localizado na pele e/ ou tecido mole subjacente geralmente sobre proeminência óssea, que pode ainda estar relacionado a equipamentos médicos ou outro tipo de dispositivo. Acontece como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou de pressão combinada com cisalhamento. A lesão por pressão pode acometer aproximadamente 36,7% dos pacientes hospitalizados (SANDERS; PINTO, 2012) e 14,3% de indivíduos em atenção domiciliar, sendo prevalentes as lesões em região sacra (SANTANA et al., 2014). É uma condição que se agrava facilmente quando não tratada da forma correta e, geralmente, resulta em dor, deformidades e tratamentos prolongados. Entretanto, a prevenção é uma assistência efetiva e individualizada que pode minimizar seus efeitos e contribuir para o bem-estar dos pacientes.

O modelo de atenção domiciliar é considerado um componente do *continuum* dos cuidados à saúde, pois os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em suas residências com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde, maximizar o nível de independência, minimizando os efeitos das incapacidades ou doenças, incluindo aquelas sem perspectiva de cura (BRASIL, 2015). Nessa conjuntura, o lar é revalorizado como um ambiente para a produção do cuidado, evitando-se internações desnecessárias, além de tornar a família corresponsável pelos cuidados em saúde e ativa no processo de adoecimento que a envolve (GALLASSI et al., 2014). A construção do vínculo entre a família e a equipe de saúde favorece uma melhor identificação das necessidades do paciente possibilitando o planejamento de cuidado mais integral e humanizado (BRASIL, 2015).

A equipe composta por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre outros, deve desenvolver a competência de ajudar as pessoas com foco na qualidade da vida, especialmente na atenção domiciliar, em que o resultado depende da interação do sujeito e da sua habilidade de "REINVENTAR-SE", apesar da doença. Ouvir atentamente ajuda ao paciente e à família a compreenderem a doença, relacionando-a com o dia-a-dia, para evitar atitudes passivas diante do tratamento. Vínculo e afeto também são importantes, pois profissionais e usuários transferem afeto. Com a consciência desses fluxos, pode-se melhor ajudar a pessoa a ampliar sua autonomia e a lidar com a doença de modo proveitoso (BRASIL, 2013).

Ao falar de prevenção e tratamento de lesões em idosos, a atuação e entrosamento da equipe multidisciplinar fazem toda diferença. O plano terapêutico singular deve contemplar todo o contexto envolvido: paciente, cuidador, familiares, situação econômica, entre outros. O perfil do paciente é traçado por diversos olhares, e treinar o cuidador principal (de referência) tem sido uma tarefa primordial para o sucesso. A atenção domiciliar não se limita a prevenção de agravos, mas requer ações que culminem em tratamento e reabilitação. Destaca-se a atuação do enfermeiro na coordenação do plano e na relação que estabelece (ANDRADE et al., 2017). Além disso, é o profissional habilitado para lidar com os diversos tipos de lesões de pele, e juntamente com os demais membros da equipe definirá as estratégias de cuidado. O presente trabalho propõe, por meio de uma revisão narrativa, abordar as práticas do cuidado multidisciplinar que são efetivas na prevenção e tratamento da lesão por pressão em idosos.

DESENVOLVIMENTO

Anamnese e exame físico pelo enfermeiro

Avaliar um idoso em sua primeira consulta no domicílio compreende uma visão multidimensional e transdisciplinar que permite uma análise global do paciente, no que se refere aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Assistir ao idoso e seus familiares no domicílio exige conhecimento da composição do núcleo familiar, hábitos, costumes e condição socioeconômica, cultural dentre outros, considerado primordial para o processo do cuidar. (BALDUINO et al., 2012). Alguns dados são importantes para melhor conhecer o paciente como: identificação que abrange: sexo, idade, filiação, estado civil, ocupação, situação de moradia e escolaridade, antecedentes familiares e pessoais, medicações em uso, hábitos alimentares, rotina de vida, queixas atuais, capacidade de percepção do paciente e do familiar referente à patologia, situação atual do mesmo, tratamento e autocuidado. (CARRITI et al., 2014).

O exame físico representa um instrumento de grande importância para a assistência de enfermagem, pois permite realizar um diagnóstico, planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente. Os idosos tendem a desenvolver limitações para as atividades de vida diária e algumas síndromes geriátricas como: perda da mobilidade, incontinências, uso incorreto da medicação, alterações cognitivas, perda de peso e depressão. Essas alterações devem ser interpretadas fundamentando o diagnóstico de enfermagem, a fim de que seja elaborado um plano de cuidado específico e individualizado de modo que tal assistência garanta a manutenção e promoção da saúde do paciente e sua independência (GONÇALVES et al., 2001). O objetivo do cuidado é aumentar hábitos saudáveis e diminuir as limitações concernentes à idade, ajudando a se confortar, e assim reduzir a angustia e debilidade da velhice, e inclusive do processo de morte (BALDUINO et al., 2012).

O exame físico consiste em etapas nas quais se avalia o paciente cefalo-caudal, iniciando pelo peso, altura e IMC (índice de massa corpórea); pressão arterial (PA). frequência respiratória (FR) e características (eupnéia, dispnéia, taquipnéia, ortopnéia, etc); pulso radial e carotídeo (frequência, cheio, filiforme, arrítmico); cabeça (rubor facial, alterações de visão e auditiva); cavidade oral (integridade, sangramentos, edema e coloração gengival, lesões ulcerativas, cáries, dentição, uso de prótese); pescoço (ingurgitamento jugular, palpação da tireóide); pele e anexos (integridade, sensibilidade, turgor, coloração, manchas, hematomas, cicatriz, tatuagens). Tórax (ausculta cardiopulmonar, tosse crônica); abdome (presença de massas palpáveis, ruídos hidroaéreos e mensuração da circunferência abdominal, distensão); aparelho geniturinário (presença de secreções, lesões, edema); aparelho músculo-esquelético, membros superiores e membros inferiores (edema, estado das unhas, lesões, deformidades); avaliação neurológica (força e coordenação motora, marcha, uso de acessório para deambulação, fala); vascular periférico (varizes, pulso pedioso e perfusão periférica) (CARRITI et al., 2014).

Avaliação nutricional

A avaliação nutricional é imprescindível para traçar metas nutricionais e de hidratação adequadas. Alterações do estado nutricional são determinantes para o aumento na incidência de LPP. Pacientes desnutridos, obesos e sarcopênicos (com perda de massa e força muscular) são mais propensos a desenvolver lesões. IMC <20 kg/m^2, perda ponderal significativa ou grave nos últimos três meses, a ingestão alimentar inferior a 60% das necessidades nutricionais (ALHAUG et al, 2017), a baixa ingestão hídrica e a disfagia (dificuldade de deglutição) são fatores de risco para o desenvolvimento de LPP (EPUAP, 2019; MATOS et al, 2020), sendo comumente encontrados nos idosos da atenção domiciliar por se tratar de indivíduos acamados, com disfunções cognitivas por doenças neurogenerativas, que

cursam com alteração de comportamento e do nível de consciência, podendo reduzir a ingestão alimentar (BRASIL, 2013). Pacientes incapazes de levar os alimentos à boca podem apresentar um risco alto e muito alto de desenvolver LPP, em comparação com aqueles que são capazes fazê-lo (LÓPEZ et al, 2019).

A avaliação nutricional deve contemplar a identificação de pacientes em risco de desnutrição a fim de sistematizar o nível de assistência e possibilitar uma intervenção nutricional precoce e efetiva. A presença de risco nutricional tem uma associação significativa com a incidência de LPP (ALHAUG et al, 2017). Dentre as ferramentas disponíveis para triagem nutricional, a *Mini Nutritional Assessment ou* Miniavaliação Nutricional (MAN) considera a própria LPP e alguns dos seus fatores de risco na avaliação do risco de desnutrição (MATOS et al, 2020).

A MAN é recomendada pela *European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN) como instrumento precoce para identificação do risco nutricional em idosos. O formulário compõe 18 questões, subdivididas em quatro domínios: antropometria, avaliação global (estilo de vida, medicação, presença LPP), dietética (consumo alimentar, ingestão de líquidos) e autoavaliação (percepção quanto à saúde e nutrição). Cada questão possui um valor que varia de 0 a 3 pontos, e contribui para o escore final, o qual atinge pontuação máxima de 30. Um escore total inferior a 17 pontos indica desnutrição; entre 17 e 23,5 pontos o risco de desnutrição; e maior ou igual a 24 pontos a eutrofia. Trata-se de uma ferramenta não invasiva, de baixo custo e boa reprodutibilidade no ambiente domiciliar. A etapa de avaliação da ingestão dietética auxilia na identificação de possível déficit de ingestão proteica e de micronutrientes, contribuindo para a conduta e orientação nutricional.

Devido à impossibilidade de aferição de peso, os pacientes acamados podem ter seu peso estimado de acordo com a fórmula preditiva proposta por Lee e Nieman (1995) que utiliza medidas da circunferência do braço e altura do joelho (AJ) de acordo com o sexo, idade e raça. Da mesma forma, a altura pode ser estimada utilizando a equação proposta por Chumlea, Roche e Steinbaugh (1985) de acordo com o sexo, a qual utiliza a AJ. A avaliação da circunferência da panturrilha é de suma importância por ser considerado um indicador de reserva muscular no idoso (PEIXOTO *et al.,* 2018). A perda de peso involuntária maior ou igual a 5% no mês anterior ou maior ou igual a 10% nos últimos seis meses, o peso atual inferior 80% do peso corporal ideal, a albumina sérica < 3,5 g/dL e linfócitos totais inferiores a 1500/mm3 são indicadores nutricionais associados à desnutrição calórico-proteica em pacientes com LPP (SAGHALEINI et al., 2018).

Em pacientes com perda de massa magra de até 10% da reserva habitual, a cicatrização de lesão tem prioridade em relação à manutenção e/ou recuperação do estado nutricional. Com uma perda de 20%, há competição igual pela proteína ingerida entre a ferida

e a restauração da massa magra, de modo que a taxa de cicatrização diminuirá. Com uma perda de 30% ou mais, no qual o risco de sobrevivência é alto, a massa magra, isto é, a manutenção do compartimento muscular restante, terá total prioridade pela proteína adquirida por meio da alimentação. A ferida essencialmente para de cicatrizar até que a massa magra seja restaurada, ainda que parcialmente. Mudança na composição corporal previa ou posteriormente à instalação de uma lesão tem um impacto sobre a cicatrização da mesma. A velocidade de cicatrização estará diretamente relacionada à taxa de restauração da composição corporal em relação à massa magra. Estima-se que na desnutrição decorrente de um estresse metabólico, a perda de massa livre de gordura é cerca de metade do total de perda de peso involuntária (DEMLING, 2009).

Medidas para prevenção de lesão por pressão

O desenvolvimento de LPP em pacientes internados é um evento adverso grave, tanto no Brasil como mundialmente, especialmente em idosos e pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas. Importante lembrar que uma LPP pode ter um rápido desenvolvimento de horas ou dias pela compressão da pele contra as proeminências ósseas (ossos do sacro, do trocânter e do ísquio), por cisalhamento e umidade por um tempo prolongado. (ALMEIDA et al., 2019). No atendimento domiciliar cabe ao enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar, identificar os pacientes com risco e fatores associados bem como implementar barreiras de proteção de acordo com o grau de risco e fornecer orientação aos familiares quanto aos cuidados preventivos de LPP (PARAIZO, 2018).

A avaliação de pacientes com possível risco de desenvolvimento de LPP deve incluir também fatores nutricionais e de hidratação. Uma ferramenta muito utilizada atualmente é a escala de Braden, que fornece parâmetros para avaliação pelas suas sub-escalas, na qual cada uma dessas tem pontuação que varia entre 1 e 4, com exceção do domínio fricção e cisalhamento. São avaliadas a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento (SANTOS et al., 2020). Alguns fatores de risco são considerados contribuintes para surgimento de lesões. E quanto maior o número desses fatores, maior a probabilidade de desenvolvimento de LPP, como a presença de doenças crônicas não transmissíveis: insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, *diabetes melittus*, demência, anemia, doenças imunológicas, neoplasias, desnutrição, depressão, doença terminal, contratura, doença da tireoide, doença renal, e outros como: déficit de hidratação, presença de edema, história de tabagismo, temperatura corporal elevada, estado psicossocial, contraturas, pele seca, uso de aparelho de tração ortopédica, antecedente de LPP estágio III ou IV cicatrizada (PARAIZO, 2018). Portanto, fatores como perfusão tecidual,

idade, imobilidade, atividade, nível de consciência, alguns medicamentos, umidade excessiva, nutrição, hidratação deverão ser considerados para os cuidados.

A pele é considerada o maior órgão humano e também o local onde primeiro notamos os sinais do envelhecimento. E alguns cuidados simples com a pele são essenciais para mantê-la saudável e livre de lesões. O banho de sol auxilia a produção de vitamina D. Sabe-se que a fonte alimentar não suplementar, de forma isolada, não é suficiente para suprir as demanda do organismo. Porém, tem a propriedade de aumentar a absorção intestinal de cálcio, sendo essencial para o bom funcionamento dos ossos e prevenção da osteoporose. Quanto à higiene corporal recomenda-se evitar banhos quentes e demorados; não usar buchas ou esponjas, pois reduzem a proteção da pele, aumentam o ressecamento e o risco de alergias, indicado uso sabonete líquido e neutro (glicerinados); secar a pele após o banho, de forma suave, por risco de púrpuras senis, decorrente da dermatoporose (GAMEIRO, 2019).

A utilização de protetores solares com FPS superiores a 30 deve ser recomendada para todos os pacientes expostos ao sol (SCHALKA et al., 2014). Recomenda-se inspecionar a pele de todo o corpo de forma completa e cuidadosa, céfalo-caudal, dando especial atenção à cor, tamanho, relevo e formato das manchas e lesões encontradas. Orientar aos cuidadores quanto: inspecionar regularmente membros inferiores quanto alterações de temperatura, cor, aparecimento de calos, verrugas, feridas, úlceras e pulso (pedioso, tibial, femural e poplíteo); manter os membros limpos e secos, cortar as unhas após o banho (ficam mais amolecidas), não remover as cutículas (elas atuam como proteção natural contra inflamações e infecções da pele e unhas), não compartilhar materiais dos seus pacientes em manicures ou podólogos (GAMEIRO, 2019).

Outros cuidados de suma importância incluem a mudança de decúbito frequente conforme a necessidade e fragilidade da pele; o uso de colchão piramidal, pneumático ou de água sobre o colchão do paciente, mantendo sempre os lençóis esticados; e uso de travesseiros ou coxins para proteção das proeminências ósseas e elevação dos calcâneos. Essas medidas simples são amplamente divulgadas nas diretrizes para a prática clínica e no protocolo de prevenção da LPP do Programa Nacional de Segurança do Paciente e devem fazer parte do cuidado e das orientações fornecidas pelos profissionais (MORO et al., 2016). Toda orientação ao cuidador deve contemplar o método *teach back*, que é uma forma de verificar a compreensão do que se fala solicitando que aquele que ouviu fale com suas próprias palavras o que se precisa saber ou fazer para efetividade dos cuidados prestados. É uma maneira de garantir que o profissional de saúde realizou as orientações de maneira que os cuidadores puderam compreendê-lo (MATOS et al, 2020).

Para os pacientes identificados com risco moderado, alto e muito alto de desenvolver LPP, recomenda-se aplicar película de poliuretano ou espuma, ou película protetora de pele,

em spray ou creme para proteger proeminências ósseas. A utilização de produtos à base de ácidos graxos essenciais (AGE) é recomendada como uma medida de prevenção de ferida na pele íntegra. O uso do filme transparente semipermeável (membrana), considerado uma cobertura preventiva estéril de poliuretano, com forma de película transparente adesiva, elástica e distensível com espessura de 2 mm, é totalmente moldável ao corpo humano e previne o desenvolvimento de uma LPP (GEOVANINI, 2014). Uma revisão integrativa evidenciou a eficácia da utilização do filme transparente na prevenção de lesão em relação ao hidrocolóide, sendo uma estratégia de menor custo e mais acessível para utilização no domicílio e hospitais (RODRIGUES et al., 2018).

Na atenção domiciliar, a equipe de enfermagem deve se preocupar em ajudar a família a desenvolver um ambiente com condições favoráveis para o cuidado e fazer a provisão e previsão de materiais ou tecnologias que facilitem as práticas em saúde. O enfermeiro, enquanto profissional de saúde envolvido na assistência ao indivíduo acamado, deve planejar as práticas de cuidado capazes de promover a saúde, a adesão ao tratamento e estimular o autocuidado. Essas práticas devem levar em conta crenças, valores e aspectos culturais que interfiram diretamente na evolução do paciente (MORO et al., 2016).

Tratamento da lesão por pressão

É de suma importância que os profissionais de saúde conheçam os mecanismos que proporcionam o desenvolvimento das LPPs, bem como as formas de tratá-las uma vez que representam grandes gastos financeiros para o sistema de saúde, e aumentam a carga de trabalho diária dos profissionais de enfermagem. Portanto, a prevenção e o tratamento em fase inicial das LPPs deve ser meta da assistência de enfermagem. (AZEVEDO, 2009). O NPUAP publicou em 2016 as terminologias e definições das LPPs, as quais estão descritas no quadro 1.

Quadro 1. Classificação internacional das lesões por pressão

Lesão por pressão	Definição
Estágio I	Pele íntegra com eritema não branqueável.
Estágio II	Perda da pele parcial com exposição da derme.
Estágio III	Perda da pele em sua espessura total.
Estágio IV	Perda da pele em sua espessura total e perda tissular.
Não classificável	Perda de pele em sua espessura total e perda tissular não visível.
Tissular profunda	Coloração vermelho escura, marrom ou púrpura, persistente e que não embranquece.
Relacionada a dispositivos médicos	Resulta do uso de dispositivos criados e aplicados para fins diagnósticos e/ou terapêuticos.
Em membranas mucosas	Uso de dispositivos médicos no local da lesão.
Relacionada a utensílios domésticos	Resulta do contato prolongado com utensílios encontrado no domicílio do paciente.

Fonte: Adaptado de NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (2016).

Alguns autores defendem que certas LPPs (estágio I e II) podem ter cicatrização espontânea sem intervenção cirúrgica, desde que a lesão seja limpa meticulosamente e que seja evitada pressão na área em questão. As avaliações das lesões devem ser realizadas com base nos aspectos das lesões, nas características e no estágio de classificação das mesmas, em conformidade com a NPUAP, que compreende três dimensões: tipo de tecido, quantidade de exsudado e área da lesão. O tratamento pode ser dividido em sistêmico e local, sendo este subdividido em conservador e cirúrgico. Independente do tipo de tratamento aplicado, é imprescindível que as medidas de alívio de pressão e profilaxia continuem sendo utilizadas. (BARON, 2015).

Os tipos de tratamento resumem-se em conservador e cirúrgico. O tipo conservador leva mais tempo para o fechamento das lesões, além disso, há pequenos períodos de morbidade, devido a traumas leves com rompimento da pele. O tratamento cirúrgico oferece as melhores perspectivas em termos de fechamento precoce e capacidade em suportar futuros traumas. Geralmente as LPPs em estágio III e IV necessitam de tratamento cirúrgico. As altas taxas de recorrência comumente associadas ao tratamento conservador são citadas como justificativas para o tratamento cirúrgico. Medidas conservadoras, considerando desbridamento local, diminuição da pressão local e trocas diárias de curativo têm pouca eficácia, uma vez que a úlcera crônica se desenvolve. (GEOVANINI, 2014).

O tratamento conservador é baseado em limpeza da área lesionada e escolha de cobertura compatível com o tipo de tecido encontrado em leito da lesão, quantidade de exsudato e profundidade da mesma. É necessário favorecer condições a lesão através de tratamento tópico que de suporte adequado e viabilize o processo fisiológico. (DONOSO; BORGES; FERREIRA, 2011). O enfermeiro que irá realizar o curativo de LPP deve levar em consideração algumas questões no momento do procedimento, tais como: o local/instituição que está ofertando o material de curativo; a necessidade do paciente em relação ao tratamento atendendo as características que a lesão apresenta em detrimento da cobertura que necessitará utilizar; suas expectativas em relação ao tratamento; cogitando as doenças de base (fatores intrínsecos) que o indivíduo pode possuir e que podem retardar o processo de cicatrização; e os fatores extrínsecos que levaram a lesão e que poderão continuar afetando o local se não corrigidos (GEOVANINI, 2014).

Para escolha da cobertura o profissional deve ter conhecimento amplo sobre os tipos ofertados na instituição e atentar para as condições socioeconômicas da família, entendimento das mesmas para seguirem com tratamento domiciliar, caso necessário, e capacidade de autocuidado do paciente, pois pode ser encorajado na realização de seu próprio curativo. Para a cobertura atender às especificidades da lesão, o profissional precisa definir as dimensões da lesão, características dos tecidos lesionados e a fase de cicatrização que

se encontra para conseguir definir a cobertura que utilizará, podendo ser compressiva, absorvente, debridante ou de fixação. As coberturas podem ser primárias, quando aplicadas diretamente sobre a lesão, ou secundárias, quando colocada sobre a cobertura primária com o objetivo de fixar ou proteger a primeira cobertura. Algumas coberturas exercem os dois papéis, como primária e secundária em um único produto (EDSBERG et al., 2016).

O mercado oferta uma gama de coberturas, para escolha apropriada o profissional deve se atentar na que promova melhor custo-benefício para o tratamento. O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2018) destaca que o profissional de enfermagem é o indicado para a realização de curativos, conforme a Resolução nº 0567, de 29 de janeiro de 2018 do COFEN, que regulamenta a competência no que condiz ao cuidado de feridas e dá outras providências, cabendo a este profissional ser o responsável pelo cuidado com feridas e devendo participar na avaliação, elaboração de protocolos, seleção e indicação de novas tecnologias em prevenção e tratamento de pessoas com feridas, sendo necessário que tenha conhecimento sobre a temática.

Após avaliação de estágio, extensão, tipo de tecido encontrado em leito da lesão, profundidade e condições de borda, a escolha do material tópico é o passo determinante para o processo cicatricial. As coberturas utilizadas conforme tipo de lesão e indicação estão descritas no quadro 2. Outra opção de tratamento que pode ser disponibilizado em alguns serviços é o laser de baixa intensidade, o qual tem se mostrado um método eficiente, viável e de baixo custo para as lesões de reparo tecidual, assim como a terapia com ozônio. (SOUSA et al., 2016).

Quadro 2. Coberturas e suas principais indicações no tratamento de lesão

Cobertura	Indicação
Alginato de Cálcio	Lesões com exsudato de moderado a intenso, superficiais ou profundas, com sangramento.
Alginato de Prata	Lesões infectadas e colonizadas
Carvão ativado	Lesões com odor desagradável.
Hidrocolóide	Lesões com ou sem necrose, pouco a moderado exsudato, e não infectadas.
Hidrogel	Lesões superficiais com ou sem necrose.
Papaína	Desbridamento químico de lesões com presença de necrose de liquefação.
Sulfadiazina de Prata a 1%	Lesões infectadas
Curativo não Aderente de Rayon	Hidratação da ferida, promovendo o leito úmido e favorecendo a cicatrização e o alívio da dor ocasionada pela lesão.
Colagenase	Ação altamente desbridante, pois a enzima clostridiopeptidase atua degradando o colágeno da ferida, fazendo sua ação de forma enzimática.

Fonte: Gelsdorf, 2018

A terapia nutricional

O objetivo da terapia nutricional em pacientes com risco de desenvolver ou com LPP já instalada é manter ou regenerar o tecido favorecendo o processo de cicatrização. A inadequação

de macro e micronutrientes pode impactar no desenvolvimento, na gravidade e no prolongamento do processo cicatricial. Dessa forma, é necessário um plano alimentar individualizado para suprir as necessidades nutricionais. O cuidado deve ser centrado no paciente, propondo-se intervenções que possam ser realizadas pela família e pelo cuidador, considerando os hábitos alimentares, aversões, condições socioeconômicas, e se necessário, rever e liberar restrições dietéticas a fim de otimizar a ingestão alimentar, priorizando sempre uma alimentação saudável (EPUAP, 2014).

A oferta adequada de calorias é necessária para a atividade fagocítica, proliferação celular e função fibroblástica (EPUAP, 2019; DALAPICOLA, 2013; GORECKI et al., 2009). A recomendação calórica para pacientes desnutridos com risco ou lesão já instalada é: 30-35 kcal/kg/dia de energia. Para o paciente obeso, é recomendado: 11-14 kcal/kg/dia do peso real para aqueles com IMC entre 30-50 Kg/m^2 ou 22-25 kcal/kg/dia do peso ideal para aqueles com IMC > 50 Kg/m^2 (MATOS et al., 2020).

As proteínas são imprescindíveis em todas as fases do processo de cicatrização para a neovascularização, proliferação de fibroblastos, síntese de colágeno, produção e migração de leucócitos (EPUAP, 2019; DALAPICOLA, 2013; GORECKI et al., 2009). A recomendação de proteínas é: 1,2 a 1,5 g/kg/dia de proteínas, podendo chegar até 2 g/kg/dia para pacientes com lesão já instalada. Pacientes com lesão Estágio I e II podem necessitar de 1,25 a 1,5 g/Kg/dia e aqueles com lesões em estágio III e IV, múltiplas úlceras ou lesões crônicas exsudativas: 1,5 a 2,0, podendo atingir o máximo de 2,2 g/Kg/dia. A suplementação em excesso não promove a síntese proteica adicional, com o risco de aumento da pressão oncótica, resultando em desidratação (QUAIN e KHARDORI, 2015).

Em pacientes renais, deve-se avaliar a condição clínica e estado nutrição. A quantidade de líquido recomendado é: 1 ml de líquidos/kcal/dia (MATOS et al, 2020). Deve-se considerar aumento da oferta de líquidos a indivíduos desidratados, com temperaturas elevadas, vômitos, sudorese profusa, diarreias ou feridas altamente exsudativas (EPUAP, 2014).

Os carboidratos são importantes para a fase proliferativa (proliferação de fibroblastos, angiogênese e epitelização) e estimulam a produção de insulina que é um hormônio anabólico (QUAIN e KHARDORI, 2015). São componentes chaves das glicoproteínas que têm função estrutural, enzimática, lubrificante, transportadora e hormonal, além disso, são importantes para atividade enzimática da hexoquinase e citrato sintase, as quais participam das reações de reparo de lesões (DEMLING, 2009). Devem ser priorizados a oferta de carboidratos complexos, em torno de 50% a 60% das calorias totais, em detrimento de carboidratos simples. O controle glicêmico dever ser meta terapêutica, visto que a hiperglicemia prejudica a cicatrização e leva à disfunção imune (OLIVEIRA; HAACK; FORTES, 2017; QUAIN e KHARDORI, 2015; DEMLING, 2009).

As gorduras fornecem energia adicional ao processo de cicatrização, além de integrarem a estrutura da membrana celular, sendo essenciais na formação de novas células e participarem da sinalização celular (QUAIN e KHARDORI, 2015; DEMLING, 2009). O componente lipídico é responsável pelo crescimento do novo tecido e remodelação da ferida, incluindo a deposição de colágeno e produção de matriz extracelular (DEMLING, 2009). As gorduras também são importantes para a absorção das vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), devendo ser priorizadas as gorduras polinsaturadas por serem estruturais. Não há evidências que suportem a indicação de suplementos de ômega 3 por diminuição de resistência à tração na ferida, com facilidade de rompimento do novo tecido formado, sendo recomendado o seu consumo como parte de uma alimentação natural e balanceada (QUAIN e KHARDORI, 2015).

A suplementação de vitaminas e minerais pode ser necessária quando a ingestão dietética for insuficiente ou sempre que houver deficiências. A oferta aumentada de proteínas pode elevar a necessidade de vitamina B6, sendo estimada em média 0,016 mg de piridoxina por grama de proteína ingerida (VANNUCCHI; CUNHA; TAKEUCHI, 2018). A vitamina A exerce um efeito anti-inflamatório em feridas abertas, aumenta o número de monócitos e macrófagos no local da ferida no início da fase inflamatória e facilita a diferenciação das células epiteliais. Pacientes com desnutrição podem necessitar de uma dose mais baixa devido à deficiência da proteína de ligação ao retinol (QUAIN e KHARDORI, 2015). A vitamina C é necessária para a formação de colágeno, imunomodulação (ativação de neutrófilos e macrófagos na fase inflamatória) e funções antioxidantes, participando em todas as fases da cicatrização (QUAIN e KHARDORI, 2015; OLIVEIRA; HAACK; FORTES, 2017). Idosos com redução no consumo de frutas, verduras e legumes devem ser estimulados para modificações alimentares, podendo haver a necessidade de uma suplementação, desde que individualizada e avaliando o risco de sobrecarga renal.

A deficiência de zinco afeta todas as fases da cicatrização. Na fase inflamatória, a ingestão insuficiente de zinco reduz a imunidade e aumenta à suscetibilidade a infecções. Na fase proliferativa, há diminuição da síntese de colágeno e da resistência à tração na ferida. Na fase de remodelação, há um amortecimento da proliferação de fibroblastos, síntese de colágeno e epitelização. Juntamente com o zinco,o selênio também atua como antioxidante e modulador da replicação celular, metabolismo de ácidos nucleicos, reparo de tecidos e crescimento. A suplementação se restringe aos casos de deficiência ou ingestão inadequada (QUAIN e KHARDORI, 2015).

A prescrição de suplementos hipercalóricos e hiperprotéicos ricos em micronutrientes específicos como a arginina, prolina, zinco, vitamina C, vitamina A, cobre, selênio ou através da terapia nutricional enteral ou parenteral é uma estratégia efetiva no tratamento de lesões. Estudos mostram que o suplemento oral hiperproteico é eficaz na redução da incidência das

LPP. Esses suplementos colaboram para a melhora do balanço positivo de nitrogênio e para todos os estágios da cicatrização. Os pacientes com LPP devem receber essa suplementação duas a três vezes ao dia, entre as refeições principais ou na própria refeição principal, por no mínimo quatro semanas (EPUAP, 2019; BLANC et al., 2015, RAFFOUL et al., 2006; NASSAJI; ASKARI; GHORBANI, 2014).

Entretanto, o acesso a suplementos específicos para cicatrização pode ser limitado pela situação sócio-econômica, devendo ser prescrito um suplemento com melhor custo-benefício, considerando-se a composição de macro e micronutrientes. Suplementos em pó específicos para população idosa podem ser acessíveis e eficientes para ofertar calorias, proteínas, vitaminas A, D, cálcio, zinco e selênio em maiores quantidades. As versões sem sabor facilitam a incorporação do produto em alimentos consumidos habitualmente como: café com leite, caldos, sopas, purês, sucos, contribuindo para aumentar a densidade calórica e proteica de preparações, principalmente das pastosas e líquido-pastosas, frequentemente consumidas por idosos.

Enriquecer os alimentos com óleo vegetal em caldos e sopas; ovo cozido em preparações liquidificadas e purês; requeijão light em purês; leite em pó sem gordura em leite fluido; batata inglesa em sopas; módulo de maltodextrina em bebidas; módulo de proteina (como caseinato de cálcio e albumina) em purês, caldos e sopas, considerando sempre as comorbidades e estado de hidratação do paciente, é uma forma de aumentar a ingestão de calorias e proteínas. A nutrição do paciente deve ser centrada no aconselhamento nutricional e prescrição individualizada no domicílio, e não se deter apenas aos métodos tradicionais baseados na dietoterapia (ALVARENGA et al., 2015).

O assistente social no contexto do cuidado

O Serviço Social foi estruturado em sua origem por organizações religiosas, nasceu sob influência direta da Igreja Católica Romana. Seu surgimento está ligado diretamente ao sistema capitalista e revolução industrial, em que a burguesia chamada de classe dominante subordinava a classe do proletariado, pessoas que eram utilizadas como mão de obra.

No Brasil, o Serviço Social surgiu na década de 30, também sob influência Católica, porém, inserida na divisão sócio técnica do trabalho, enquanto trabalho especializado. Já entre a década de 50 e 60, devido ao desenvolvimento econômico do Brasil, as diversas expressões da questão social demandaram aos assistentes sociais uma ação profissional não apenas de abordagem individual, mas utilizando-se de fundamentos teórico-metodológicos que incluíam intervenções de natureza grupal e de comunidade. A partir da abordagem de comunidade o Serviço Social passa a sentir uma maior sensibilidade no que diz respeito à questão social.

Conforme Iamamoto (2008, p. 16 e 17) a expressão questão social:

Diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho – das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. [...] expressa, portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal.

O Serviço Social que antes não tinha embasamento legal na atuação de diversos âmbitos vem se mostrar mais atuante a partir do Movimento de Reconceituação. Surgem novas frentes de trabalho para o profissional e a terceira idade passa a fazer parte do enfoque do Serviço Social como um dos segmentos que necessitam de cuidados, considerando suas necessidades sociais que envolvem direito a saúde e qualidade de vida. O Assistente Social passa a desenvolver novas habilidades e competências a partir de seus saberes, levantando e compreendendo as múltiplas situações que perpassam a expressão social do idoso, apresentando novos olhares, perspectiva, assim como os mecanismos de encaminhamentos que lhes permitam a efetividade dos seus direitos humanos fundamentais.

No que se trata de pacientes idosos com lesão de pressão na atenção domiciliar, torna-se essencial uma assistência sistematizada, implementação do plano de cuidados, evolução e reavaliação da conduta de tratamentos, além de trabalho educativo permanente em equipe multidisciplinar envolvendo os pacientes, familiares e cuidadores.

Além do risco e desconforto ao paciente, essas feridas geram custos excessivos aos serviços de saúde e familiares. Diante da condição social que o idoso se encontra, nem sempre haverá recursos financeiros necessários que possam garantir uma melhor qualidade de vida, conforme orientação da equipe multidisciplinar. .

É necessário identificar a realidade exatamente como ela se apresenta, levando em consideração as condições sociais e culturais daqueles sujeitos, sem interpretações que venham ao encontro de seus conceitos morais e culturais, “capturar a realidade dentro de seu quadro social e cultural específico exige do profissional a visão de seus elementos difíceis, intrigantes e conflitantes, por mais estranhos que eles possam parecer a nossa razão” (AMARO, 2003, p.31).

Essa linha de cuidado se inicia na captação, no acolhimento e monitoramento do idoso, e para colocar em prática todas as ações necessárias para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, é preciso focar no cuidado desse idoso levando em conta também suas particularidades.

Segundo o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei 10.741/2003, cap 1 art 9º é dever do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção a vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. Diante do exposto, em casos específicos que necessitem da ação do Estado devemos acionar a rede de apoio como Promotoria do Idoso e Ministério Público, onde atuam para garantir o interesse dos idosos de forma coletiva, buscando assim a persecução de princípios e direitos fundamentais à vida humana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível refletir e mostrar por meio da prática assistencial a importância de uma equipe multidisciplinar dentro do domicílio na prevenção e no tratamento de lesões por pressão, assim como na diminuição de danos quando a lesão já se encontra instalada. Os profissionais irão sempre ser um apoio aos familiares e cuidadores que estão à frente dos cuidados, realizando seu papel de educador em saúde.

Dentre as atribuições de uma equipe, o enfermeiro é responsável pela avaliação das lesões e condutas com coberturas, como nas orientações para se prevenir o surgimento delas, além de ter um papel importante no monitoramento das ações; cabe ao nutricionista realizar o plano nutricional, analisando a necessidade de nutrientes de cada idoso e reavaliando periodicamente. Ao assistente social compete analisar as condições socioeconômicas e o ambiente familiar, buscando meios de garantir que o idoso tenha os cuidados adequados ao seu tratamento. Faz-se necessário que a equipe sempre discuta cada paciente em sua individualidade, pois essa abordagem contribui para que se tenha um olhar integral e mais atento para prevenção e tratamento de lesão por pressão.

AGRADECIMENTOS

Gratidão é um sentimento que se faz presente em toda rotina de trabalho. Participar desta obra tão instigante, a qual retrata o dia-a-dia do cuidado, traz alegria e sensação de dever cumprido. Enfermeiras, nutricionistas e assistente social unidas, com o propósito de melhorar a vida do paciente no tocante a prevenir e tratar lesão por pressão.

Nosso agradecimento ao Deus criador das nossas vidas, a toda equipe do programa de atenção domiciliar do Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco, aos familiares e cuidadores dos pacientes que abrem as portas das suas vidas para a equipe. Agradecemos a todos, unidos nessa grande batalha do cuidado!

REFERÊNCIAS

1. ALHAUG, J.; GAY, C.L.; HENRIKSEN, C.; LERDAL, A. Pressure ulcer is associated with malnutrition as assessed by nutrition risk screening (NRS 2002) in a mixed hospital population. **Food. Nutr. Res**. v.61, n. 1. 2017.

2. ALMEIDA F.; COSTA, M.M.S.; RIBEIRO, E. E. S.; SANTOS, D. C. O.; SILVA, N. D. A.; SILVA, R. E.; SARAIVA, K. P.; PEREIRA, P. C. B. Assistência de enfermagem na prevenção da lesão por pressão: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 30, p. e1440. 2019.

3. ALVARENGA, M.; ANTONACCIO, C.; TIMERMAN, F.; FIGUEIREDO, M. Nutrição Comportamental. Barueri, São Paulo: Manole, 2015

4. AMARO, S. Visita domiciliar: Guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE. 2003.

5. ANDRADE, A.M.; SILVA, K.L.; SEIXAS, C.T.; BRAGA, P.P. Práticas de Enfermagem em home care: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.70, n.1. 2017, p:199-208, 2017.

6. AZEVEDO, V.S. Tratamento de úlceras de pressão com laser de baixa intensidade. **Fisioter Bras**. v.10, n.2, p. 135-38. 2009.

7. BALDUINO, P.M.; PALIS, F.P.; PARANAÍBA, V.F.; ALMEIDA, H.O; TRINDADE, E.M.V. A perspectiva do paciente no roteiro de anamnese: o Olhar do estudante. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 3, p. 335-342, 2012.

8. BARON, M. V. Estratégia de intervenção educativa sobre úlcera por pressão: estudo com equipes de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo de hospitais dos Vales do Rio Pardo e Jacuí/RS [dissertação]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul; 2015.

9. BLANC, G.; MEIER, M.J.; STOCCO, J.G.D.; ROEHRS, H. CROZETA, K.; BARBOSA, D.A. Efetividade da terapia nutricional enteral no processo de cicatrização das úlceras por pressão: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm, São Paulo, v.49, n.1, p.: 152-61, 2015.**

10. BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, 2003.

11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Caderno de atenção domiciliar. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Caderno de atenção domiciliar. v. 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

13. CAMPOS, M.T.F.S.; MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R.C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr**. v.13, n.3, p. 157-165, 2000.

14. CARRITI, M.; ALVES, R.; LOUREIRO, L.A.; PEDREIRA, P.; TURNO, J.; RIBEIRO, G. Linha de cuidado adulto e idoso. In Garcia, R.A (Coord). Manual De Assistência De Enfermagem. Campinas, 2014, p. 8-26.

15. CHUMLEA, W.C; ROCHE, A.F; STEINBAUGH, M.L. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. **J Am Geriatr Soc**. v 33. p 116-120. 1985.

16. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Regulamento a atuação da equipe de enfermagem no cuidado aos pacientes com feridas. Resolução COFEN nº 0567 de 29 de janeiro de 2018. Brasília, 2018.

17. DALAPICOLA, M.M. A importância do suporte nutricional em pacientes portadores de úlcera de pressão. **Cad. Saúde Desenv**. v.2, n.2, p:76-89. 2013.

18. DEMLING, R.H. Nutrition, Anabolism, and the Wound Healing Process: An Overview. Eplasty, v.9, 2009

19. DONOSO, M. T. V.; BORGES, E. L.; FERREIRA, V. M. F. Revisão integrativa do uso dos ácidos graxos essenciais no tratamento de lesão cutânea. **R. Enferm. Cent. O. Min.** , v. 1, n. 1, p. 121-130, 2011.

20. EDSBERG, L. E; BLACK, J.M.; GOLDBERG, M.; MCNICHOL, L.; MOORE, L.; SIEGGREEN, M. Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system. **J. Wound Ostomy Continence Nurs.**, v. 43, n. 6, p. 585-597, 2016.

21. EUROPEAN PRESSURE ULCER ADIVISORY PANEL, NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. Prevention and treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

22. GALASSI, C.V.; RAMOS, D.F.H.; KINJO, J.Y.; SOUTO, B.G.A. Atenção domiciliar na atenção primária à saúde: uma síntese operacional. **ABCS Health Sci**, v.39, n.3, p:177-185, 2014.

23. GAMEIRO, L. Cuidados com a pele da pessoa idosa. Cartilha da Sociedade Brasileira de Dermatologia. São Paulo, p. 3-18, março, 2019.

24. GELSDORF, L. Coberturas utilizadas para o tratamento de lesões por pressão: intervenção educativa com profissionais de enfermagem [monografia]. Santa Cruz do Sul: Universidade de Santa Cruz do Sul, 2018.

25. GEOVANINI, T. Tratado de feridas e curativos: enfoque multiprofissional. São Paulo: Rideel, p.196-201, 2014.

26. GONÇALVES, L.H.T.; VAHL, E.A.C.; BORGES I.C. O idoso contador de histórias – a autopromoção de um envelhecimento criativamente bem sucedido. **Texto & Contexto Enferm,** v.10, n.2, p. 94-115. 2001.

27. GORECKI, C.; BROWN, J.M.; NELSON, E.A., BRIGGS, M.; SCHOONHOVEN, L.; DEALEY, C. et al. European Quality of Life Pressure Ulcer Project Group. Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: a systematic review. **J. Am. Geriatr. Soc.** v.57, n.7, p.1175-83. 2009.

28. IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no capitalismo. In: Temporalis/ABEPSS. Ano 2, n.3. Brasília: ABEPSS, Grafline. 2008

29. LEE, R.D.; NIEMAN, D.C. Nutritional assessment. 2ª ed. St Louis: Mosby; 1995.

30. LÓPEZ, M.; JIMÉNEZ, J.M.; FERNÁNDEZ, M.; MARTÍN, B.; CAO, M.J.; CASTRO, M.J. Relationship between pressure ulcers risk based on Norton Scale and the Eating/Drinking" need assessment. **J. Nurs. Manag**., v.27, n.1, p.117-124, 2019.

31. MATOS, L.B.N; PIOVACARI, S.M.F; FERRER, R, et al. Campanha Diga Não à Lesão por Pressão. BRASPEN J, v.35, supl. 1, 2020.

32. MORO, J.V.; CALIRI, M. H.L. Úlcera por pressão após a alta hospitalar e o cuidado em domicílio. **Esc Anna Nery**, v.20, n.3, 2016.

33. NASSAJI, M.; ASKARI, Z.; GHORBANI, R. Cigarette smoking and risk of pressure ulcer in adult intensive care unit patients. **Int. J. Nurs. Pract**. v.20, n.4, p.:418-23, 2014

34. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL. NPUAP pressure injury stages. Washington, DC: NPUAP, 2016. Disponível em: Acesso em: 07 maio 2021.

35. OLIVEIRA; K.D.L.; HAACK, A.; FORTES, R.C. Terapia nutricional na lesão por pressão: revisão sistemática. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, v. 20, n.4. p.: 562-70. 2017.

36. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde World Health Organization. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2005.

37. PARAIZO, V. Protocolo de prevenção de lesão por pressão. América Serviços Médicos. São Paulo. Versão. 2. p.1-15. Junho, 2018.

38. PEIXOTO, L.G.; BARBOSA, C.D.; NAHAS, P.C.; ROSSATO, L.T.; OLIVEIRA, E.P. A circunferência da panturrilha está associada com a massa muscular de indivíduos hospitalizados. **Rev Bras Nutr Clin**., v. 31, n.2, p. 167-171, 2016.

39. QUAIN, A.M.; KHARDORI, N.M. Nutrition in wound care management: a comprehensive overview. **Wounds**. v.27, n.12, p.: 327-35. 2015.

40. SAGHALEINI, S.H.; DEHGHAN, K.; SHADVAR, K.; SANAIE, S.; MAHMOODPOOR, A.; OSTADI, Z. Pressure Ulcer and Nutrition. **Indian J Crit Care Med.** v. 22, n. 4, p:283-289. 2018.

41. SANDERS, L.S.C.; PINTO, F.J.M. Ocorrência de úlcera por pressão em pacientes internados em um hospital público de Fortaleza- CE. **Rev. Min. Enferm.,** v.16, n. 2. 2012.

42. SANTANA, W. S.; LUZ, M. H. B. A.; BEZERRA, S. M. G.; SÁ, M. S.; FIGUEIREDO, M. do L. F. Artigo Original 1 - Prevalência de Úlcera por Pressão em Idosos com Imobilidade Prolongada em Domicílio. **Estima – Brazilian Journal of Enterostomal Therapy**, *[S. l.]*, v. 12, n. 4, 2016.

43. SANTOS, W.P.; FREITAS, F.B.D.; FERNANDES, B.N.; SANTOS, V.K.S.; ALBUQUERQUE, A.M.; GOUVEIA, B.L.A. et al. Prevenção de lesão por pressão em idosos com imobilidade no domicílio. **Braz. J. of Develop**., Curitiba, v. 6, n. 10, p.83237-83250, oct. 2020.

44. SCHALKA, S.; STEINER, D.; RAVELLI, F.N.; STEINER, T.; TERENA, A.C.; MARÇON, C.R. et al. Consenso Brasileiro de Fotoproteção. **An Bras Dermatol**. v. 89, 6 Supl. 1, p. 1-74, 2014.

45. SOUSA, R.G.; OLIVEIRA, T.L.; LIMA, L.R.; STIVAL, M.M. Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: revisão integrativa da literatura. **Univ Ci Saúde,** v.14, n.1: 77-84. 2016.

46. RAFFOUL, W.; FAR, M.S.; CAYEUX, M.C.; BERGER, M.M. Nutritional status and food intake in nine patients with chronic low-limb ulcers and pressure ulcers: importance of oral supplements. **Nutrition.** v. 22, n.1. p.:82-8, 2006.

47. RODRIGUES, T.S.; ALMEIDA, C.A.P.L.; GOIANO, P.D.O.L.; NEPOMUCENO, V.M.S.; SOUSA, C.C.M.; CARVALHO, M.L. Eficácia do curativo hidrocolóide em relação ao filme transparente na prevenção de lesões por pressão. **Enferm. Foco**, v.9, n.1, 2018.

48. VANNUCCHI, H.; CUNHA, S.F.C.; TAKEUCHI, P.L. Vitaminas do complexo B. São Paulo: ILSI, Brasil. 2018.

03

Atualidades e evidências sobre o HMB em idosos sarcopênicos

Amanda Alves Leal da Cruz
CESMAC

Isadora Félix Barbosa
CESMAC

Thuane Teixeira Lima
CESMAC

Waleska Holanda Leite
CESMAC

Paula Domingues Lima Kotovicz

10.37885/210404291

RESUMO

Introdução: sarcopenia é a redução de massa muscular esquelética, associada à redução da força muscular ou desempenho físico. É considerado um fator de risco para quedas, perda da independência e hospitalização. Logo, está agregada ao aumento dos custos com saúde. Objetivo: investigar a eficácia da suplementação com Beta-Hidroximetilbutirato (HMB) em idosos sarcopênicos, mediante evidências científicas mais recentes. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura do tipo integrativa na qual se utilizou os termos "Hidroximetilbutirato", "HMB", "sarcopenia" e "idoso", nas bases de dados LILACS, SciELO, e PubMed/MEDLINE. **Discussão e Resultados:** A sarcopenia possui como etiologia primária o próprio envelhecimento e como etiologia secundária hábitos de vida, alterações na alimentação e consumo de álcool e tabaco pioram o quadro. Para avaliação do estado nutricional utilizam-se parâmetros como história clínica, história alimentar, exames laboratoriais, medidas antropométricas e exames bioquímicos, para que se possa, efetivamente, estabelecer um diagnóstico. Foi visto na literatura que o HMB tem um efeito positivo na massa muscular em adultos mais velhos ou idosos, o que pode indicar que as respostas à suplementação de HMB varia entre diferentes populações. Sua suplementação ainda pode ser útil para a preservação da massa muscular em indivíduos acamados, porém é necessário avaliação individual. **Considerações Finais** As produções científicas ressaltando a relevância de se entender a sarcopenia ainda carecem de mais estudos, visto que boas partes dos profissionais ainda não se atentam para a importância bioquímica de tal problemática.

Palavras-chave: Hidroximetilbutirato, HMB, Sarcopenia, Idoso.

INTRODUÇÃO

A Sarcopenia, síndrome que acomete principalmente a população idosa, é caracterizada pela perda progressiva e generalizada de massa musculoesquelética, acompanhada pela perda da força muscular e/ou do desempenho físico. Pode resultar em riscos, como incapacidade física, perda da autonomia e da qualidade de vida e, por fim, a morte[1].

A perda de massa muscular, da força e da qualidade do músculo esquelético tem grande impacto na saúde da população, devido ao aumento do risco de perda da independência funcional. Além disso, as limitações da mobilidade para a realização de tarefas do cotidiano afetam negativamente a qualidade de vida e o humor dos idosos, comprometendo ainda mais a participação em sociedade e o bem-estar dessa população[1].

O objetivo geral desta pesquisa é investigar a eficácia da suplementação com Beta-Hidroximetilbutirato (HMB) em idosos sarcopênicos, mediante evidências científicas mais recentes.

METODOLOGIA

Este trabalho é uma Revisão Integrativa de Literatura que tem como palavras-chave: “Hidroximetilbutirato”, “HMB”, “sarcopenia” e “idoso”. Foram associadas ao operador booleano “AND” nas bases de dados Lilacs e PubMed. Ainda como critérios de inclusão, selecionou-se artigos com idioma em inglês e português com a datação dos últimos 10 anos. Foram excluídos artigos que não tinham idosos como faixa etária principal.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

O Hidroximetilbutirato (HMB) é um metabólito do aminoácido essencial leucina. Alguns estudos sugerem que o HBM pode proteger e reestruturar o músculo nos indivíduos com maior risco de lesão muscular e/ou que apresentem grande perda de massa magra. Esse metabólito tem o potencial de estabilizar a membrana da célula muscular, modular a degradação de proteínas e estimular a síntese proteica. A dose diária eficaz seria de 3 g de HMB[2].

O HMB pode ser encontrado em alimentos como peixe bagre, leite materno, alfafa, toranja ou como suplemento nutricional. No entanto, para alcançar a dosagem de 3g por dia, seria necessário o consumo de 60g de leucina, presente em ovos e carne, que contém entre 7% e 10% desse aminoácido. Portanto, para atingir tal recomendação, seria necessário o consumo de 600g de proteína diariamente, quantidade inviável e que pode trazer desconfortos[2].

Seu mecanismo de ação pode ser atribuído à capacidade de preservar e manter a proteína nas células, elevando os níveis de coenzima Q10 e melhorando a capacidade oxidativa, sendo associado ao aumento da força e da massa muscular sob treinamento de resistência[3].

O HMB ativa a via mTOR, responsável pela síntese proteica. Por esse motivo, ele pode influenciar na força muscular e no ganho de massa magra, atuando como um agente que evita o catabolismo e estabiliza o sarcolema, pois tanto ativa a ubiquitina proteossoma, quanto inibe o HMG CoA redutase[2].

Em um estudo realizado em indivíduos maiores de 65 anos, durante o período de 12 semanas, a suplementação com 2 g por dia de cálcio HMB resultou numa melhora significativa da massa e da força muscular, medida pela força extensora da perna e força do punho, e da função física[4].

Outro experimento foi realizado no período de 24 semanas dividido em duas fases. A primeira fase consistiu em dois grupos sem exercício físico, e os assuntos da segunda fase foram tratados com uma combinação de HMB ou placebo e resistência exercício. Após 24 semanas da fase I, HMB melhorou significativamente a força muscular. Da mesma forma, na fase II, HMB combinado com o exercício de resistência melhorou significativamente a força e muscular e desempenho físico para ambos os grupos[5].

O HMB pode atenuar a degradação proteica no treinamento de resistência e induzir o anabolismo celular agudo. Ele, juntamente com a leucina, aumenta a sinalização anabólica em geral. Num estudo randomizado controlado, realizado com 24 adultos mais velhos confinados ao descanso completo em cama por 10 dias, seguidos de tratamento de resistência por 8 semanas, a suplementação com HMB preservou a massa muscular durante os dias de repouso no leito[6,7].

Em outro estudo, os participantes foram distribuídos aleatoriamente para um dos dois grupos experimentais: grupo placebo e grupo de tratamento. O investigador principal e o coordenador de pesquisa mantiveram a sequência de alocação confidencial e atribuíram as mulheres a qualquer grupo. Os participantes do grupo de tratamento receberam 8 semanas de suplementação com uma bebida de 220 ml contendo 1,5 g de HMB de cálcio, enquanto o grupo controle não recebeu tratamento ou placebo. O suplemento deveria ser tomado pela manhã durante o café da manhã[8].

No desfecho primário, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos tratados e de controle no escore da bateria de desempenho (SPPB) total. Pode haver vários motivos para explicar essas descobertas. Em primeiro lugar, pode ser que o seguimento não foi suficientemente longo para detectar qualquer melhora no escore SPPB, que é uma medida mais complexa do que aqueles que avaliam a força muscular[8].

Um suplemento nutricional contendo 1,5 g de HMB de cálcio, durante 8 semanas numa amostra de mulheres idosas saudáveis, atendendo a um programa de aptidão leve duas vezes por semana, não teve efeitos significativos em seus escores SPPB totais ou de um único item, mas melhorou significativamente a força muscular e os parâmetros de desempenho físico. Esses achados sugeriram um papel para a suplementação de HMB, em doses menores do que as consideradas anteriormente ótimas, para pessoas idosas adequadas, com o objetivo de prevenir ou atrasar o declínio relacionado à idade em alguns parâmetros de desempenho físico[8].

Existem estudos conflitantes que analisaram os efeitos do HMB no músculo em muitos diferentes tipos de estudos e populações. Porém, a maioria dos achados sugere que o HMB tem um efeito positivo na massa muscular em adultos mais velhos ou idosos, o que pode indicar que as respostas à suplementação de HMB varia entre diferentes populações. Sua suplementação ainda pode ser útil para a preservação da massa muscular em indivíduos acamados[9].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que o HMB pode prevenir o desenvolvimento de sarcopenia em indivíduos idosos e que a ação ótima de HMB no crescimento e força muscular ocorre quando é combinada com o exercício. Vários estudos sugerem que a suplementação de HMB é ineficaz em indivíduos sedentários. Esta revisão aponta a necessidade de estudos que controlem o consumo dietético, que inclui o valor energético total, conteúdo proteico e carboidrato; o nível de atividade física e diferentes desfechos.

Até o presente momento, a suplementação de HMB não evidenciou efeitos adversos sobre a saúde humana, no entanto, percebe-se uma carência de estudos que envolvam sua suplementação em idosos sarcopênicos. Os resultados disponíveis são conflitantes, evidenciando a necessidade de estudos controlados e de longa duração que verifiquem seu papel em massa e força muscular em idosos.

REFERÊNCIAS

1. Borba, V., Scharf, M., Moura, F in: Suplementação alimentar na prática clínica / Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
2. Oliveira et al. A suplementação de β-hidroxi-β-metilbutirato em idosos com obesidade sarcopênica. Rev Bras Nutr Clin; 2015; v. 30; p. 252-255.
3. Holecek, M. Beta-hydroxy-beta-methylbutyrate supplementation and skeletal muscle in healthy and muscle-wasting conditions. J Cachexia Sarcopenia Muscle, v.8, n.4, p.529–54, 2017.

4. Flakoll et al. Effect of beta-hydroxy-beta-methylbutyrate, arginine, and lysine supplementation on strength, functionality, body composition, and protein metabolism in elderly women. Nutrition; 2014.

5. Stout et al. Effect of calcium β-hydroxy-β-methylbutyrate (CaHMB) with and without resistance training in men and women 65+yrs: a randomized, double-blind pilot trial. Exp Gerontol;2013; v.48; p.1303–10.

6. Wilkinson et al. Effects of leucine and its metabolite beta-hydroxy-beta-methylbutyrate on human skeletal muscle protein metabolism. J Physiol, Londres, 2013; p. 2911–2923

7. Deutz et al. Effect of β-hydroxy-β-methylbutyrate (HMB) on lean body mass during 10 days of bed rest in older adults. Clin. Nutr; 2013; v.32; p.704-12.

8. Berton et al. Effect of Oral Beta-Hydroxy-Beta-Methylbutyrate (HMB) Supplementation on Physical Performance in Healthy Old Women Over 65 Years: An Open Label Randomized Controlled Trial. PLoS One; 2015; v.10.

9. Wu et al. Effect of beta-hydroxy-beta-methylbutyrate supplementation On muscle loss in older adults: A systematic review and meta-analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics; 2015; p.168–175.

04

Atuação dos profissionais de enfermagem em situações de violência familiar contra o idoso: uma revisão narrativa

Taynara Jakeline da Silva Suarte

Tatiana Peres Santana Porto Wanderley

Márcia Pessoa de Sousa Noronha

Simone Sampaio da Costa
CEULP/ULBRA

Reobbe Aguiar Pereira

José Lauro Martins
UFT

10.37885/210404415

RESUMO

A violência familiar é aquela praticada por familiares do idoso, seus filhos, netos, bisnetos, cônjuges ou companheiros, dentre outras pessoas que possuem ligação familiar, sendo considerada como a mais preocupante e difícil de ser controlada. Nesse sentido este estudo teve como objetivos: identificar como tem ocorrido a atuação dos profissionais de enfermagem na identificação e abordagem de pessoas idosas vítimas de violência familiar; elencar as dificuldades citadas pelos profissionais de enfermagem em detectar esses agravos; descrever as estratégias recomendadas para um acolhimento adequado com foco na identificação das vítimas e elucidar quais são os principais agressores, de acordo com o grau de parentesco ou relacionamento. Trata-se de uma revisão bibliográfica, narrativa, cuja amostra foi fixada em 20 artigos que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão. A pesquisa evidenciou que a ocorrência dos maus tratos implica negativamente em diversos fatores na saúde, observou-se que para os profissionais há grandes dificuldades em relação ao diagnóstico. As barreiras mais citadas foram a falta de capacitação e a escassez do tema nas faculdades. Os principais agressores são os filhos e cônjuges. E para que isso seja minimizado é necessária a adoção de estratégias como utilização de mecanismos de incentivo às denúncias, dinâmicas em grupo e a realização de uma escuta atenta na consulta de enfermagem. Ao finalizar concluímos que o enfermeiro necessita de um maior entendimento do processo de agressão para realizar o atendimento ao idoso, com a finalidade de melhorar o acolhimento e incentivar as vítimas para realização de denúncias.

Palavras-chave: Maus-Tratos ao Idoso, Enfermagem Geriátrica, Violência Doméstica.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o idoso como aquele indivíduo com 60 anos de idade ou mais, limite este válido apenas para os países em desenvolvimento, como o Brasil, pois nos países desenvolvidos admite-se um ponto de corte de 65 anos de idade. Definir envelhecimento é muito complexo, levando-se em conta que biologicamente trata-se de processo que ocorre durante toda a vida. Envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam e é, sem dúvida, a maior fase de desenvolvimento humano (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

Além dos fenômenos inerentes ao processo de envelhecimento, com as modificações fisiológicas e patologias consideradas típicas da terceira idade, a pessoa idosa também está susceptível ao fenômeno da violência. Trata-se de um problema com consequências devastadoras para os idosos, pois acarreta baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, traumas, bem como o aumento da morbidade e mortalidade. A violência contra o idoso é um ato único e repetido ou omissão que lhe causa dano ou aflição e resulta na maioria das vezes, em sofrimento, lesão, dor, falha ou perda dos direitos humanos (MASCARENHAS *et al.*, 2010).

Diante do exposto a relevância da pesquisa justifica –se por abordar um problema que afeta a população em grande escala e, consequentemente, recai sobre os profissionais de saúde a tarefa complexa de intervir junto aos usuários, além de acolher, necessitam detectar a violência e acompanhar o caso, o que na maioria das vezes acaba sendo difícil por vários fatores envolvendo a família, o agressor e a vítima**.**

Nesse sentido este estudo teve como objetivos: identificar como tem ocorrido a atuação dos profissionais de enfermagem na identificação e abordagem de pessoas idosas vítimas de violência familiar; elencar as dificuldades citadas pelos profissionais de enfermagem em detectar esses agravos; descrever as estratégias recomendadas para um acolhimento adequado com foco na identificação das vítimas e elucidar quais são os principais agressores, de acordo com o grau de parentesco ou relacionamento.

DESENVOLVIMENTO

Envelhecimento

O envelhecimento é um fenômeno complexo que está exigindo, cada vez mais, estudos multidisciplinares para seu melhor entendimento e compreensão. Dessa forma, surgiu pela Organização Mundial de Saúde conceito de envelhecimento ativo definido como “o 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" (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015, p. 2222).

O processo de envelhecer pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas. Dessa forma, essas transformações na fisiologia humana determinam a progressiva perda da capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que podem levar o indivíduo à morte **(**FERREIRA *et al.,* 2012).

A violência contra os idosos é uma importante demanda que tem acompanhado o crescimento dessa população, acarretando adoecimento físico (doenças psicossomáticas, diminuição gradual de suas defesas físicas, alterações do sono e apetite, desidratação, desnutrição, entre outros) e adoecimento psicológico (depressão, desordem pós-traumática, agitação, fadiga, perda de identidade, tentativas de suicídio), quando não culminando com a morte (SILVA; DIAS, 2016).

Atuação da enfermagem no cuidado ao idoso

O profissional de enfermagem no que diz respeito a saúde da população idosa, possui várias atribuições, dentre as quais está a realização da consulta de enfermagem, processo metodológico de sistematização de conhecimento configurado em método aplicado na perspectiva educativa e assistencial, capaz de dar respostas à complexidade do sujeito assistido. A realização da consulta de enfermagem tem seu aporte legal amparado na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7.498/86, que a legitima como sendo uma atividade privativa do enfermeiro (SILVA; VICENTE; SANTOS, 2014).

A Resolução COFEN 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado de enfermagem, sendo denominada na atenção primária, de consulta de enfermagem. Nessa lógica, o enfermeiro tem na atenção primária à saúde um amplo espaço de desenvolvimento para sua atuação profissional, seja por meio da consulta de enfermagem, no consultório ou no domicílio, como por meio de atividades de educação em saúde, que podem ser realizadas em nível individual ou coletivo (MUSSE; RIOS, 2015).

Os estudos evidenciam que o cuidado de enfermagem para a população idosa requer o desenvolvimento de habilidades, bem como de competências técnicas e cientificas, um direcionamento específico pautado numa prática baseada em evidências para uma assistência de qualidade para essa clientela. Para tanto, o profissional deve compreender as questões do processo de envelhecimento, facilitar o acesso do idoso aos diversos níveis de atenção, estar qualificado e estabelecer uma relação respeitosa com ele. Assim, é possível

estabelecer um modelo de assistência que permeia as mudanças próprias do envelhecimento associadas à sua experiência de vida e, com isso, propor ações criativas que considerem seu contexto de saúde/doença (DIAS *et al*., 2014).

Violência Contra Idoso

A violência contra os idosos é um fator preocupante na sociedade contemporânea, pois identifica-se que tem acompanhado o crescimento dessa população, ocasionando adoecimento físico (doenças psicossomáticas, diminuição gradual de suas defesas físicas, alterações do sono e apetite, desidratação, desnutrição, entre outros) e adoecimento psicológico (depressão, desordem pós-traumática, agitação, fadiga, perda de identidade, tentativas de suicídio), quando não culminando com a morte (SILVA; DIAS, 2014).

É uma manifestação independente do nível socioeconômico e se justifica pela concepção socialmente aceita de que o idoso é considerado como algo descartável ou um peso social. Trata-se de um segmento da população pelo qual se nutre um desejo social de morte, que se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, maus-tratos e negligências nas esferas político-institucionais e, marcadamente, no âmbito do domicílio (MASCARENHAS et al., 2010).

Trata-se de um problema universal que acontece em diferentes culturas, independentemente de status socioeconômico, etnia e religião. As questões culturais também podem contribuir para que haja violência, em especial no ambiente doméstico no qual o idoso, não raro, é desvalorizado, visto como uma pessoa inútil e relegado à marginalização (SILVA; DIAS, 2016).

De acordo com Paraíba; Silva (2015), as violências e os maus-tratos contra as pessoas idosas se referem aos abusos: Físicos, psicológicos, sexuais, financeiros, negligências e autonegligências.

Para Oliveira *et al.* (2012) violência familiar é aquela praticada por familiares do idoso, seus filhos, netos, bisnetos, cônjuges ou companheiros, dentre outras pessoas que possuem ligação familiar com ele. Sendo considerada como a modalidade mais preocupante, já que as ocorrências de maus-tratos contra os idosos, na grande maioria, são relacionadas aos familiares e às pessoas próximas, sendo, portanto, a mais difícil de ser controlada, pois se relaciona aos vínculos afetivos e de convivência diária. É uma violência calada, sofrida em silêncio. A violência familiar contra o idoso é concreta, persistente, atinge todas as classes sócias.

Percebe-se que é fundamental dar visibilidade aos atos de violência contra os idosos para que ela seja reconhecida nos atos cotidianos e punidas pelas leis vigentes no país, bem

como, preparar os profissionais de saúde e a sociedade para saber intervir diante desses casos de violência presentes na sociedade (OLIVEIRA; PIRES; MANUEL, 2012).

Estratégias desenvolvidas para acolhimento do idoso vítima de violência familiar

A Secretaria Especial dos Direitos Humanos da presidência da república, preocupada com as frequentes denúncias de violações dos direitos humanos, maus tratos, negligência e outas formas de violência contra a pessoa idosa coordenou em parceria com organizações governamentais e não-governamentais a elaboração de um plano de Ação para o enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa. O principal objetivo do Plano é promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto do Idoso e do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, que tratem do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra esse grupo (OLIVEIRA *et al.,* 2018).

Nessa perspectiva, torna-se importante realizar atividades educativas para a enfermagem como cursos e palestras direcionadas para o preparo e acolhimento ao idoso vitimizado por agressões impostas por familiares ou pessoas desconhecidas. Quando o idoso procura o serviço de saúde em caso de agressão, é de extrema importância que os profissionais de saúde, incluindo a enfermagem, saibam identificar o ocorrido na tentativa de buscar soluções para o problema de maus-tratos e negligência. Merecem atenção especial os serviços de emergência e os postos de saúde, por se constituírem nas principais portas de entrada de vítimas de maus-tratos (CAMACHO; ALVES, 2015).

O acolhimento do idoso no seu processo de isolamento, fazendo visitas domiciliares através da equipe interdisciplinar é outra tônica a ser levada em consideração. A fragilidade do idoso precisa ser trabalhada, através do amor, respeito que o profissional de saúde, principalmente o (a) enfermeiro (a) precisa demonstrar, afetividade, para atender o idoso maltratado e fragilizado no seu mundo, utilizando nesse momento sua intuição profissional, para conquistar e agilizar os trâmites legais que evitarão qualquer possibilidade de agressão futura dos familiares, a interação é importante entre família/idoso/enfermagem no processo de descoberta dos problemas de maus tratos (ARAÚJO; CRUZ; ROCHA, 2012).

É essencial o acompanhamento dos casos notificados e o apoio da equipe multiprofissional de saúde que atua nas ESF e no *Núcleo de Apoio à Saúde da Família* (NASF) aos idosos violentados e também a seus familiares. Em vista disso, é primordial a capacitação dos profissionais para a identificação da violência nos sinais e comportamentos explícitos pelo idoso (GONÇALVES *et al.,* 2014).

Um processo de intervenção familiar é fundamental, com envolvimento de todos os membros, trabalhando os padrões de interação e de resolução de conflitos entre os familiares, que muitas vezes estão pautados na violência. A intervenção familiar é necessária

para que seja possível romper o ciclo da violência, no qual uma geração passa um modelo de comportamento violento para a geração seguinte. Para organizar e gerenciar programas com o objetivo de prevenir maus-tratos contra idosos um dos principais obstáculos são os poucos recursos disponíveis (PINTO; BARHAM; ALBUQUERQUE, 2013).

Assistência de enfermagem ao idoso vítima de violência familiar

O atendimento adequado ao idoso vítima de violência, requer uma preparação dos diferentes profissionais, incluindo da área social e direito, para uma identificação, prevenção e intervenção nos casos de maus-tratos e negligência à uma pessoa idosa. A equipe de enfermagem, em especial, o enfermeiro deve durante a anamnese do paciente, proporcionar a segurança e liberdade que permita ao idoso relatar o ocorrido e identificar o agressor, notificando então a violência e contribuindo para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas para sua redução (MUSSE; RIOS, 2015).

É fundamental o diagnóstico da violência intrafamiliar contra o idoso, pois possibilita à equipe de saúde intervir com maior assertividade. Como parte das suas atribuições as equipes da ESF devem orientar a participação comunitária e o controle social para o alcance dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo condições e estimulando a participação dos usuários nos processos educativos, assim como no planejamento e na avaliação da assistência ao idoso.

Os integrantes da equipe da ESF têm a responsabilidade ética e legal de identificar e relatar a suspeita de maus-tratos às autoridades competentes, o que auxilia na investigação e na ação dos serviços de proteção ao idoso. Neste sentido, a constatação da violência intrafamiliar pode auxiliar na minimização dos danos gerados em cada família e impedir a continuidade desse ciclo (SHIMBO; LABRONICI; MANTOVANI, 2011).

Oliveira *et al.*, (2018), nesse contexto, concluem que é necessário tomar as medidas apropriadas para o atendimento adequado dos idosos vítimas de violência, contribuindo para a melhoria da qualidade da saúde desse público e diminuindo os índices estatísticos desse agravo no país. Os profissionais de enfermagem devem estar aptos a desenvolver estratégias que permitam atender/acolher os idosos da melhor forma, ressaltando que as mesmas, devem ser construídas coletivamente, principalmente na Atenção Primária, para que os serviços possam atuar com ações efetivas de promoção a saúde dos idosos, minimizando o impacto negativo dos maus tratos a essa população.

METODOLOGIA

A pesquisa foi de revisão bibliográfica, natureza narrativa, segundo Conforto; Amaral; Silva (2011), a revisão bibliográfica narrativa, consiste em expor, de forma resumida, as ideais e colocações de outros autores a cerca de um dado tema, deste modo, realizar reflexões críticas dos resultados encontrados.

Para o levantamento do material foi realizado uma pesquisa nas seguintes base de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Scielo (Scientific Eletronic Libraly online); Portal BDENF (Bases de Dados em Enfermagem); REDALYC (Rede de Revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal) PORTAL CAPES (Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), entre os meses de Janeiro a Junho de 2019. Os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) foram: Maus-Tratos ao Idoso, Enfermagem Geriátrica, Violência Doméstica.

A população foi composta por 98.208 artigos científicos encontrados na base de dados, sendo: 96.941 no REDALYC, 1.255 no portal CAPES, 2 no SCIELO, e, 10 no BDENF. A amostra foi fixada em 20 artigos, sendo que 11 foram achados no REDALYC, 7 no Portal CAPES e 2 na Base SCIELO.

Quanto aos critérios de inclusão foram considerados os seguintes aspectos: Artigo de procedência nacional; publicado do período de 2009 até 2019, idioma em português. Foram excluídos os materiais bibliográficos que: Não disponibilizaram o artigo e ou material na íntegra e os artigos repetidos que já haviam sido citados em outra base de dados.

Para examinar os materiais literários pesquisados foi realizada uma leitura criteriosa dos textos, e em seguida, feito análise do conteúdo de cada um deles de forma que permitiu identificar como ocorre a atuação dos profissionais de enfermagem em situações de violência familiar contra o idoso. Em seguida, os dados foram inseridos em banco eletrônico, utilizando-se planilhas do Microsoft Excel e, posteriormente, realizou-se a análise estatística dos dados utilizando-se a distribuição absoluta e relativa e o conteúdo e agrupadas em categorias afins sendo analisados a luz da literatura pertinente e serão apresentados a seguir de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A violência contra o idoso pode ser considerada uma epidemia, cujo aumento e efeitos para a saúde física e mental tem se tornado um problema de saúde publica em decorrência da elevada disseminação e da severidade de suas consequências, que incluem traumas físicos, morais e psicoemocionais. Esses danos podem ocasionar incapacidade, dependência e ate mesmo morte. Apesar de ser um problema de importância social em todas as sociedades,

muitas vezes é de difícil investigação, pois o idoso tem “medo” de denunciar a própria família, justamente a principal agressora (OLIVEIRA *et al*., 2013; RODRIGUES *et al*., 2017).

Segundo Zamboni *et al.* (2011) os profissionais de Enfermagem, e de saúde de modo geral, têm importante papel na interrupção e/ou interferência na violência, a partir de seu alerta para a observação de sinais e sintomas que possam evidenciar essas situações. No entanto, Ribeiro; Souza; Valadares (2012), apontam dificuldades para essa atenção, como a falta de capacitação dos Enfermeiros para identificar e atender os casos, a falta de sensibilização dos próprios gestores e profissionais de saúde e a ausência de uma rede de proteção bem articulada para o encaminhamento correto, com a finalidade da identificação precoce e articulações de ações preventivas.

As dificuldades mais citadas pelos profissionais de enfermagem em detectar casos de violência familiar, segundo os autores que compuseram a amostra, notamos que houve prevalência de falta de capacitação com 24,5% (n=12) seguida por escassez do tema nas faculdades por 16,3% (n=8) e a falta de estratégias utilizadas pelos profissionais 14,3% (n=7). Justifica-se o total de 49 métodos apresentados nesta tabela, em detrimento da amostra de 20 autores, pelo fato de um mesmo artigo ter citado várias dificuldades.

Para os autores Castro; Rissardo; Carreira (2018), a enfermagem possui um papel importante para a identificação precoce das situações de violência contra o idoso. Nesse sentido, os profissionais por sua proximidade, devem aproveitar toda e qualquer oportunidade para investigar novos casos e observar situações de risco. Para isso é necessário um preparo adequado, entretanto, são poucos os profissionais habilitados onde percebemos que a dificuldade mais citada pelos autores foi justamente a falta de capacitação dos enfermeiros, 24,5% (n=12).

A escassez do tema nas faculdades representada por 16,3% (n=08) dos autores, nesse contexto Wanderbroocke; Moré (2012), explicitaram que para o enfrentamento da violência familiar é necessário a compreensão e abordagem integralizada, entretanto apontam não ser de fácil manejo para os profissionais de enfermagem, porque ainda recebem pouco ou nenhum preparo nas escolas formadoras para lidar com a questão. Resultados semelhantes também foram encontrados nos estudos de Araújo; Cruz; Rocha (2013) e Duque *et al.* (2012) justificando que a falta de preparo resulta na ausência de estratégias desenvolvidas, fator por 14,3% (n-07) da amostra.

No presente estudo, conforme evidenciado as dificuldades como ausência de vínculo com a família, foi citado por 8,2% (n=04) dos autores; Dificuldade em desenvolver ações esteve presente em 8,2% (n=04) da amostra. No atendimento aos idosos ocorreu também o receio em reconhecer a condição como violência, tendo sido citada e demonstrada na tabela por 8,2% (n=04) dos autores.

Lima *et al.* (2018), acrescentam que a enfermagem precisa agir de forma integrada, discutindo e analisando em conjunto às situações associadas de violência contra o idoso identificadas. Além disso, é necessária a expansão do tema entre os demais profissionais da Unidade Saúde da Família, contribuindo assim para a organização, acolhimento, vínculo, cuidado e orientação em função das prioridades definidas conforme a necessidade de saúde, vulnerabilidade e risco entre os idosos. Em concordância com os autores, observamos que foram citadas as dificuldades encontradas: Falta de discussão do tema nos serviços de saúde 4,1% (n=02) Invisibilidade 2,0% (n=1) e a Dificuldade na interação da equipe dos Profissionais 2,0% (n=01) das publicações. Todavia 24,5% (n=12) enfatizam que a maior dificuldade na identificação de casos de violência familiar contra idosos é resultado da falta de capacitação dos profissionais.

As estratégias recomendadas pelos autores para promover um acolhimento adequado com foco na identificação de longevos vítimas de violência familiar, onde notamos que a prevalência foi utilizar mecanismos de incentivo para realização de denúncias, com 22,3% (n=04) das citações. Em seguida obtivemos em 16,7% (n=03) da amostra recomendações para desenvolver dinâmicas de grupo e proporcionar uma escuta atenta na consulta de enfermagem. Justifica-se um total de n=18 nessa tabela, pelo fato de que nem todas as publicações citaram estratégias e recomendações.

Segundo Araújo; Cruz; Rocha (2012), a utilização de mecanismos que proporcionem maior incentivo às denúncias dos casos de violência contra a pessoa idosa, como Disque Idoso, delegacias e promotorias da defesa da pessoa idosa, podem ajudar aos profissionais de saúde na identificação, para realização do acolhimento adequado. Castro; Rissardo; Carreira (2018), acrescentam a importância das estratégias de identificação e enfrentamento do problema, utilizando instrumentos validados, dinâmicas em grupo, ou mesmo uma escuta atenta durante a consulta de enfermagem. Os autores apresentados confirmam os resultados demonstrados na tabela 2. O objetivo das sugestões é fornecer recursos para a otimização da abordagem com a vítima de violência familiar e aumentar a capacidade de resolução da problemática.

Por muitas vezes o profissional de enfermagem não demonstra preparo na realização do acolhimento ao idoso, fazendo que alguns casos de violência familiar passem despercebidos ou não receba acompanhamento conveniente. Por esta razão, alguns autores, sugeriram algumas medidas que acreditam ser necessárias para realização da abordagem adequada. Loureço *et al.* (2012) recomendaram a capacitação dos profissionais, possibilitando aperfeiçoamento de práticas preventivas. Apratto Júnior; Moraes (2010) supõe que com os profissionais capacitados facilitaria na elaboração de projetos de apoio contra a

violência. Wanderbroocke (2017) considera que o mapeamento de casos suspeitos otimiza a investigação através da busca ativa na comunidade.

Observamos que capacitação dos profissionais corresponde a 11,1% (n=02) dos artigos, mapeamento de casos de violência na comunidade representou 11,1% (n=02), elaboração de projetos, foi citado em 5,5% (n=01) dos resultados. Notamos que a maior prevalência 22,3% (n=04) da amostra acredita que a utilização de mecanismos e instrumentos validados, é a melhor estratégia a ser implantada para a realização do acolhimento adequado.

O principal perfil dos agressores do idoso, de acordo com o grau de parentesco, notamos que houve destaque aos filhos como causadores dessa problemática com 40% (n=12) da amostra. Em seguida obtivemos 26,7% (=08) dos resultados, demonstrando o envolvimento do cônjuge. Justifica-se o total de 30, em detrimento da amostra de 20 autores, pelo fato de um mesmo artigo ter citado vários perfis de ofensores.

Quando falamos de violência familiar na velhice, na maioria dos casos os agressores moram com os idosos e possuem laços sanguíneos. Bolsoni *et al.* (2016) em concordância com os resultados da pesquisa, afirmam que morar com os filhos aumentou consideravelmente a chance de sofrer violência, uma vez que em cada dez idosos, um sofre algum tipo de maltrato vivendo com o próprio agressor.

Para Paiva; Tavares (2015) alguns idosos são submetidos à violência pelos próprios cônjuges, esse fato pode estar relacionado à desarmonia familiar e as relações conflituosas com o companheiro, gerando assim, fatores de risco para agressões. Ressaltam ainda que os maus tratos impostos por cônjuges, por muitas vezes estão relacionados à sua aceitação por algumas mulheres e as relações hierárquicas de gênero, com a condição de dependência afetiva.

De acordo com Sousa *et al.* (2010), o perfil de maior frequência é o do filho homem, seguidos dos netos, noras, genros e esposos. Na maioria dos casos, constata-se ambiente familiar pouco comunicativo e afetivo e histórico de agressividade nas relações com seus familiares. Observa-se família com história pregressa de violência na qual o idoso mantinha uma personalidade dominadora e controladora sobre os filhos, tornando-se tendência a inversão dessas posições quando o pai ou a mãe envelhecem e se tornam dependentes. As afirmações dos autores vão de encontro aos resultados onde 40%(n=12) relatou que são os filhos os principais agressores, seguidos por 26,7 (n=08) pelos cônjuges, 10% (n=03) netos, 6,7% (n=02) noras e 3,3%(n=01) pelos genros, conforme a amostra.

Abath; Leal; Melo Filho (2012) acrescentam que a desvalorização ao idoso e o crescente afrouxamento dos laços familiares, são fatores contribuintes para ocasionar a violência no âmbito familiar. Além disso, mudanças ocorridas na estrutura familiar também favorecem a ocorrência, são comuns os agressores não residirem no mesmo domicílio, os autores

apontam primos, sobrinhos e cunhados, na maioria das vezes agindo juntamente aos que moram com o longevo. Os pesquisadores confirmam os resultados demonstrados na tabela 2, onde para 13,3% (n=04) são citados outros familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização da pesquisa foi possível concluir que a violência familiar na velhice traz sérios impactos, por ser cometida no âmbito familiar, é uma modalidade com muitas barreiras para ser identificada. Notamos que os profissionais de saúde, dentre eles o da enfermagem, possuem várias dificuldades na detecção, que se inicia desde a abordagem ao idoso, causando a falta de segurança e casos passando despercebidos. Constatamos a necessidade da discussão do tema, de profissionais capacitados, para a prestação da assistência adequada ao idoso e aos familiares.

Por esta razão, as escolas formadoras de profissionais devem proporcionar conhecimento suficiente sobre essa temática, para que o enfermeiro esteja capacitado para desenvolver um olhar clínico, capaz de conseguir realizar a detecção precoce da violência, assim como, o acompanhamento, auxiliando os familiares e criando estratégias para a prevenção dessa problemática.

Nesse contexto, sugerimos que o enfermeiro realize a implantação de estratégias, voltadas ao acolhimento adequado com foco na identificação dos casos, oriente a vítima e familiares sobre a importância da denúncia, além de sensibilizar e conscientizar os idosos, promover dinâmicas em grupos que abordem o problema e proporcionar uma escuta atenta nos momentos de atendimento ao idoso.

Acreditamos que este estudo irá contribuir como material de apoio aos acadêmicos de enfermagem, cujo intuito é conscientizar esses futuros enfermeiros sobre a importância do preparo para prestação da assistência de enfermagem em casos de violência familiar, pois quando se realiza um acolhimento adequado, vítimas podem ser identificadas e ações adotadas evitando consequências mais graves e melhorando a qualidade de vida ao idosos agredidos.

Como sugestão para trabalhos futuros gostaríamos de propor estudos sobre como e se os cursos de graduação em enfermagem têm oferecido durante a formação dos enfermeiros, a temática da violência familiar contra o idoso.

REFERÊNCIAS

1. ABATH, M. B.; LEAL, M. C. C.; MELO FILHO, D. A. Fatores associados à violência doméstica contra a pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.305-314, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200013 >. Acesso em: 08 de mar. 2019.

2. APRATTO JÚNIOR, P. C.; MORAES, C. L. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Niterói-rj, v. 15, n. 6, p.2983-2995, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600037&script=sci_abstract>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

3. ARAÚJO**,** L. F.; CRUZ, E. A.; ROCHA, R. A. Estudo psicossocial da violência na velhice: o que pensam agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde? **Psicologia: Teoria e Prática**, Parnaíba - PI, v. 14, n. 1, p.26-39, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100003>. Acesso em: 08 de mar. 2019

4. ARAÚJO**,** L. F.; CRUZ, E. A.; ROCHA, R. A. Representações sociais da violência na velhice: estudo comparativo entre profissionais de saúde e agentes comunitários de saúde. **Psicologia & Sociedade**, Parnaíba - PI, p.203-212, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822013000100022&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08-de mar. 2019.

5. BOLSONI, C. C. et al. Prevalence of violence against the elderly and associated factors - a population based study in Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Florianópolis - Sc, v. 19, n. 4, p.671-682, ago. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150184>. Acesso em: 08 de mar. 2019

6. CAMACHO, A. C. L. F.; ALVES, R. R. Maus Tratos Contra Os Idosos Na Perspectiva Da Enfermagem: Revisão Integrativa. **RevEnfermUfpeOnLine**, Recife, p.927-935, fev. 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10418 >. Acesso em: 08 de ago. 2018.

7. CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Si, v. 20, n. 7, jul. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.14072014>. Acesso em: **08 de ago. 2018.**

8. CASTRO, V. C.; RISSARDO, L K; CARREIRA, L. Violence against the Brazilian elderlies: an analysis of hospitalizations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p.777-785, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0139>. Acesso em: 05 de mat. 2019.

9. DIAS, K.C. C. O. et al. O cuidado em enfermagem direcionado para a pessoa idosa: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem**, João Pessoa, p.1337-1346. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9818/9999>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

10. DUQUE, A. M. et al. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife-PE, v. 17, n. 8, p.2199-2208, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800030>. Acesso em: 05 de mar. 2019.

11. FERREIRA, F. P. C.; BANSI, L. O.; PASCHOAL, S. M. P. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e Institucionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809=98232014000400911-&script-sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

12. GONÇALVES, J. et al. Perception and conduct of health professionals about domestic violence against the elderly. **Revista de Pesquisa**: Cuidado é Fundamental Online, [s.l.], v. 6, n. 1, p.194-202, 1 jan. 2014. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n1p194>. Acesso em: 05 de mar. 2019.

13. LIMA, J. P. et al. Violência doméstica contra idosos: percepção e conduta de agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 12, n. 7, p.1970-1977, jul. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022 >. Acesso em: 08 de ago. 2018.

14. LOURENÇO, L. M. et al. Crenças dos profissionais da Atenção Primária à Saúde de Juiz de Fora em relação à violência doméstica contra idosos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, p.427-436, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103=166-2012000300012X&script-sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

15. MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, Teresina-PI, p.2331-2341. jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900014 >. Acesso em: 08 de ago. 2018.

16. MUSSE, J.; RIOS, M.H.E. Atuação do enfermeiro perante a violência doméstica sofrida pelo idoso. **Estud. Interd. Envelh**. 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/26636 >. Acesso em: 08 de ago. 2018.

17. OLIVEIRA, A. A. V. et al. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, João Pessoa-pb, v. 66, n. 1, p.128-133, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000100020.>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

18. OLIVEIRA, K. S. M. et al. Violência contra idosos: concepções dos profissionais de enfermagem acerca da detecção e prevenção. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 39, p.0-0, 23 jul. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.57462>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

19. OLIVEIRA, M. L. C. et al., Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Distrito Federal-br, v. 15, n. 3, p.555-566, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300016>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

20. PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Uberaba - Mg, v. 68, n. 6, p.1035-1041, dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

21. PARAÍBA, P. M. F.; SILVA, M. C. M. Perfil da violência contra a pessoa idosa na cidade do Recife-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p.295-306, jun. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14047>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

22. PINTO, F. N. F. R.; BARHAM, E. J.; ALBUQUERQUE, P. P. Idosos vítimas de violência: fatores sociodemográficos e subsídios para futuras intervenções. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.1159-1181, jan. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300018>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

23. RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; VALADARES, F. C. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p.1167-1177, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500011>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

24. RODRIGUES, R. A. P. et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p.783-791, ago. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0114>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

25. SHIMBO, A. Y.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela equipe da estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p.506-510, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300009>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

26. SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. Violência Contra Idosos na Família: Motivações, Sentimentos e Necessidades do Agressor. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 36, n. 3, p.637-652, set. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001462014>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

27. SILVA, K. M.; VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p.681-687, set. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12108>. Acesso em: 08 de ago. 2018.

28. SOUSA, D. J. et al. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Campinas, v. 13, n. 2, p.321-328, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232010000200016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

29. WANDERBROOCKE, A. C. N. S.; MORÉ, C. L. O. O. Significados de violência familiar contra o idoso na perspectiva de profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Curitiba-pr, v. 17, n. 8, p.2095-2103, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800020>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

30. ZAMBONI, C. et al. Violência Contra Idoso: Um Velho Estigma. **Cogitare Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 16, n. 4, p.634-639, dez. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/21973>. Acesso em: 08 de mar. 2019.

05

Cognição e capacidade funcional de idosos em corresidência e morando sozinho

Marilia de Andrade Fonseca
UESB

Lucas Silveira Sampaio
FAINOR

Talita Santos Oliveira Sampaio
FAINOR

Jeisiane Lima Brito

Amanda Gilvani Cordeiro Matias
UFBA

10.37885/210404271

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo avaliar a cognição e a capacidade funcional de idosos e analisar a associação com o tipo de arranjo familiar. Trata-se de um estudo quantitativo analítico-descritivo e com delineamento transversal. A população foi constituída de 84 idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família do município de Vitória da Conquista - BA. Para a análise descritiva das características da população foram calculadas as frequências absolutas, médias e desvios padrão. A associação entre dependência funcional e corresidência foi testada por meio do teste de Qui-quadrado, e em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% (α = 0,05). Os resultados mostraram que houve uma prevalência de 92,5% de idosos independentes para Atividades Básicas da Vida Diária entre os corresidentes. Houve associação entre a dependência funcional e o arranjo familiar dos idosos, permitindo inferir que a maior parcela de idosos dependentes para as Atividades Básicas da Vida Diária era de idosos que moram sozinhos (78,6%). A partir dos resultados encontrados, torna-se fundamental que mais pesquisas investiguem a influência dos diferentes arranjos familiares sobre as condições de saúde física, funcionalidade e estado cognitivo, permitindo assim, ações de saúde mais embasadas e efetivas.

Palavras-chave: Saúde Do Idoso, Dependência, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é observado mundialmente, tornando-se um dos grandes desafios a serem enfrentados pela sociedade nos próximos anos (KUCHEMANN, 2012). As transformações do envelhecimento humano quando associadas às patologias crônicas, podem levar à perda da independência física e mental do idoso, e tais alterações diferenciam-se de um indivíduo para outro.

Os danos à função cognitiva afetam componentes importantes como a linguagem, a escrita, habilidades motoras, memória e a capacidade de raciocínio, sendo estas diretamente relacionadas à idade, assim como a incapacidade funcional, ainda que não consista numa resultante unicamente do processo de senescência (GUEDES et al, 2006; PAVARINI et al, 2012; FIELDER et al, 2008). A capacidade funcional pode ser definida como a forma de os idosos decidirem e atuarem em suas vidas de maneira independente (NUNES, 2009). A perda dessas funções está adjunta a complicações ao longo do tempo, constituindo assim, em um dos importantes marcadores do envelhecimento e da qualidade de vida dos idosos (PAVARINI, 2012).

Com o avanço da idade torna-se cada vez mais difícil a realização de tarefas do dia a dia (MARCHON; CORDEIRO; NACAMO; 2010). A dependência física e o déficit cognitivo, que podem estar presentes nos idosos, dificultam a realização de atividades básicas da vida diária e autocuidados, sendo necessário o auxílio familiar (TORRES et al, 2009). Observa-se nesse contexto, um aumento significativo do estabelecimento da corresidência dos idosos com seus familiares, caracterizada pelo convívio intergeracional, ou seja, filhos, netos etc. A corresidência com idosos ocorre principalmente quando a necessidade desses é maior (PEDRAZZI et al, 2010; IBGE, 2011).

No entanto, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2011), houve também um crescimento número de idosos que moram sozinhos, já representando 14% dentre as pessoas com mais de 60 anos. Destaca-se ainda que segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) o número de idosos morando sozinhos triplicou, passando de 1,1 milhão para 3,7 milhões.

Neste contexto, é necessário compreender as repercussões de hábitos e tipificação de estilos na vida de pessoas idosas. O interesse por tal foco é decorrente de que o estado cognitivo e a capacidade funcional em idosos podem comprometer a independência física e mental, e consequentemente a autonomia. Assim, estudos neste sentido poderão produzir informações relevantes para o contexto do cuidado aos idosos, bem como propiciar ações de prevenções focadas e direcionadas para as necessidades dos idosos pertencentes aos grupos com saúde mais frágil.

Diante do exposto, esta pesquisa visa avaliar a cognição e a capacidade funcional de idosos e analisar a associação com o tipo de arranjo familiar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo analítico-descritivo de base domiciliar e com delineamento transversal. Foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Vitória da Conquista – BA, situado na região sudoeste do Estado da Bahia. De acordo com o censo IBGE, 2011, Vitória da Conquista- BA possui 315.884 habitantes, sendo 147.879 homens e 158.987 mulheres. Destes, 34.793 são idosos, ou seja, (11,3%) da população têm idade acima de 60 anos.

A população foi constituída por todos os indivíduos ≥ 60 anos residentes da zona urbana do município e cadastrados na Unidade Básica de Saúde, constituindo-se um total de 84 (oitenta e quatro) idosos participantes do estudo.

Os critérios de inclusão utilizados foram a especificidade de moradia, sendo incluídos os idosos em corresidência com familiares ou que moravam sozinhos. Foram excluídos indivíduos que se recusaram a receber o pesquisador ou não foram encontrados no domicilio, após três tentativas em dias e horários alternados. Além disso, idosos que não se adequaram ao processo de coleta de informações ou instrumentos da pesquisa, bem como suas instruções ou apresentavam aspectos cognitivos incoerentes com o perfil estabelecido para a amostragem.

A coleta de dados foi realizada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município para permitir a entrada no cenário de estudo. A coleta de dados ocorreu em uma única etapa, que consistiu de entrevista em cada domicilio dos idosos, com realização de avaliação da capacidade funcional e do estado cognitivo.

A pesquisa utilizou um formulário próprio, estruturado, a partir dos aspectos relevantes contendo questões relativas a condições sociodemográficas, avaliação cognitiva e do estado funcional. Na avaliação cognitiva foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) numa versão modificada e validada no Chile, por Icaza & Albala, (1999), do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) desenvolvido por Folstein et al. (1975). É a escala mais utilizada, tanto em pesquisas como na prática clínica, para verificar a evolução da função cognitiva.

Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas, como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto).

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (ARGIMON, 2012). O ponto de corte adotado neste estudo foi de 13 pontos, baseado no estudo de Brucki, (2003).

O estado funcional foi analisado pelo Índice de Katz, que foi desenvolvido por Sidney Katz em 1963, sendo um dos instrumentos mais antigos (DUARTE, ANDRADE, LEBRÃO, 2007) e uma das formas mais apropriadas para avaliar as condições de capacidade funcional dos idosos, pois traz um conceito ampliado de saúde, entendido como a existência de habilidades físicas e mentais para a manutenção da autonomia e da independência. É um instrumento de medida das atividades de vida diárias hierarquicamente relacionadas, e organizado para mensurar independência no desempenho de seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se. Na presente pesquisa foi classificado como independentes aqueles com valor ≥ 6 pontos (independente nas seis funções) e como dependente aqueles que possuíam valor ≤ 5 pontos (houve dependência em uma ou mais funções).

Para a análise descritiva das características da população foram calculadas as frequências absolutas, médias e desvios padrão. A associação entre dependência funcional (variável dependente) e corresidência (variável independente), bem como, a associação entre cognição (variável dependente) e corresidência (variável independente) foram testadas por meio do teste de *Qui-quadrado*. Em todas as análises o nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha = 0,05$) e os dados foram analisados no The Statistical Package for Social Sciences para Windows (SPSS 21.0, 2013, SPSS, Inc, Chicago, IL).

Essa pesquisa obedeceu às normas éticas exigidas pela Resolução nº 466/2012 (Conselho Nacional de Saúde), que incluem a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE assinado por cada participante. O protocolo do estudo foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB com CAAE: 34622314.7.0000.0055.

RESULTADOS

As características qualitativas da população estudada são apresentadas na Tabela 1. Foi identificado um maior número de idosos do sexo feminino (60%) e a idade variou de 60 a 89 anos, com a média sendo de 72,6 ± 7,5 anos. A maior parcela dos idosos referiu não saber ler e escrever (52,5%), e entre os corresidentes, 77,5% corresidem com o cônjuge, conforme a Tabela 1.

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis qualitativas do estudo.

Variáveis	% resposta	N	%
Grupo Etário	100		
60-69 anos		29	36,3
70-79 anos		37	46,2
≥ 80 anos		14	17,5
Sexo	100		
Masculino		32	40
Feminino		48	60
Estado Civil	100		
Em União		33	41,3
Sem União		47	58,7
Escolaridade	100		
Sabe ler e escrever		38	47,5
Não sabe ler e escrever		42	52,5
Arranjo Familiar	100		
Mora Sozinho		40	50
Corresidência		40	50
Grau de parentesco dos corresidentes*	50		
Filhos		24	60
Netos		14	35
Cônjuge		31	77,5
Outros		-	-

Fonte: Dados da pesquisa.
*Há indivíduos que corresidem com mais de um parente.

Na Tabela 2 encontra-se a variável qualitativa capacidade funcional discriminada de acordo ao estado de moradia dos idosos. Destaca-se que entre os idosos que estão em situação de corresidência, há uma prevalência de 92,5% de idosos identificados como independentes para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's).

Tabela 2. Análise descritiva da variável qualitativa Capacidade Funcional.

Variáveis	% resposta	N	%	Média	DP	Mín – máx
Capacidade Funcional (Mora Sozinho)	100			5,74	0,45	(5 – 6)
Independente para as ABVD's		29	72,5			
Dependente para as ABVD's		11	27,5			
Capacidade Funcional (Corresidente)	100			5,93	0,26	(5 – 6)
Independente para as ABV D's		37	92,5			
Dependente para as ABVD's		3	7,5			

Fonte: Dados da pesquisa.

Na Tabela 3 encontra-se a variável qualitativa cognição discriminada de acordo ao estado de moradia dos idosos. Destaca-se que entre os idosos, mais de 70% dos que moram sozinhos e dos que corresidem possuem cognição normal.

Tabela 3. Análise descritiva da variável qualitativa Cognição.

Variáveis	% resposta	N	%	Média	DP	Mín – máx
Cognição (Mora Sozinho)	100			12,6	0,35	(8 – 19)
Demência		12	30			
Normal		28	70			
Cognição (Corresidente)	100			13,5	0,56	(9 – 20)
Demência		9	22,5			
Normal		31	77,5			

Fonte: Dados da pesquisa.

Os dados da Tabela 4 mostram a associação entre a dependência funcional e o arranjo familiar dos idosos. O nível de significância encontrado ao realizar o teste de *Qui-Quadrado* (p = 0,037) permite inferir que o resultado encontrado foi estatisticamente significante e que a maior parcela de idosos dependentes para as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD's) eram de idosos que moram sozinhos (78,6%).

Tabela 4. Associação entre as variáveis qualitativas capacidade funcional e o arranjo familiar.

Variáveis	Independente		Dependente		p-valor*
	N	%	N	%	
Arranjo Familiar					
Morando Sozinho	29	43,9	11	78,6	0,037
Corresidência	37	56,1	3	21,4	

Fonte: Dados da pesquisa.
*Teste exato de Fisher.

De acordo com a Tabela 5 há associação entre a cognição e o arranjo familiar dos idosos. Não houve significância estatística ao realizar o teste de *Qui-Quadrado* (p = 0,449), não permitindo haver inferências sobre o resultado encontrado apesar de existir uma maior parcela de idosos com demência entre os que residem sozinhos.

Tabela 5. Associação entre as variáveis qualitativas cognição e o arranjo familiar.

Variáveis	Normal		Demência		p-valor
	N	%	N	%	
Arranjo Familiar					
Morando Sozinho	28	47,5	12	57,1	0,449
Corresidência	31	52,5	9	42,9	

Fonte: Dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

A população com idade superior a 60 anos está aumentando rapidamente. Essa aceleração na perspectiva de vida tem aumentado em todo o mundo e reflete mudanças culturais e avanços obtidos em relação à saúde e às condições de vida (CAMARANO; PAZINATO; LEMOS, 2007).

Nesta pesquisa foi observado que os sujeitos seguem o padrão de outras pesquisas, apontando para a predominância do sexo feminino (60%) na população com mais de 60 anos. Dados semelhantes são observados em um dos estudos de Inouye et. al. (2010), no qual a amostra foi composta de 64% mulheres idosas, e no estudo de Stival, et al. (2014) em que as mulheres também eram maioria na população de idosos estudados, totalizando 63,5% da amostra.

Para Pavarini (2011), a prevalência feminina na velhice pode estar associada à maior longevidade das mulheres em comparação com os homens. Esse fato pode ser atribuído pela maior procura de serviços de saúde por parte da mulher, por apresentarem condutas menos agressivas e pela maior atenção ao aparecimento de doenças, utilizando melhor os serviços de saúde.

No que tange ao estado conjugal dos idosos pesquisados, 41,3% dos idosos apresentam estado conjugal classificado como em união, e 58,7% como sem união. Esse fato pode ser explicado devido a maior prevalência de morte entre os homens, sendo a viuvez feminina duas vezes maior que a masculina, já que no presente estudo a maior parcela de idosos foi do sexo feminino.[20] Não houve concordância entre todos os estudos na descrição dessa variável. Na maioria deles, os resultados mais prevalentes são com união estável ou viúvos. No estudo de Luz et. al, 2014, apontou que 53,8% dos idosos apresentam estado conjugal como em união e 32,1% como sem união.

Em relação à escolaridade, a maior parcela dos idosos não sabe ler e escrever, corroborando com outros estudos brasileiros, a exemplo, os de Nunes, Ribeiro; Rosado & Torres (2009) nos quais encontraram parcela mais significativa de idosos entre analfabetos e com baixa escolaridade. Para Luz, et al, (2014), este achado está associado, entre outros fatores, à dificuldade que eles tinham ao acesso à escola em tempos anteriores.

Em relação ao arranjo familiar da corresidência em que os idosos estão inseridos, destaca-se no presente estudo, a maior presença de cônjuges (77,5%), filhos (60%), e netos (35%) no espaço domiciliar, pelo fato de serem eles que, com maior frequência, participam das transferências de apoio informal com os idosos (BERTUZZI; PASCOLIN; MORAES, 2012)

Segundo Camargos (2011), a opção do idoso por morar sozinho ou em corresidência é induzida por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e de saúde, que podem atuar de formas distintas em cada região. A necessidade de auxílio, por exemplo, faz com que muitos idosos deixem de viver de forma independente para irem morar com suas famílias, destacando-se, que a corresidência pode beneficiar tanto os idosos quanto as gerações mais jovens. Nesse sentido, de acordo com Tavares (2011), muitas famílias brasileiras enfrentam dificuldades e instabilidades financeiras necessitando de ajuda no orçamento familiar de seus idosos que passam a contribuir mesmo com aposentadorias insuficientes.

Entretanto, em um estudo baseado em entrevistas com idosos que moravam sozinhos, Camargos & Rodrigues (2008), revelaram que a maioria dos idosos entrevistados preferia viver em domicílios unipessoais e ainda assim, sentiam-se amparados por parentes e amigos.

Na presente pesquisa identificou-se uma prevalência maior de idosos com independência (92,5%) entre aqueles que estão em situação de corresidência, corroborando com Meira & Vilela (2013) onde 92,8% dos idosos que compartilham o domicílio com outras pessoas possuem melhores condições de vida e independência funcional. Atualmente a corresidência dos idosos com seus familiares, acontece muitas vezes, por maior necessidade dos parentes, onde muitos dos idosos são os provedores e chefes de família, ou seja, ainda tem seus filhos e netos como dependentes financeiramente (CAMARGO; PASINATO; LEMOS 2007).

Quanto à associação da dependência funcional e o arranjo familiar pode-se inferir, que há uma maior parcela de idosos dependentes para a realização das atividades de vida diárias eram idosos que moram sozinhos (78,6%). Em um estudo feito por Ramos; Menezes & Meira (2007), um dos principais desafios dos idosos que moram sós, diz respeito a realização do autocuidado e execução de tarefas domésticas. No entanto, esse achado diverge do resultado encontrado no estudo feito por Alves, et al (2010), o qual revelou que idosos que residem sozinhos são mais independentes. Assim como os achados de Rosa et al (2003), onde o fato de morar só mostrou-se como fator protetor para a dependência.

Já em relação à associação entre a cognição e o arranjo familiar dos idosos, apesar de ter sido identificado uma maior parcela de idosos com déficit cognitivo residindo sozinhos, não houve significância estatística, não permitindo haver inferências sobre o resultado encontrado.

CONCLUSÃO

Vários fatores interferem na percepção do idoso com relação à sua vida. Os arranjos familiares, o nível socioeconômico, as condições de saúde, entre outros, são alguns deles. Na presente pesquisa foi observado que os idosos que residem sozinhos possuem uma maior prevalência de dependência funcional, quando comparados com idosos que vivem em corresidência.

Hoje o envelhecimento acelerado da população é uma realidade e trouxe consigo o desafio de viver mais com qualidade de vida. Assim, tornam-se necessárias ações para estimular e melhorar as condições de saúde dos idosos, bem como é de grande relevância a compreensão de qual o ambiente familiar mais adequado para a saúde desses indivíduos, possibilitando ainda, medidas de prevenção e tratamento para os indivíduos em situação de maior risco.

É fundamental que mais pesquisas investiguem as relações entre esses aspectos do envelhecimento e os arranjos familiares dos idosos, investigando a influência sobre as condições de saúde física, funcionalidade e estado cognitivo. Neste sentido, pesquisas longitudinais poderão oferecer dados e uma realidade mais precisa sobre as trajetórias do estado mental e da funcionalidade de idosos que moram sozinhos ou em corresidência.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, L.C.; LEITE, L.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. Rev. Saúde Pública; 44(3):468-478, 2010.

2. ARGIMON, I.I.L.; LOPES, R.M.F.; TERROSO, L.B.; FARINA, M.; WENDT, G.; ESTEVES, C.S. Gênero e escolaridade: estudo através do Mini-exame do estado mental (MEEM) em idosos. Rev. Aletheia.; (38-39): 153-161, 2012.

3. BERTUZZI, D.; PASKULIN, L.G.M.; MORAIS, E.P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. Texto and contexto enferm; 21(1): 158, 2012.

4. BRUCKI, S.M.; NITRINI, R.; CARAMELLI. P.; BERTOLUCCI, P.H.; OKAMOTO, I.H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr. 2003; 61(3B): 777-81, 2003.

5. CAMARANO, A. A.; PASINATO, M.T.; LEMOS, V.R. Cuidados De Longa Duração Para A População Idosa: Uma Questão De Gênero? In: Anita Liberalesso Neri. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**. Enfoque multidisciplinar. Campinas: Alinea, 2007.

6. CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L.; PASINATO, M.T. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60. p. 137-167, 2004.

7. CAMARGOS, M.C.S.; RODRIGUES, R.N. Idosos que vivem sozinhos: como eles enfrentam dificuldades de saúde. XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, Caxambu- M, 29, 2008.

8. CAMARGOS, M.C.S.; RODRIGUES, R.N.; MACHADO, C.J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. R. bras. Est. Pop; 28(1): 217-230, 2011.

9. COSTA R.T.E.; BENÍCIO, M.H.D.; DIAS, M. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev Saude Publica; 37(1): 40-8, 2003.

10. DUARTE, Y.A.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP; 41(2): 317-25; 2003.

11. FIEDLER, M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional Functional status and associated factors among the elderly in a southern Brazilian city: a population. Cad. saude publica, 24(2): 409-415, 2008.

12. GUEDES, J. M.; SILVEIRA, R. C. R. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 1(2). 2006.

13. IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: 261, 2011.

14. ICAZA, M.C.; ALBALA, C. Projeto SABE. Minimental State Examination (MMSE) del estudio de dementia en Chile: análisis estatístico. OPAS. 1-18, 1999.

15. INOUYE, K.; BARHAM, E.J.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. Psicol. Reflex. Crit.; 23(3): 582-592, 2010.

16. KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Sociedade e Estado, 27(1): 165-180, 2012.

17. LUZ, E.P.D.; DALLEPIANE, L.B.; KIRCHNER, R.M.; SILVA, L.A.A.D.; SILVA, F.P.D.; KOHLER, J.; CARLOT, J.M. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. bras. geriatr. gerontol; 17(2): 303-14, 2014.

18. MARCHON, R.M.; CORDEIRO, R.C; NAKANO, M.M. Capacidade Funcional: estudo prospectivo em idosos residentes em uma instituição de longa permanência. Rev Bras Geriatr Gerontol, 13(2): 203-214, 2010.

19. MEIRA, S.S.; VILELA, A.B. Condições sociais de idosos no vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. Dissertação (Mestrado) (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2013.

20. NUNES, M.C.R.; RIBEIRO, R.C.; ROSADO L. F.S. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. Rev Bras Fisioter, 13(5): 376-82; 2009.

21. PAVARINI, S.C.I. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Revista Eletrônica de Enfermagem, 13(2): 361-7, 2011.

22. PEDRAZZI, E.C.; MOTTA, T.T.D.; VENDRÚSCULO, T.R.P.; FABRICIO-WEHBER, S.C.C.; CRUZ, I.R. Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. Rev Latino-am Enfermagem. 18(1):18-25, 2010.

23. RAMOS, J.L.C.; MENEZES, M.D.R.D.; MEIRA, E.C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. Revista Baiana de Enfermagem; 24(1-3): 43-54, 2010.

24. RIGO, I.I.; PASKULIN, L.M.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do rio grande do sul. Rev Gaúcha Enferm; 31(2): 254-61, 2010.

25. SILVA, V.L.; ALBUQUERQUE, M.F.P.; CESSE, E.Â.P.; LUNA, C.F. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. Rev. bras. geriatr. gerontol; 15(3): 433-441, 2012.

26. STIVAL, M.M.; LIMA, L.R.; FUNGHETTO, S.S.; SILVA, A.O.; PINHO, D.L.M.; KARNIKOWSKI, M.G. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 17(2): 395-405, 2014.

27. TAVARES, V.O.; TEIXEIRA, K.D.; WAJNMAN S.; LORETO, M.D.D.S. Interfaces entre a renda dos idosos aposentados rurais e o contexto familiar. Textos & Contextos, 10(1): 94 – 108, 2011.

28. TORRES, G.D.V.; REIS, L.A.D; FERNANDES, M.H; ALVES G.D.S; SAMPAIO, L.S; MASCARENHAS, C.H.M. Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. Avaliação Psicológica; 8(3): 415-423, 2009.

06

Comunicação e tecnologias da informação no processo de envelhecimento: significados e tendências

Simone Gomes da Silva
UFRGS

Iêda Litwak de Andrade Cezar
UMESP

10.37885/210504476

RESUMO

Os fenômenos comunicação e as tecnologias da informação, assim como o envelhecimento, vêm despertando o interesse de muitos analistas. O envelhecimento e a comunicação são processos que existem desde os primórdios da humanidade. O envelhecimento é entendido como um processo natural, próprio da criatura humana e a comunicação como uma condição básica para estabelecer relações entre os indivíduos, necessária à sobrevivência e ao desenvolvimento humano. Considerando as múltiplas influências históricas acerca desses fenômenos e os contextos econômicos, sociais, políticos e culturais em que surgem e evoluem e suas interrelações, esse artigo tem como objetivo, compreender a diversidade de apreciações acerca desses fenômenos, destacando a relação dos(as) idosos(as) com a comunicação e as tecnologias da informação e comunicação e os impactos no processo de comunicação dos idosos(as). O estudo caracteriza-se como qualitativo, privilegiando a revisão teórica e exploratória, tendo em vista esclarecer conceitos, ideias e as inter-relações dos fenômenos estudados. Os resultados mostram controvertidas situações, com destaque para as fragilidades, ou, inseguranças, desse segmento populacional em utilizar e acompanhar os avanços das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). Ademais, dificuldade de interação com a família devido ao uso sem limites dessas ferramentas. Contudo, considera que os(as) idosos(as) se interessam em aprender e a interagir com essas tecnologias.

Palavras-chave: Envelhecimento, Tecnologias da Comunicação e Informação, Impactos.

INTRODUÇÃO

Neste artigo se aprofunda os estudos sobre os fenômenos da comunicação e do envelhecimento, particularizando, os contextos econômicos, sociais, políticos e culturais em que surgem e evoluem, bem como a relação dos(as) idosos(as) com as tecnologias da informação e da comunicação e seus impactos no processo de comunicação desse segmento populacional.

A diversidade de apreciações acerca desses fenômenos, destacam a comunicação como um fenômeno que desde a sua origem propiciou a reprodução das relações sociais. Como consequência dos avanços das tecnologias no campo da informação e das comunicações, esse acontecimento possibilitou novas formas de organização da sociedade e da sua dinâmica social, que acarreta em benefícios, mas também em contradições. Particularizem-se nesses estudos em relação ao envelhecimento, consequências geradas pelo consumo das tecnologias da informação e da comunicação que são favoráveis aos(às) idosos(as), que os(as) beneficiam, mas, também fatores que interpõem-se de forma negativa ao seu uso.

Os estudos que fundamentam a revisão teórica e que embasam a relação entre a comunicação, as tecnologias da informação e da comunicação e as consequências geradas por essas ao processo de envelhecimento mostram aspectos significativos que provocam pertinentes reflexões acerca dessa realidade. Segundo Lima (2015) o público idoso no processo de envelhecimento apresenta dificuldades de adaptação ou de readaptação, que podem ser associadas à apropriação das TICs.

A análise crítica acerca desses fenômenos é fundamental para entender, particularmente, a realidade demográfica dos(as) idosos(as) e as mudanças que os/as acometem. Nessa perspectiva, o estudo contribuirá para subsidiar o planejamento de políticas públicas e sociais voltadas para as diferentes condições vivenciadas por esse segmento populacional, direcionando sua atenção no sentido de assegurar e promover suas demandas econômicas e sociais, tendo em vista propiciar sua autonomia, integração e participação efetiva e ativa na sociedade com qualidade de vida.

Trata-se de uma pesquisa teórica de abordagem qualitativa, de caráter explicativo que se propôs estudar e compreender a discussão acerca da diversidade de apreciações que abordam esses fenômenos, destacando a relação dos(as) idosos(as) com a comunicação e as tecnologias da informação e comunicação e os impactos no processo de envelhecimento.

Para tanto, realizou-se uma revisão bibliográfica utilizando as contribuições dos diversos autores que tratam do assunto, por meio de artigos científicos publicados em diferentes periódicos e tese/dissertações de mestrado disponíveis nas bases de dados das bibliotecas das universidades federais, no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Capes, Scielo - Scientific Electronic Library Online, dentre

outros, da área de Educação, de Comunicação e das Ciências Sociais. De posse dos estudos selecionados procedeu-se à leitura e à análise integral dos mesmos, visando discutir os fenômenos propostos na revisão de literatura que se segue.

DESENVOLVIMENTO

Comunicação e Envelhecimento: múltiplas influências históricas

A produção bibliográfica que trata destes fenômenos (Beauvoir, 1970 DeFleur e Ball-Rokeach,1993; Bowling, 1995; Motta, 1999; Debert, 1999; Minayo, Martz e Buss, 2000; Recuero, 2000; Blessmann, 2003; Camarano e Pasinato, 2004; Maciel, 2006; Evans, 2011; Neri, 2011; Pereira, Teixeira e Santos, 2012; Lima, 2015; Saraiva, 2017; Barros, Souza e Teixeira, 2020, entre outros) abordam a comunicação e o envelhecimento como fenômenos sociais que sempre estiveram presentes em todas as sociedades, desde a Pré-história e que podem ser estudados, considerando os mais variados aspectos.

Segundo Barros, Souza e Teixeira (2020), desde os primórdios da humanidade, a comunicação se constituiu como uma necessidade para estabelecer relações entre os indivíduos, entendimento e socialização. Para esses autores, a própria sobrevivência da espécie humana, pode ser atribuída à comunicação, a partir do estabelecimento de regras de entendimento para convivência entre os atores envolvidos no processo cognitivo, como forma de se sustentar e se consolidar, sendo a comunicação um pilar concreto para a existência do ser humano atual em um mundo globalizado.

Nessa direção, o envelhecimento, a comunicação e as novas tecnologias da informação e da comunicação podem ser analisados sob diferentes perspectivas. Nomeadamente para o envelhecimento pode-se compreendê-lo sob a visão biológica, psicológica, sociológica, antropológica e socioculturais. Em se tratando da comunicação, evidencia-se a visão do senso comum e a científica, além dos aspectos psicossociais, culturais e tecnológicos.

Isto implica, portanto, trazer à análise o desenvolvimento da comunicação e sua relação com o processo de envelhecimento, mas, especificamente, o interesse em dialogar sobre as tecnologias da informação e comunicação, destacando as dificuldades do grupo citado relação ao acesso e ao uso dessas tecnologias.

Importante considerar para compreensão da evolução do fenômeno da comunicação o contexto sócio-histórico. A história da humanidade e da sociedade revelam estarem ligadas diretamente ao desenvolvimento das formas de comunicação que foram consolidando-se ao longo dos tempos.

Interrelações entre comunicação e envelhecimento: da Pré-história à Idade Antiga

Para Melvin DeFleur e Sandra-Rokeach (1985) a origem e a evolução da comunicação humana podem ser explicadas através da teoria de transições. Segundo essa teoria esse processo pode ser compreendido a partir de cinco etapas. A primeira se deu com o desenvolvimento da sinalização, a segunda com o acréscimo da fala, posteriormente, veio a escrita, a impressão e a comunicação com os veículos de massas atuais. Outros estudos compreendem essa evolução considerando os períodos da comunicação corporal, a oral, a escrita e a digital que correspondem as mesmas etapas.

Para melhor compreensão desse fenômeno, analisar-se-á cada etapa de acordo com o contexto sócio-histórico em que evolui. A primeira delas, a Sinalização, segundo Bragança (2009, p. 1) ocorreu na Pré-História, acerca de 90 mil anos atrás, cujos indivíduos, hominídeos, não falavam, portanto, não havia a oralidade, mas, existia a emissão de sons – ruídos, roncos, rosnados, guinchos e movimentos corporais - traduzidos em forma de símbolos como o uso das mãos para uma série de gestos comunicativos.

A comunicação permeava-se por meios de gestos e sinais que eram entendidos por aqueles envolvidos nos processos, mas, a conversação era imprecisa e prejudicava o ritmo da troca de informação que acontecia de forma lenta (BARROS, 2020). Os gestos manuais foram sendo combinados com expressões faciais e, em seguida, as vocalizações. As estruturas anatômicas do aparato vocal e das áreas cerebrais envolvidas evoluíram ao longo do tempo, conferindo vantagens adaptativas e de sobrevivência enormes e melhorias no relacionamento social (SABBATINI, 2001).

Seguindo esse processo, segundo DeFleur e Ball-Rokeach (1993, p. 12), com o início da oralidade em comunicação girando em torno de 90 e 40 mil anos atrás, surge a Idade da Fala, caracterizada como interpessoal, familiar, limitada ao campo visual e auditivo do indivíduo.

A análise entre as formas de comunicação existentes nas sociedades pré-históricas e a compreensão sobre o envelhecimento à época, revela uma estreita relação na compreensão desses fenômenos. Segundo Beauvoir (1970, p. 68) na sociedade pré-histórica, o fato de se ter mais idade, de conhecer as tradições sagradas, magia, religião e técnica, de saber preparar os alimentos retirando dos mesmos as propriedades nocivas, estava relacionado ao imenso poder e autoridade dos anciãos. Esses valores certificavam os mais velhos no processo de comunicação, pela experiência, a transmissão dos grandes mitos e rituais, sendo os idosos considerados sábios, videntes, guardiães das tradições e mestres dos mestres (SCHACHTER-SHALOMI e MILLER, 1996, p. 56).

Para Santos (2016, p. 68) subsistia, assim, o conhecimento especial dos idosos, necessário para a comunicação e a transmissão da cultura existente de geração em geração. As pessoas idosas eram consideradas como verdadeiras pontes entre o passado e o

futuro das gerações, cabia a elas, por serem mais velhas e experientes regular os assuntos discutidos entre as gerações. Nesse contexto, competia aos mais velhos a transmissão de conhecimento e de habilidades inerentes à sobrevivência do grupo, sendo os fenômenos naturais explicados pela autoridade provinda dos anciões, respeitada por todos (SCHACHTER-SHALOMI e MILLER ,1996, p. 56).

Como se verifica, a comunicação e o envelhecimento sempre existiram e acompanharam o desenvolvimento da humanidade, onde cada etapa representou profundas consequências para a vida do ser humano, tanto individual quanto coletiva e socialmente.

Interrelações entre comunicação e envelhecimento: da Idade Antiga à Idade Média.

Nesse processo, o desenvolvimento da comunicação humana leva após a Era da Fala, à Era da Escrita, em torno de 5 mil anos atrás, quando passa a ter sentido os significados padronizados, criados pelas representações pictóricas, uma linguagem de comunicação baseada em desenhos, gráficos, tabelas e outras formas de representação visual, considerado o primeiro passo para a escrita.

Para DeFleur e Ball-Rokeach (1993, p. 16) a escrita aconteceu em várias partes do mundo, em lugares distintos, sendo a transcrição mais antiga a dos sumérios e dos egípcios e foi a grande responsável pelo desenvolvimento das capacidades do ser humano em todos os aspectos.

Seguindo esse processo de evolução da comunicação dentro da própria Era da Escrita, Santos (2020) salienta que os Sumérios foram os primeiros a criarem símbolos para sons e, neste sentido, as sílabas passaram a ser escritas, considerado o primeiro passo para a escrita fonética. Posteriormente, o ser humano criou a própria escrita em papiros, pedras e placas de argila para poder gravar, armazenar e transmitir suas mensagens.

Segundo Milhomen, Santo e Brandão (2012, p. 7), os desenhos em cavernas constituem formas que os seres humanos primitivos encontraram de memorizar e registrar o que acontecia em seu cotidiano. Os desenhos nas cavernas eternizavam as memórias e mensagens, via-se, portanto, o aprimoramento da forma de comunicação, auxiliando na evolução do processo intelectual, permitindo dessa forma, a perpetuação das tradições e da cultura. Os desenhos deixados nas paredes, com o decorrer do tempo, passaram a transmitir uma ideia que ficou caracterizada como ideograma.

A escrita permitiu, segundo Recuero (2000), nos processos de comunicação do homem, relacionar o próprio desenvolvimento e evolução da humanidade. Para esse autor, a escrita foi muito importante para o avanço da comunicação, sobretudo, porque permitiu que o conhecimento ultrapassasse a barreira do tempo e que a mensagem pudesse existir independente de um emissor, podendo ser recebida a qualquer momento por alguém que soubesse decifrar

o código. Ademais, com a escrita desenvolveu-se a ciência, que possibilitou a criação das raízes do conhecimento científico, a civilização, o espaço pôde ser reconfigurado, ajustado, transformado e a distância passou a ser algo concreto, passível de ser medida.

O impacto da escrita foi algo tão extraordinário na vida do ser humano que os historiadores costumam afirmar que o fim da Pré-História e o início da História propriamente dita e todo processo de civilização que compreende a evolução da humanidade, acontecem com a invenção da escrita.

Interrelações entre comunicação e envelhecimento: da Idade Moderna à Contemporânea

Na Idade Moderna, com o desenvolvimento da escrita e do processo de comunicação, acontece a Idade da Imprensa. Segundo Dias (2013, p. 24) em 1455, na cidade de alemã de Mainz, é apresentada por Gutemberg a primeira máquina capaz de fazer reproduções, cujo primeira foi um livro confeccionado por uma prensa que possuía tipos móveis feitos de metal. Tal invenção se disseminou com muita rapidez e revolucionou a forma de desenvolver e preservar as informações e a cultura. Para esse autor, a partir dessa invenção foi aberto o caminho para a popularização do livro e a disseminação do conhecimento em larga escala, para o desenvolvimento do jornal impresso e para a democratização da educação. Sabe-se que, durante milênios a escrita restringia-se a modos de réplica muito limitados, como as tabuinhas com escrita cuneiforme dos povos sumérios, os papiros egípcios, os ideogramas chineses, entre outras variadas formas de reprodução, cujo acesso era restrito a pequenos grupos de pessoas, geralmente escribas (FERNANDES, 2021).

Santos (2020) salienta que com o passar dos tempos torna-se comum a prática de copiar os livros, tarefa que se gastava muito tempo e tomava muito espaço. Sem dúvida, para esses autores, a escrita alfabética significou um enorme avanço para a comunicação, contudo, como os manuscritos eram grandes, pesados e difícil de serem transportados, acabou tornando-se um problema.

A invenção da imprensa pelo alemão Johann Gutenberg, no século XV, isto é, da máquina de impressão tipográfica, foi na verdade um dos acontecimentos que mudaram a história da leitura e da circulação de ideias em escala mundial. De acordo com Dias (2013, p.24) e Santos (2020) a invenção da imprensa, foi significativa para abrir os caminhos para a popularização do livro, a disseminação do conhecimento em larga escala e o desenvolvimento do jornal impresso, que levaram a democratização da educação. Segundo Fernandes (2021) o primeiro livro impresso foi a Bíblia, em idioma vernáculo (em alemão), no Século XVI, até então a Bíblia era lida em latim e sua circulação não era tão grande, tal como passaria a ser a partir da invenção da imprensa. Com este instrumento, segundo Perles (2007, p. 7), o seu criador produziu cerca de 300 exemplares da Bíblia divididos em dois volumes.

Modelo da máquina de impressão inventada por Gutenberg no século XV (Fig. 1).

Fonte: https://brasilescola.uol.com.br/historiag/invencao-imprensa.htm

Contudo, o nome imprensa vai adquirindo no decorrer da história novos significados, referem-se geralmente as organizações de comunicação de massa, de informações por meio de jornais, revistas, livros, rádio, televisão, cinema e Internet, os quais formam um sistema denominado 'mídia' nos tempos mais contemporâneos. Entretanto, para Santos (2020) imprensa designa, originariamente, um tipo de dispositivo técnico capaz de reproduzir palavras, frases, textos ou mesmo livros inteiros através de caracteres ou tipos móveis.

A partir desse contexto, com o avanço do sistema econômico mercantilista, a ascensão da classe burguesa, da invenção da imprensa, da comunicação, entre outras inovações, a Idade Moderna fomenta outras formas de desenvolvimento econômico, de consumo, de comunicação, que avançam em detrimento dos tipos de sociedade do velho mundo.

Nesse contexto, no século XVIII, a melhoria das condições materiais e de higiene dessa população contribuiu para ampliar a longevidade das pessoas, multiplicando-se a quantidade de pessoas de 80 ou mais anos e, até centenárias, sendo que a longevidade surgia como penhor de virtude (SANTOS, 2017, P, 40).

Nesse contexto, segundo Beauvoir (1970, p. 202) no século XVIII, por conta da melhoria das condições materiais, de higiene e de saúde, por toda a Europa, há aumento da longevidade, multiplicando-se a quantidade de pessoas de 80 ou mais anos e, até centenárias. Contudo, para Santos (2017, P, 40) essa condição só favoreceu as classes privilegiadas e/ou dominantes, na medida em que os indivíduos de 40 ou mais anos das classes inferiores, em função das condições de trabalho, da miséria e da fadiga, apresentavam forte decadência física e, à medida que envelheciam, eram condenados à indigência da própria velhice, ficando a cargo da família, das instituições caritativas ou da igreja.

Segundo Santos (2017, p. 42) o sentimentalismo para com os mais pobres e fracos, avôs e avós caracterizados como velhos, encontrava-se sustentado pela beneficência criada pela sociedade filantrópica da época. A partir do final do Século XVIII e início do Século XIX,

multiplicaram-se, nessa conjuntura, instituições de caráter filantrópico para o cuidado da velhice desamparada e pobres. A prática da filantropia era tida como uma maneira de garantir a felicidade, uma preocupação por parte da burguesia que visava obter essa felicidade por meio da virtude e perdão dos pecados (BEAUVOIR, 1970, p. 207).

Contrapondo-se a essa realidade, nas classes privilegiadas, os homens de idade eram beneficiados, de forma geral, com melhores condições e qualidade de vida. Graças ao progresso técnico direcionado para esse segmento da população, a vida material e social tornou-se mais confortável e menos cansativa em toda Europa, prolongando o tempo de vida ativa. Segundo Beauvoir (1970, p. 204), os sexagenários participavam da vida social, iam ao teatro, frequentavam cafés, bailes, salões de festas, tendo ocorrido diversos casamentos de homens idosos com mulheres muito jovens.

No final do século XVIII e início do século XIX era visível a ascensão da sociedade capitalista na Europa e em outros continentes. Segundo Beauvoir (1970, p. 204) e Santos (2017, p.42) defendia-se uma ideologia que a velhice deveria ser valorizada, no entanto, esta ideologia restringia-se à valorização dos idosos da classe dominante, em detrimento da desvalorização dos(as) velhos(as) das classes menos favorecidas, que permaneciam em condições desfavoráveis de vida, material e socialmente.

Era da Comunicação em Massa e seus reflexos no processo de envelhecimento.

A Era da Comunicação em Massa surge no Século XIX, com o Jornal Diário, contudo, vale salientar que, em épocas remotas, durante o Império Romano, 59 a.C. o governo imperial de César já utilizava a Acta Diurna, uma publicação oficial do Império Romano para diariamente levar a população de todos os cantos do Império (e de fora dele) notícias ao povo, falando principalmente de conquistas militares, ciência e política.

Seguindo esse pensamento, estudos de (DeFleur e Ball-Rokeach,1993; Bragança, 2009; Costa, 2011; Santos, 2017; Santos, 2017, entre outros), mostram que a Era da Comunicação em Massa teve início no final do século XIX com a disseminação de jornais para pessoas comuns e o advento das mídias elétricas como o telégrafo e o telefone. No século XX esse processo vai se consolidando com a criação da televisão, que amplia a divulgação de filmes e rádios, veículo responsável pela transição que continua até a data atual.

Em meados do XIX, a comunicação em massa, mas, especificamente, o Jornalismo, com a invenção do Telégrafo em 1844, propiciou um grande salto tecnológico. Esse aparelho considerado o pai de toda a comunicação moderna, permitiu que textos que levariam horas ou até dias para serem transportados fossem repassados pelos profissionais de jornalismo para as redações em questão de minutos. Ademais, o telégrafo consentiu, sobremodo, que

a imprensa se tornasse muito mais ágil, isto porque, permitiu, que um fato que acontecia pela manhã virasse notícia a tarde, podendo ser facilmente publicada em um jornal.

O telégrafo de Morse

Fonte: https://www.explicatorium.com/fisica/telegrafo.html

Ao longo no século XX com a criação do rádio, do cinema e da TV, acontece efetivamente a explosão dos meios de comunicação de massa. Segundo DeFleur e Ball-Rokeach (1993, p. 20), o advento das mídias elétricas como o telégrafo e o telefone, consolidou a criação da televisão e ampliou a divulgação de filmes e rádios. O advento do rádio, na década de 1950, ficou conhecido como a 'era de ouro' e a "nova era da comunicação", isso porque suas ondas possibilitaram a quebra de uma barreira que subsistiu a tecnologia da impressão, bem como cristalizou o acesso em massa, uma comunicação mais abrangente (PERLES, 2007, p. 8).

Radio antigo

Fonte: https://www.istockphoto.com/br/foto/r%C3%A1dio-antigo-gm89137870-5288592

Segundo Graziano (2009), neste mesmo contexto, começa a surgir no Brasil, a televisão, considerada ícone das famílias brasileiras. A priori, foi vista como meio de possibilitar maior acesso comunicativo às famílias, apoiadas na crença salvadora do acesso à TV, para o reducionismo do analfabetismo brasileiro, e consequentemente maior desenvolvimento econômico do país, tendo em vista o estímulo ao consumo (SILVA, 2016).

Para Silva (2016), a TV se tornaria um dos mais poderosos e eficiente meio de comunicação, uma vez que, além de contribuir para alfabetizar todos os povos, sobretudo, seria necessária para a funcionalidade dos sistemas econômicos realizar a publicidade de preços e dos mercados. Para Graziano (2009, p. 2) a TV não deixou de propiciar contribuições relevantes à comunicação, em sua gênese haviam interesses em disputas que, favoreciam uns aspectos e outros não, de caráter políticos e econômicos.

Nessa direção, o Estado passou a ampliar suas ações no campo das telecomunicações no sentido de facilitar e agilizar a difusão de informações, tendo em vista promover a "integração nacional". Para Carvalho (2006, p.51) o Plano de Metas do governo, à época Juscelino Kubitschek (de 1956 a 1961), era implantar um sistema nacional de telecomunicações que facilitasse e agilizasse a difusão de informações, com o objetivo de atingir a tão esperada "integração nacional". Nessa mesma direção, Jânio Quadros (1961) criou o Conselho Nacional de Telecomunicações (CONTEL) e, em seguida, no governo de João Goulart, foi aprovado e regulamentado o Código Brasileiro de Telecomunicações (CBT)".

Para Silva (2016) estava em jogo a própria estabilidade dos militares, para tanto, seria necessário interferir nos rumos das telecomunicações, uma vez que esse setor até aquela época era controlado pelo setor privado. Assim, com o Golpe de 1964, os militares se debruçaram para que o país tivesse uma moderna infraestrutura comunicativa, visando a segurança do desenvolvimento da nação.

Diante disto, em 1965 foi criada a Empresa Brasileira de Telecomunicações (EMBRATEL) com vistas o controle das concessionárias privadas, bem como, assumir os serviços nacionais e internacionais das multinacionais e, em 1967 a criação do Ministério das Comunicações, para substituir a CONTEL. Assim, o governo teria maior capacidade de administração da telecomunicação brasileira (CARVALHO, 2006).

É visível, à época, que com a EMBRATEL, amplia-se os serviços de comunicação telefônica a longa distância, embora sua qualidade não eficiente deixasse a desejar em muitos aspectos. Segundo Silva (2016) para suprir esta limitação, foi criado a Telecomunicações Brasileiras (TELEBRÁS) em 1972, "vinculada ao Ministério das Comunicações, com atribuições de planejar, implantar e operar o Sistema Nacional de Telecomunicações (SNT). De acordo com Silva (2016) em 1998 a Telebrás foi desativada, no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2011) devido ao processo de privatização das empresas estatais de telefonia do governo. 0 Lula da Silva (2003-211) a empresa foi oficialmente reativada e, em 2010 para gerir o Plano Nacional de Banda Larga.

Nesse processo, conforme entendimento de Carvalho (2006) as questões da transmissão de dados, mais especificamente, a informática, que já vinha sendo integrada às telecomunicações, começa a se alastrar no país, setor que ficou conhecido como "teleinformática".

Estes avanços, foram pouco a pouco se convertendo em serviços disponíveis à sociedade. Não obstante, nos dias mais atuais do presente século o uso da informática, dos computadores e dos telefones móveis para comunicação humana, acabou sendo recursos utilizados em grande escala na sociedade de consumo contemporânea.

Para DeFleur e Ball-Rokeach (1993, p. 12) a comunicação humana na Era dos Computadores, com a sociedade informatizada representou não apenas uma evolução, mas, uma revolução. As tecnologias dos computadores, remodelaram os veículos de comunicação de massa tendo em vista atingir cada vez mais um número maior de pessoas e grupos e, a partir de então, provocaram uma série de mudanças e alterações constantes no comportamento e cotidiano dos(as) consumidores(as).

Para Bragança (2009, p. 4) a Era dos Computadores e da Informação concretizou a conquista do espaço, a criação e utilização de satélites de comunicação que revolucionaram as comunicações com a ampliação das transmissões de rádio e televisão, assim como, das transmissões de dados, das redes de computadores e da criação da Internet e consolidação do ciberespaço. Segundo William Gibson (2003) o ciberespaço trata-se de um espaço composto por computadores e usuários conectados em uma rede mundial. Esse seria, segundo McLuhan (1971) uma nova sociedade, tipo uma aldeia, completamente interconectada e tomada pelas mídias eletrônicas, que aproximaria as pessoas de toda parte, permitindo que se conhecessem e se comunicassem.

A expressão conhecimento e comunicação humana, a partir do surgimento da Internet como uma rede mundial de computadores, se estabelece como um espaço que não existe fisicamente, mas virtualmente. Para Bragança (2009, p. 5) a Era dos Computadores e da Informação, impulsionaram as comunicações, por meio do desenvolvimento de novas tecnologias, revolucionaram os processos de transmissão de mensagens, de dados, de voz e de vídeo com altíssimas velocidades e uma convergência total ao mundo e à realidade virtual. Segundo Dias (2013) além disso, o desenvolvimento dessas tecnologias permitirem a retransmissão de programas da televisão educativa e comercial, abriram novas perspectivas para a comunicação telefônica, para transmissão de dados, fax, internet e muitos outros serviços especializados.

Para Barros (2020) a Era dos computadores e da informação reinventou a maneira do ser humano se comunicar, porém, a própria internet também o fez. Isso porque, até então, todo o processo de comunicação se dava entre cidadãos que utilizavam objetos, ferramentas ou dispositivos tecnológicos para estabelecerem a troca de mensagens e informações. Ao iniciar a utilização de rádio e de televisão, a forma de comunicação continuou assim, alguém produzia o conteúdo, as informações e as mensagens e, estes, eram transmitidos de pessoas para pessoas com a sustentação da tecnologia.

Contudo, ainda conforme Barros (2020), com a criação da internet uma nova forma de comunicação entre as pessoas no ciberespaço acontece. À medida em que a quantidade de dispositivos físicos conectados ao ciberespaço superou a quantidade de habitantes no mundo todo, a quantidade de informações geradas e disseminadas na sociedade aumentou exponencialmente.

Neste modelo, a comunicação passou a ser de pessoas com pessoas, através dos milhares de dispositivos tecnológicos que sustentam a internet e o ciberespaço, há ainda a comunicação e a conectividade entre os próprios objetos e os dispositivos. Enfim, uma infinidade de equipamentos com suporte para acessar o mundo virtual e fazer parte dele como integrante ativo, emitindo e recebendo mensagens e trocando informações e, ampliando as formas do homem se conectar ao universo virtual.

A Era dos Computadores e da Informação na Contemporaneidade: fatores que podem influenciar a comunicação no processo de envelhecimento

A partir da Idade Antiga, registra-se a decadência cada vez maior da importância que era dada à velhice, ao tempo em que se exalta a ascendência juvenil. Esse contexto leva à velhice a ser entendida por toda sociedade como uma força destruidora, inclusive pelos artistas, poetas e escritores, que não mais a entendia com ideia de honra, privilégio e qualificação associada à sabedoria.

Nesse processo, segundo Beauvoir (1970, p 138), a Revolução Urbano Industrial, substituiu as pessoas idosas pela força de trabalho dos jovens, esses passam a dominar o mundo da produção. O ensino passou a ser em massa, nas escolas e nas fábricas, voltado à produção industrial, fato que contribuiu ainda mais para que o idoso passasse a ser visto como uma figura frágil e antiquada perante os novos padrões exigidos pela sociedade de consumo capitalista.

Para Santos (2017) os mais jovens passaram a dominar o mundo da produção, respaldados pela ciência e pela técnica, sendo o(a) idoso(a) considerado(a), muitas vezes, como uma pessoa indesejável por não possuir a mesma capacidade física e a velocidade para atuar com os mais jovens.

Com a evolução demográfica, a expectativa de vida da população tem aumentado gradativamente em nível mundial. Esse cenário parece mudar o processo de desvalorização da velhice e contribuir com a revalorização dessa etapa da vida. A queda da taxa de fecundidade e o aumento da expectativa de vida já ultrapassa a marca dos 75 anos de idade em vários países. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE (2014), no Brasil, a proporção de idosos de 60 ou mais anos de idade passou de 9,7%, em 2004, para 13,7%, em 2014, sendo o grupo etário que mais cresceu na população. Em 2030, esta proporção

será de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população, uma terá pelo menos 60 anos de idade. Em relação à proporção de jovens, a projeção é que em 2040, estima-se 153 idosos para cada 100 jovens (IBGE, 2015).

Segundo Pendergast; Mcgregor; Turki (2012, p. s/n) com os(as) idosos(as) tendo uma maior expectativa de vida, detentores de uma melhor saúde, reivindicando aposentadoria ativa, com disponibilidade para viajar, retorno aos estudos e outras experiências, a idade passou a ter um significado diferente, por conseguinte, evidencia-se uma revalorização da velhice no século XXI.

Para Santos (2017) a sociedade que excluiu os(as) idosos(as) com a revolução industrial, passa a valorizá-los na sociedade contemporânea da comunicação e da informação, devolvendo-lhes a posição de valorização que possuía na sociedade pré-capitalista, a partir de novos valores que caracterizam envelhecimento ativo e saudável. Um estilo de vida que inclua a 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.

Nesse contexto, percebe-se que as relações sociais mediadas pelos avanços no campo das tecnologias da informação e da comunicação, propiciaram novas configurações de organização da dinâmica da vida social em todas as fases da vida. Essas novas configurações trazem em si contradições inerentes ao próprio processo histórico, social e cultural que envolve, particularmente, o fenômeno do envelhecimento e sua relação com essas novas tecnologias, provocando assim, pertinentes reflexões acerca da materialidade da realidade social que envolve os(as) idosos(as) em relação ao acesso às TICs e seus reflexos no processo de comunicação dos(as) idosos(as).

Helman (2005) chama a atenção para um aspecto que não pode deixar de ser analisado. Na sociedade contemporânea caracterizada pelas novas tecnologias da comunicação e da informação, as pessoas idosas tendem a ter um status inferior, em detrimento da atual desenvoltura das pessoas mais jovens, que possuem maiores habilidades e conhecimento mais amplo para interagir com os elementos dessa área. De forma que, por possuírem perfis mais hábeis e maior nível de conhecimento em relação às novas TICs, absorvem estas, em velocidade muito mais rápida do que seus pais, avós e outros membros da família que incluem a população idosa.

Para Santos et al., (2018) se, por um lado, é possível dizer que o aumento da expectativa de vida dos(as) idosos(as) retrata uma conquista no âmbito social e da saúde, por outro, representa um desafio ao atendimento das possíveis demandas econômicas e sociais, principalmente em países em desenvolvimento em relação às TICs.

Para Blessmann (2003, p. 75) e Santos (2017) o sistema capitalista, por visar lucro, apropria-se do contexto do aumento da expectativa de vida dos(as) idosos(as), do fenômeno

do envelhecimento e da qualidade de vida para reintroduzi-los nessa nova sociedade. A imagem apresentada é de idosos(as) capazes, dinâmicos e alegres que pertencem à terceira idade, como potenciais consumidores(as) da indústria do lazer e das tecnologias da comunicação e da informação.

A partir da lógica da racionalidade econômica capitalista, conforme salienta Saraiva (2015), com o aumento da expectativa de vida e das taxas de sobrevida, crescem também as oportunidades de realização e satisfação desse segmento populacional, deixando a velhice de ser caracterizada pelo ócio, somando-se a isto a denominação terceira idade (SANTOS, 2017). Impõe-se assim, uma nova ideia de velhice caracterizada pela atividade, dinamismo, capacidade de interagir com as novas tecnologias, responsabilizando o(a) idoso(a) de envelhecer bem, de forma ativa e com qualidade de vida.

A partir desse contexto, surge um mercado para idosos(as), não limitado a medicamentos e serviços de saúde, mas compreendendo a realização e a satisfação das novas demandas de consumo para esse segmento populacional, abrangendo o consumo das novas tecnologias da informação. O sistema capitalista parece desconhecer que existem diversas alterações decorrentes do envelhecimento do organismo que podem influenciar o uso das tecnologias da comunicação e da informação, inclusive dificuldades de ordens econômicas, sociais e culturais, que podem refletir na exclusão social do(a) idoso(a) a consumir essas tecnologias.

Estas possibilidades de consumo passaram a ser “garantidas” por vários segmentos profissionais e institucionais, que, apoiados pela mídia e pela propaganda mercadológica, divulgam um conjunto de recursos farmacêuticos, médicos, tecnológicos, educacionais, sociais, culturais e de lazer voltados à transformação do sonho em realidade, gerando nos(as) idosos(as) novos hábitos de consumo e novos anseios por qualidade de vida (NERI, 2011, p. 14).

A partir dessa perspectiva, é relevante considerar, que o envelhecimento é definido como um processo natural, progressivo e irreversível, inerente e comum a todos os seres humanos e animais. Nesse processo, o indivíduo pode sofrer influência de fatores sociais, políticos, econômicos e psicológicos. Alterações funcionais e estruturais podem acarretar prejuízo motor e dificuldades de ordem psicológica e social a esse grupo, impactando de forma negativa sua relação com o ambiente físico e social o qual está inserido(a).

Partindo desses pressupostos, segundo Mesquita, Cavalcante e Siqueira (2016) diversas alterações decorrentes do processo de envelhecimento do organismo podem influenciar o processo de comunicação, trazendo dificuldades que poderão refletir, inclusive na exclusão social do(a) idoso(a) desse processo.

Para Lima e Almeida (2015), a considerar o crescente envelhecimento populacional, bem como, a constante evolução e consolidação das Tecnologias da Informação e Comunicação

(TICs), faz-se necessário considerar a precisão da sua utilização e apropriação pelos(as) idosos(as). Segundo esses estudiosos, para manter-se incluídos nos meios sociais os quais estão inseridos(as) os(as) idosos(as), necessitam apropriar-se desses objetos tecnológicos.

Essa exclusão pode se dá não somente por alterações de ordem fisiológica, que pode influenciar a interação social entre os(as) idosos(as) distintos. Um outro aspecto relevante a considerar que pode causar essa exclusão, diz respeito ao fato que, para manter-se incluído nos meios sociais, como consumidor(a) das TICs, os(as) idosos(as) necessitam apropriar-se dessas tecnologias, e para tanto, precisam ter não apenas condições econômicas, mas, também habilidades para as utilizarem ou consumirem.

Os estudos como os de Mynayo, Hartz e Buss (2000) e o de Santos e Saraiva (2017) que analisam as sociedades onde as desigualdades e a heterogeneidade são muito fortes, mostram que os padrões de vida são significativamente estratificados e as concepções de envelhecimento como bem-estar e qualidade de vida são significativamente positivistas, fragmentadas e não críticas. A ideia de envelhecimento com qualidade de vida está relacionada com o bem-estar das camadas superiores, mais favorecidas, em detrimento do bem-estar das classes menos favorecidas.

O que vai determinar a compra e o consumo pelos(as) idosos(as) de produtos e de serviços das TICs para os(as) idosos(as) de diferentes classes, é a condição econômica, de salário e de renda, considerando, sobretudo, prioritariamente, suas demandas e necessidades básicas para a sobrevivência. Contraditoriamente, para os(as) idosos(as) das classes mais favorecidas, o que vai determinar a compra e o consumo de equipamentos/dispositivos móveis é a necessidade, a demanda e o desejo de possuir para o adequado conforto e bem-estar. O que se constata na sociedade, caracterizada como de comunicação de massa e informacional é a existência de esperanças, desejos, demandas e anseios atendidos de forma diferenciada, conforme a classe social, sobremodo, a partir da influência da indústria mercadológica e de publicidade, que faz os(as) mais velhos(as) sentirem-se improdutivos, incompetentes, inúteis e dependentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender a diversidade de apreciações acerca desses fenômenos, destacando as interrelações entre comunicação e envelhecimento, com destaque relacionado aos(as) idosos(as), às tecnologias da informação e comunicação e os impactos no processo de comunicação desse segmento, torna-se fundamental, sobremaneira, quando se considera o processo de comunicação como uma atividade humana, a partir da qual as trocas de informações são geradas, tendo em vista o crescimento e o desenvolvimento humano, bem como sua qualidade de vida.

Considerar o crescente envelhecimento populacional, bem como, a constante evolução e consolidação das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e suas implicações no processo de comunicação dos(as) idosos(as), recomenda, sobretudo, entender a questão social que embasa a relação entre esses dois fenômenos estudados. Sugere compreender que os(as) idosos(as) fazem parte do segmento demográfico que mais preocupa a sociedade, por ser, o mais vulnerável, em função das limitações conferidas pelo processo de envelhecimento, pela dependência, pelos problemas de saúde, pelas perdas, pelo abandono e pela solidão, sobressaindo às limitações econômicas, principalmente dos(as) idosos(as) das classes menos favorecidas, extremamente agravadas.

Como desdobramento de futuros estudos sugere-se investigar, a partir das representações sociais dos(as) próprios(as) idosos(as), aos quais são suas demandas em relação às TICs e suas implicações no processo de comunicação, quando essas demandas não são atendidas, destacando aspectos primordiais que as determinam e as conformam na sociedade de consumo contemporânea.

Nessa direção, a condição de classe dos(as) idosos(as) necessita ser compreendida e considerada para o entendimento das interrelações entre - comunicação e envelhecimento e as implicações das TICs, no processo de comunicação dos(as) idosos(as), assim, serão apreendidas as construções históricas, econômicas, políticas, sociais e culturais, destacando-se os aspectos primordiais que determinam e confirmam essas inter-relações na sociedade de consumo contemporânea.

Considera-se que, as TICs apresentam-se como uma necessidade, a fim de diminuir a distância do público idoso ao acesso e à utilização dos meios tecnológicos, visto que a sua não inclusão pode afetar de forma negativa seus processos de interação social e sua qualidade de vida.

Considera-se ainda, a partir do que garante as políticas públicas e sociais que defendem os direitos dos(as) idoso(as), que é dever do Estado promover o desenvolvimento de habilidades digitais para uso das TICs, tendo em vista, reduzir as desigualdades e as distâncias desse segmento populacional ao acesso e à utilização das novas TICs. Ressalta-se ainda, que a não inclusão desse segmento pode afetar consideravelmente, de forma negativa, seus processos de interação social, por conseguinte, a sua qualidade de vida.

Este estudo reforça o pensamento de muitos outros teóricos de que a promoção para formação de uma consciência crítica dos(as) idosos(as), no sentido de vencer suas limitações e seus desafios devem ser intensificados, de forma coletiva, na busca do alcance de um futuro mais promissor para nova demografia em relação à apropriação e uso das TICs. Para tanto, o controle social, pelo segmento idoso, das políticas voltadas à defesa dessa causa, torna-se essencial. Isso pode ser feito através da participação do segmento idoso

nos conselhos próprios da categoria, em defesa da efetivação do direito, tencionando uma melhor qualidade de vida no processo de comunicação.

REFERÊNCIAS

1. BARROS, Álvaro Gonçalves de; SOUZA, Carlos Henrique Medeiros de; TEIXEIRA. Risiberg. **Evolução das comunicações até a internet das coisas: a passagem para uma nova era da comunicação humana**. Caderno de Educação Básica. Páginas – Vol.5.Nº 3 (2020).

2. BEAUVOIR, Simone de. **A VELHICE – A Realidade Incômoda**. Difusão Europeia do Livro: São Paulo, 1970.

3. BLESSMANN, Eliane Jost. **CORPOREIDADE E ENVELHECIMENTO: O SIGNIFICADO DO CORPO NA VELHICE**. Dissertação de Mestrado em Ciências do Movimento Humano, Programa de Pós-Graduação, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2003.

4. BRAGANÇA, Isabela. **Evolução da comunicação**. Disponível em:http://pt.scribd.com/doc/16088693/Evolucao-da-comunicacao-humana-Podemosexplicar-a-historia-da-existencia-humana-atraves-das-etapas-do-desenvolvimento-dacomunicacao Acesso em 30/06/2020.

5. CARVALHO, Marcelo Sávio Revoredo Meneses de. **A trajetória da internet no Brasil: do surgimento das redes de computadores à instituição dos mecanismos de governança.** (Dissertação). Universidade Federal do Rio de - UFRJ Janeiro. R.J. 2006. Disponível em: http://www.nethistory.info/Resources/Internet-BR-DissertacaoMestrado-MSavio-v1.2.pdf. Acessado em: 12/04/2021.

6. DEFLEUR, Melvim L. BALL-ROKEACH. **Teorias da Comunicação em Massa.** Tradução da 5 ed. Editora Zahar. Rio de Janeiro, 1993.

7. DIAS, Carlos Antônio. **Tecnologias e novos modos de comunicação. A (re)invenção do conhecimento no ciberespaço na percepção dos docentes imigrantes digitais de uma universidade pública**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Cognição e Linguagem. UENF, 2013.

8. GRAZIANO. Diólia de Carvalho. **Avanços e desafios na tecnologia audiovisual brasileira: caso da IPTV.** VII Encontro Nacional de História, mídia alternativa e alternativa midiática. Fortaleza, 2009.

9. GIBSON, William. **Neuromancer**. São Paulo: Aleph, 2003. Acesso em: 10/03/2021.

10. FERNANDES, Claudio. **Invenção da imprensa**. Brasil Escola. https://brasilescola.uol.com.br/historiag/invencao-imprensa.htm/. Acesso em: 20/03/2021.

11. HELMAN, C. G. **Cultural aspects of time and ageing: time is not the same in every culture and every circumstance; our views of ageing also differ [Special Issue].** European Molecular Biology Organization, 6 (S1), 2005.

12. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico de 1940, 2000 e 2010.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2011/11/censo-2010-cai-taxa-de-analfabetismo-no-pais>. Acesso em: 12/03/2020.

13. _____. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2015. Estudo e Pesquisa: Informação Demográfica e Socioeconômica.** Rio de Janeiro n. 35. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 28/04/2021.

14. LIMA, Samuel de Carvalho e ALMEIDA, Lúrya Valéria de Oliveira Sousa. **Letramento digital de idoso no contexto do EJA em Mossoró - RN. Revista de Educação, Ciência e Tecnologia**. 2015;4(1):1-14.

15. MINAYO, Maria Cecília de S.; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

16. MESQUITA, J. S.; CAVALCANTE, M. L. R.; SIQUEIRA, C. A. **Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira?** Revista Kairós Gerontologia, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2016. Disponível em: Acesso em: 11/04/2021.

17. MILHOMEN, Saron K., SANTO, Jackson J. E., BRANDÃO, Cláudio de O. **A Evolução da Comunicação, a Cibercultura e o Consumo: primeiras impressões.** Intercom. XXXV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Fortaleza-CE, 2012. Disponível em: http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2012/lista_area_IJ-DT5.htm

18. MCLUHAN, Marshall; FIORE, Quentin. **Guerra e paz na aldeia global.** Rio de Janeiro: Record, 1971.

19. NERI, Anita Liberalesso. **Qualidade de vida na velhice e subjetividade**. In: NERI, Anita Liberalesso (org.). **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.** 2. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2011.

20. NERI, A. L. & Fortes, A .C. G. **A dinâmica estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família.** In: FREITAS, E. V., Py, L., CANÇADO, F. A. X., DOLL, J. e GORZONI, M. L. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**, 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1277-1288.

21. PENDERGAST, Donna; McGREGOR, Sue; TURKI, Kaija. **Os próximos 100 anos: Criando Futuros para a Economia Doméstica**. 2012. Disponível em: <http://www.ohea.on.ca/uploads/1/2/6/0/12605917/chapter>. Acesso em: 20/10/2020.

22. RECUERO, Raquel. **A Internet e a nova revolução na comunicação mundial.** Ensaio de artigo. 2020. Disponível em<http://www.raquelrecuero.com/revolucao.htm>. Acessado em 30/01/2021.

23. PERLES, João Batista. **Comunicação: conceitos, fundamentos e história. Biblioteca. On-line de Ciências da Comunicação**. 2007. Disponível em:http://www.bocc.ubi.pt/pag/perles-joao-comunicacao-conceitos-fundamentoshistoria.pdf. Acessado em: 10/03/2021.

24. SANTOS, Sílvia Cavadinha Cândido dos. **Sociedade de consumo, processo de envelhecimento e qualidade de vida: a partir das representações sociais dos/as idosos/as**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social. UFRPE, 2016.

25. SANTOS, Paloma Ariana dos; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss; MARÇAL, Cláudia Cossentino Bruck; ARAKAWA-BELAUNDE, Aline Megumi. **A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento.** Audiol Commun Res. 2019; 24: e 2058.

26. SANTOS, Sílvia Cavadinha Cândido dos; SARAIVA, Joseana Maria. **Processo de Envelhecimento e Qualidade de Vida: significados e tendências na sociedade de consumo contemporânea.** In: ALBUQUERQUE, Carla Gabriela S. S. Cavalcanti de; MOREIRA, Lucyana Paula de C.; SOUSA, Renata G.; NÓBREGA, Rita de Kásia T. (org.). Reflexões à luz do Envelhecimento. Recife: Libertas, 2017. 195p.

27. SANTOS, Domingues. **O princípio da Escrita**. 2020. Disponível em https://revista.unemat.br/avepalavra/atual/artigos/domingos.pdf . Acesso em: 12/03/2021.

28. SARAIVA, Joseana Maria. **A lógica do capital e do Estado na provisão dos meios de consumo coletivo: uma experiência de responsabilidade social no campo da assistência à criança.** Recife: Editora UFPE, 2015.

29. SABBATINI, Renato M.E. **A Evolução da Inteligência Humana**. Revista on-line Cérebro e Mente. 2001. Disponível emhttp://www.epub.org.br/cm/n12/mente/evolution/evolution_i.html. Acesso em 10 de março de 2021.

30. SCHACHTER-SHALOMI, Zalman e MILLER, Ronald S. **Mais Velhos, Mais Sábios: uma visão nova e profunda da arte de envelhecer.** Tradução de Siene Maria Campos. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

31. SILVA, Joel Severino de. **História da comunicação e dos seus meios: um constitutivo pedagógico.** Eixo 01 - Educação e Comunicação. ANAIS do SIMEDUC, n.7 (2016).

07

Cuidando do cuidador: uma perspectiva de atuação em educação em saúde

Nicole Leite Lucas
UFPB

Laís Claudino Moreira Ribeiro
UFPB

Thamires Lira Fonsêca
UFPB

Dailton Alencar Lucas de Lacerda
UFPB

10.37885/210404269

RESUMO

O crescimento da população de idosos, bem como as necessidades de um cuidado integral demandados por este público, requerem políticas de saúde direcionadas a este extrato populacional. A educação em saúde é uma estratégia de intervenção fundamental neste contexto. Este relato de experiência tem o objetivo de descrever as ações de educação em saúde realizadas com cuidadores de idosos hospitalizados na Clínica Médica de um Hospital Universitário. As ações, abordando temáticas como alimentação saudável, normas e rotinas da clínica médica e uso racional de medicamentos foram desenvolvidas em encontros semanais, através de palestras e dinâmicas, com os sujeitos participantes do estudo. Estas, tiveram como resultado uma apropriação pelos cuidadores de ferramentas para intervenção direta no cuidado ao idoso. Consideramos que o trabalho de educação em saúde facilitou a apropriação de conhecimento pelos cuidadores que se tornaram importante instrumento para promoção da melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Idoso, Cuidador, Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser definido como um fenômeno multidimensional que envolve características individuais e coletivas, além de aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais da natureza humana[1]. De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2005), para os indivíduos residentes nos países em desenvolvimento, como no Brasil, é considerado idoso aquele que possui sessenta anos ou mais. A OMS ainda estima que em 2025, o número de idosos no Brasil deverá ser de 33.4 milhões de pessoas.

Conceitos como autonomia, dependência e independência vêm sendo amplamente discutidos pelos profissionais da área de saúde que atuam com a pessoa idosa. O declínio funcional que ocorre ao longo da vida, particularmente, após os 30-40 anos, é influenciado por vários fatores como: genéticos, somáticos, ambientais, hábitos de vida, condições educacionais, socioeconômicas e relações familiares. Os estados de dependência e independência, em maior ou menor grau, estão presentes ao longo do curso da vida, não sendo um atributo da pessoa com deficiência, doente, incapacitada ou idosa[2].

Ainda que a velhice não seja sinônimo de doença, algumas alterações que ocorrem durante essa fase da vida levam a um estado de dependência, tornando necessária a presença de um cuidador[3].

Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano, com isso, desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre[4]. Segundo Boff (1999), o cuidado apenas aparece quando a existência de alguém adquire significado para nós. Nesse sentido, passamos a cuidar, participar do destino do outro, de suas buscas, sofrimentos e sucessos.

O cuidado pode ser implementado tanto pela família como por profissionais ou instituições de saúde. Nesse contexto, tem crescido a presença do cuidador de idosos que atua nestes ambientes. Chamamos de cuidador informal aquela pessoa que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e que não é remunerado. Cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações, assistindo-o de maneira holística, para realizar as atividades da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado[5].

Costa (2014) destaca que no tocante ao ambiente familiar, em alguns casos, os familiares tem assumido a responsabilidade de serem os cuidadores, deixando em segundo plano o autocuidado. Sendo, geralmente, este cuidador familiar uma pessoa leiga, é importante que haja orientação de um profissional para que se possa controlar a situação, promovendo, assim, a melhoria da qualidade de vida de ambas as partes (paciente/cuidador).

O cuidado domiciliar a um familiar dependente provoca, ao cuidador, mudanças físicas, psicológicas e sociais[6]. Ainda é necessário destacar, que a prática dessa atividade requer conhecimentos, competências e habilidades específicas, sendo necessária a adaptação

desse cuidador às mudanças ocorridas na vida do idoso. De maneira geral, o cuidado envolve atividades relacionadas às necessidades do idoso para as atividades de vida diária (AVDs) e atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), bem como, o cuidado a saúde. Diante disso, os cuidadores classificam esse cuidado como uma tarefa difícil, uma vez que sua execução é realizada de maneira ininterrupta e, na maioria das vezes, por um único cuidador exigindo paciência, amor, renúncia de seus desejos e dedicação especial ao idoso em seu cotidiano[3].

O reconhecimento de que os cuidadores são um componente essencial nos cuidados de saúde, principalmente nas situações crônicas e de longo prazo, tem incentivado a investigação dos problemas por eles apresentados. A maior parcela da população de cuidadores informais no Brasil ainda se encontra sem as informações e o suporte necessário de uma educação continuada sistemática na área. Se o suporte formal não é provido, há o risco do cuidador também se tornar um usuário dentro do sistema de saúde[7].

Diante desse contexto, somado com o desgaste que o cuidado de um idoso dependente implica[3], se fez necessário construir essa pesquisa, na qual o objetivo é o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde aos cuidadores/acompanhantes de pessoas idosas hospitalizadas na Clínica Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley – HULW, da Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Para isso, faz-se necessário; levantar o perfil dos acompanhantes de idosos internados no HULW; planejar e executar atividades/oficinas/encontros/reuniões com temas educativos que despertem interesses para os idosos e/ou cuidadores; construir vínculos com os cuidadores e avaliar os resultados das ações desenvolvidas nesse processo.

Dessa forma, este trabalho justifica-se no contexto da percepção da importância do cuidador no processo de recuperação dos idosos internados em um hospital universitário, haja vista que maioria deles possui algum grau de dependência, justificando assim, a presença e a necessidade do cuidador durante o período de internação e pós-alta; sendo também importante destacar que, os cuidadores referem estresse, ansiedade, angústia, fadiga, irritabilidade, alteração de apetite e padrão do sono e dificuldades financeiras. Tais fatos podem ocasionar para o cuidador, que acompanham e cuidam de idosos institucionalizados o surgimento de doenças orgânicas e psicosomáticas, que consequentemente acarretarão a elevação de gastos com a assistência desse cuidador.

METODOLOGIA

Este estudo consistiu em um relato de experiência de profissionais da Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Hospitalar do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, nos meses de agosto e setembro de 2014. Com o

intuito de socializar experiências de educação em saúde aplicadas aos acompanhantes/cuidadores de idosos.

O estudo desenvolveu-se em articulação com o projeto de extensão "Ampliando o Cuidado: Uma Perspectiva Multiprofissional Para Idosos e Cuidadores", projeto este que nasceu a partir da percepção da importância do cuidador no processo de recuperação dos idosos internados no HULW, e considerando as queixas relatadas pelos mesmos de estresse, ansiedade, angústia, alteração no sono e apetite. O projeto de extensão tem como objetivo o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção à saúde aos idosos internados no Hospital Universitário Lauro Wanderley, bem como aos seus respectivos cuidadores. Estas ações aconteceram por meio de atividades, oficinas, encontros, reuniões com temas educativos e momentos de relaxamento. Participaram da experiência pela Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (RIMUSH), residentes da ênfase de Atenção à Saúde do Idoso, composta por duas enfermeiras, duas assistentes sociais, duas fonoaudiólogas, uma farmacêutica, uma nutricionista, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. O objetivo principal desse grupo foi desenvolver ações de prevenção e promoção à saúde dos idosos internados no HULW e principalmente orientar e instrumentalizar os cuidadores no cuidado ao idoso institucionalizado.

O estudo foi submetido ao comitê de Ética e Pesquisa, sob o protocolo nº 820/446 e possui característica de projeto "guarda-chuva". Porém, no presente artigo será destacada a seção que abrange as ações de educação em saúde realizadas com os acompanhantes e cuidadores de idosos da Clínica Médica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relato de experiência

O primeiro encontro ocorrido no dia 22 de agosto de 2014 teve como tema abordado "Normas e Condutas da Clínica Médica", onde estiveram presentes um total de 17 acompanhantes e sete residentes, sendo conduzido pela nutricionista residente.

Inicialmente, pela manhã, as residentes convidaram, em suas respectivas enfermarias, o público alvo para a reunião que seria de cuidadores e acompanhantes de idosos. No final da tarde, às 16h, o encontro foi iniciado com uma dinâmica de apresentação, na qual os participantes deveriam realizar uma auto descrição através de desenho, escrita ou utilizando mímica respondendo à pergunta condutora "quem é você?". Após a dinâmica foram apresentadas em forma de slides algumas normas e condutas utilizadas na Clínica Médica do hospital, onde os participantes deveriam opinar utilizando placas nas cores verde, caso

julgassem a afirmação exposta correta e, vermelha caso julgassem incorreta, sendo cada uma das normas e/ou condutas debatidas em grupo após as respostas.

Para finalizar, foi realizada uma dinâmica de grupo, facilitada pela fisioterapeuta residente com práticas de alongamento e relaxamento. Em seguida foi dado o informe a respeito da periodicidade dos encontros que seriam as sextas-feiras no período da tarde.

No segundo encontro, realizado no mês de setembro, o tema abordado foi "Alimentação Saudável" conduzido pela nutricionista residente, onde estiveram presentes nove acompanhantes, oito residentes e a coordenadora da ênfase, totalizando 18 presentes. Este encontro foi dividido em quatro momentos: no primeiro, além do convite feito nas enfermarias, os participantes foram identificados com crachás que continham o nome do cuidador e o nome do respectivo idoso que acompanhavam, além disso, havia uma mensagem de "Boas Vindas"!

Em seguida, foi realizada uma dinâmica de apresentação. Nela os presentes deveriam dizer seu nome e alguma característica que os marcassem para que, posteriormente, cada um pudesse dizer de forma aleatória o nome e a característica do outro. Essa dinâmica foi importante, pois através dela, pode-se avaliar a capacidade de percepção do "outro" ao ouvir as descrições, além de descontrair o ambiente pelas semelhanças ou a falta dela, nas características expostas.

O terceiro momento foi constituído pela apresentação de um trecho do documentário "Muito além do peso" em forma de vídeo, além da exposição de uma mesa composta por alimentos industrializados, onde se pode demonstrar na prática a quantidade de óleo, sal e açúcar contidas em cada um. Concomitantemente foram distribuídas imagens de comidas saudáveis e não saudáveis e a partir destas foi levantado o seguinte questionamento "Você comeria este alimento? Sim, não e o porquê?". Mediante as respostas, explicações práticas e teóricas eram dadas a respeito de uma boa alimentação.

Por fim, no momento de despedida foi feita a brincadeira da "dança das cadeiras" tendo o vencedor ganhado um kit de alimentos saudáveis.

A avaliação final do momento foi positiva, contudo houve um momento de dispersão por parte dos participantes (cuidadores/acompanhantes) durante a exibição do vídeo.

O terceiro encontro de cuidadores e acompanhantes teve como tema "Uso Racional de Medicamentos", conduzido pela farmacêutica residente, no qual estiveram presentes seis participantes e sete residentes.

No momento de recepção dos acompanhantes foi realizada uma dinâmica de apresentação em que todos (acompanhantes e residentes) participaram. Nela, uma bola era lançada de forma aleatória para os participantes e quem estivesse com ela nas mãos deveria se apresentar. Caso a bola caísse, a pessoa a qual deixou cair deveria pagar uma prenda.

Em seguida, outra dinâmica foi feita, porém sendo contextualizada ao tema do encontro. Dentro de uma caixa de sapatos foram colocados diferentes tipos de medicamentos (genéricos, referência, tarja vermelha, tarja preta e fitoterápico). Com os participantes sentados em círculo e ao som de uma música, a caixa era passada de mão em mão até que a música parasse de tocar. A pessoa em que a caixa parou, deveria retirar um medicamento sem olhar, e expor aos demais se tinha conhecimento sobre aquele remédio e o que sabia sobre tal.

Pode-se ainda observar as diferentes visões sobre cada medicamento. Ás vezes correta em outras não, de modo que, com intervenção da Farmacêutica, dúvidas eram esclarecidas e complementadas. Em seguida foi feita uma apresentação de slides acerca da forma correta de armazenamento e administração de medicamentos, interações medicamentosas e uso racional de medicamentos. Para finalizar o encontro, um momento de relaxamento e alongamento foi conduzido pela Fisioterapeuta da ênfase.

É oportuno citar que todas as residentes contribuíram e participaram da organização dos encontros (de acordo com a disponibilidade de cada). Apesar dos encontros serem conduzidos por uma ou duas, todas que estivessem presentes no dia, participavam.

O trabalho de Educação em Saúde visa promover ao indivíduo autonomia para tomada de decisões sobre questões relacionadas a saúde[8], autonomia esta que só acontece a partir do momento que se tem acesso e empoderamento de informações e conhecimentos. Ainda segundo Alves e Aerts (2011), para que isto ocorra de modo efetivo é necessário que as atividades de educação em saúde sejam realizadas de maneira simples e contextualizada, fazendo com que a teoria esteja ligada a experiência de vida de cada um. Através do diálogo é possível construir esse conhecimento, como também verificar se o conhecimento foi compreendido pelo outro de maneira correta.

Neste caminho seguido pelas práticas educativas atuais, as pessoas não são provocadas a conhecer e refletir criticamente acerca da realidade em que vivem, pois a educação ocorre de modo prescritivo, conservador e normativo, isto é, desconsiderando o saber prévio do sujeito, o que implica na imposição de um saber que vem de cima para baixo. Para que as práticas de Educação em Saúde venham a ser realmente efetivas, faz- se crucial que sejam levados em consideração as necessidades, os interesses e as potencialidades do grupo que deseja ser atingido. Assim, valorizar os processos dialógicos e participativos com base na troca de experiências e no contexto sociopolítico, econômico e cultural dos sujeitos, de modo a facilitar a construção do saber democrático[9].

Pode-se afirmar que a ação educativa em saúde constitui um processo dinâmico com o objetivo de capacitar indivíduos e grupos para agirem em prol da melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. Para que as ações de Educação em Saúde aconteçam de maneira efetiva é importante que os profissionais de saúde compreendam que,

sendo o entendimento de saúde e doença histórica e culturalmente construídos, a mudança dos mesmos exige um novo aprendizado, o qual deve ter como alicerce o saber popular e o saber técnico, possibilitando a reconstrução do significado do cuidado para o cuidado[9].

A realização de Educação em Saúde com cuidadores de idosos se faz importante, pois é neste espaço que experiências podem ser trocadas, conhecimentos podem ser construídos, e, com isso, auxiliar na melhoria do cuidado prestado. Destaca-se, segundo Ilha *et al* (2012) que existem dois tipos de cuidador, formal e informal. O formal é caracterizado por possuir formação específica para desempenhar a atividade de cuidador, já os informais são familiares, amigos, vizinhos, pessoas pertencentes a grupos religiosos, em geral não remunerados.

De acordo com Nunes *et al* (2014), o olhar sobre os idosos, na perspectiva de um tratamento com o objetivo apenas de aumentar a sobrevida considera-se ultrapassado, estabelece-se, nos dias atuais, atuar com a premissa de viver com qualidade, satisfação e felicidade. Esta reformulação na prática do cuidado com a pessoa idosa deve ser difundida, compartilhada e multiplicada pelos próprios profissionais de saúde na comunidade. Conhecimento este que pode ser também trabalhado em Atividades de Educação em Saúde.

Foi nesta perspectiva de facilitar o empoderamento dos cuidadores de pessoas idosas sobre direitos e deveres, além de práticas de saúde que o presente projeto delineou suas ações. A cada encontro com os acompanhantes foi proporcionado um diálogo para que a partir do saber trazido por eles, novas construções pudessem ser concretizadas.

Em pesquisa realizada por Coelho *et al* (2013), foi possível identificar fatores que se constituíam como barreira para atuação do cuidador de pessoa idosa em domicílio. Observou-se que sobressaíam entraves com questões emocionais e psicossociais, como exemplo agressividade e resistência. Isto sinaliza a necessidade de intervenções estratégicas com o objetivo de promover uma melhoria no desempenho, nas habilidades e no controle das ações do cuidador.

No Brasil ainda é dada uma atenção muito restrita aos cuidadores, diferente de outros países que já compreendem a necessidade de assistência a este público. Tendo em vista que os cuidadores sofrem desgastes na saúde física, emocional e social, ao passo que assumem a carga de prestar cuidados. Isto se configura como um desafio para o sistema de saúde brasileiro, haja vista este grupo pode transformar-se em nova demanda para os serviços de saúde[10].

CONCLUSÃO

Com a estimativa do crescimento significativo da população idosa nos últimos anos, há um aumento também na incidência das doenças relacionadas ao envelhecimento.

Dessa forma, torna-se cada vez mais necessário a presença de um cuidador, seja ele formal ou informal.

Acerca dos cuidadores informais, a sobrecarga de trabalho proveniente do acúmulo de atividades ligadas as suas particularidades juntamente com o cuidado ao idoso, pode acarretar numa maior incidência de doenças no cuidador bem como prejudicar o cuidado ao idoso.

Embora a proposta de não desconsiderar a importância da saúde dos cuidadores seja algo ainda pouco explorada, este projeto possibilitou compreender que ações de educação em saúde para este público são de grande relevância, de maneira a promover o autocuidado, qualidade de vida, e garantir uma melhor assistência ao idoso.

Souza, Wegner e Gorini (2007) corroboraram com este pensamento destacando que "a educação em saúde, além de propor caminhos alternativos aos cuidadores leigos também merece destaque por prepará-los a adquirir autoconsciência critica para rever conceitos e valores".

Assim, sugere-se que as instituições possam implantar serviços que atendam este público trazendo processos de formação e educação continuada a respeito da saúde do idoso, e da sua própria saúde de maneira possamos a melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes MGM, Silva AO, Loureiro LSN, Medeiros ACT. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. Cogitare Enferm. 2011. 16(3): 543-8.

2. Santos SSC. Enfermagem gerontogeriátrica: reflexão à ação cuidativa. 2ª ed. São Paulo: Robe Editorial, 2001.

3. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 543-8.

4. Boff L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

5. Patrocínio WP. Cuidando do cuidador. Revista Portal Divulgação. 2011. 17. [acesso em 12 de jul de 2015]. Disponível em http://portaldoenvelhecimento.com/revista- nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/214/214

6. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(4):884-9.

7. Lenardt MH, Willig MH, Seima MD, Pereira LF. A condição de saúde e satisfação com a vida do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. Colomb Med. 2011; 42 (Supl 1): 17-25

8. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011. 16(1).

9. Santiago RF, Luz MHB. A. Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. Rev. Min. Enferm. 2012. 16(1):136-142.

10. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latino-am Enfermagem. 2007. 15(2).

08

Dependênicia química à nicotina entre idosos: um relato de experiência

Matheus Vinícius Nascimento Cabral
UEPB

Bruna Moura Ribeiro Nunes
UEPB

Luana Silva Barbosa
UEPB

Mateus Raposo dos Santos
UEPB

Clésia Oliveira Pachú
UEPB

10.37885/210404396

RESUMO

O tabagismo se apresenta como principal causa de mortes evitáveis no mundo, entre essas, 45% dos óbitos por infarto do miocárdio e 85% dos provocados por enfisema. Objetivou-se refletir acerca da iniciação ao consumo de cigarros entre idosos em tratamento de tabagismo em um hospital público do Nordeste. Utilizou-se de metodologia ativa, Problematização, realizada no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande, semanalmente, no período de setembro de 2015 a novembro de 2016. Foram assistidos tabagistas voluntários, de ambos os sexos e idade superior a 18 anos, sendo 32 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. No estudo, foram entrevistados 32 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 19 (59,4%) e 13 (40,6%) do sexo feminino e masculino, respectivamente. Em se tratando de um conjunto de estratégias intervencionistas, fundamentadas nos objetivos da Política Nacional de Controle do Tabagismo e elaboradas por uma parceria entre Ensino-extensão, comunidade-Universidade e Secretarias de Saúde, dos 32 pacientes idosos, 10 deles conseguiram cessar fumo completamente, sendo 5 de cada sexo, 7 dos 32 idosos só estiveram presentes na primeira semana, não concluindo assim o tratamento, e o restante, 15 pacientes, não conseguiram abandonar o tabaco, porém reduziram consideravelmente a quantidade de cigarros utilizados por dia. Ademais, constatou-se que a maioria dos idosos começou a fumar mais cedo e fumam uma grande quantidade de cigarros por dia, tal fato pode explicar o porquê ser tão difícil para este grupo parar de fumar.

Palavras-chave: Tabagismo, Transtorno por uso de Substâncias, Nicotina.

INTRODUÇÃO

O tabagismo se inicia por meio de vários fatores, dentre eles, estão o fácil acesso, o baixo custo e durante longos anos, a interferência da mídia promovendo apenas o lado positivo do uso do tabaco. O ato de fumar tornou-se natural em incontáveis sociedades, devido às estratégias dos fabricantes para aumentar o consumo do tabaco. O tabagismo apresenta índices em frequente avanço, sendo considerada a principal causa de mortes evitáveis no mundo todo[1], estimando-se que seja culpado por 45% dos óbitos por infarto do miocárdio, 85% dos provocados por enfisema, 25% das mortes por doença cerebrovascular e 30% das provocadas por câncer[2].

Estima-se que cerca de 1,25 bilhões de pessoas sejam fumantes. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que 47% dos homens e 12% das mulheres são fumantes e que quatro milhões de óbitos anuais possam ser atribuídos ao hábito de fumar. Em 2030, este número pode chegar a 10 milhões. O tabagismo está associado a enormes custos sociais e econômicos originários do aumento de morbimortalidades relacionadas ao fumo[3]. A magnitude dos custos relacionados ao tabagismo impõe uma carga importante tanto para o indivíduo quanto para os sistemas de saúde.

Dados da literatura científica indicam que os custos em saúde atribuíveis às doenças tabaco relacionadas alcançam em termos globais cerca de USD 500 bilhões por ano, devido à redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras [3,4]. A prevalência mundial de tabagismo em pessoas com mais de 60 anos de idade é estimada em cerca de 40% entre homens e 12% entre mulheres. Este grupo reflete a 12% de indivíduos fumantes. Espera-se então que a longevidade, autonomia e independência entre idosos aumentem com a cessação do hábito de fumar.

Preocupado com o avanço do tabagismo na região de Campina Grande, na Paraíba, o Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS) instalado na Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), realiza, em parceria com outras Instituições de Ensino Superior realiza o tratamento de tabagistas, com enfoque multidisciplinar. O referido tratamento acontece no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), na cidade de Campina Grande-PB. A presente intervenção objetivou refletir acerca da iniciação ao consumo de cigarros entre idosos em tratamento de tabagismo em um hospital público do Nordeste.

METODOLOGIA

Na presente intervenção se utilizou de metodologia ativa, do tipo Problematização[5]. O local de realização foi o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande, semanalmente, no período de setembro de 2015 a novembro de 2016.

Foram assistidos tabagistas voluntários, de ambos os sexos e idade superior a 18 anos, sendo 32 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. O relato de experiência apresentado neste artigo relata a experiência na participação do Programa de Tratamento do Tabagistas quanto ao consumo e idade de iniciação do consumo de cigarros entre idosos participantes do referido Programa.

Na primeira etapa, foi realizada uma explanação acerca da proposta de tratamento multidisciplinar com as Instituições de Ensino Superior parceira nesta intervenção, Universidade Estadual da Paraíba, Universidade Federal de Campina Grande e UNINASSAU. Uma semana após a referida palestra, os tabagistas retornavam para avaliação com a equipe multidisciplinar composta por Medicina, Nutrição, Farmácia, Educação Física, Psicologia e Odontologia.

No terceiro momento, 15 dias após o primeiro encontro era realizado o cuidado farmacêutico, desde a avaliação da condição fisiológica as reações adversas do uso do medicamento Bupropiona. Este é medicamento de escolha para o tratamento tabagista, nesta etapa a Equipe de Farmácia analisa o perfil farmacoterapêutico para melhor acompanhamento do idoso em tratamento do tabagismo. Os assistidos, após a avaliação da equipe multidisciplinar são liberados para fazer parte do Programa, realiza-se a dispensação da medicação fracionada para quinze dias de tratamento e orienta-se quanto à forma de tomarem a medicação. Após os quinze dias, os pacientes retornam para uma avaliação quanto aos sintomas de abstinência, métodos para reduzir a quantidade de cigarros/dia e, se houve alguma reação adversa com o medicamento dispensado.

O Programa realiza a escuta acerca do perfil social, história tabágica, (in) existência de morbidades e o grau de dependência à nicotina (teste de Fagerström). E, no quarto momento, pergunta-se acerca do consumo de cigarros e idade de iniciação do idoso ao ato de fumar. Este tema do presente relato de experiência.

O contexto da quantidade de cigarros fumados e iniciação da dependência química à nicotina é socializado em roda de discussão com os tabagistas, onde são apresentadas as idades destes no hábito de fumar. Neste momento os tabagistas assistidos são aconselhados acerca de medidas a serem tomadas pelo idoso para largar a dependência química à nicotina enquanto protagonista de promoção de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No estudo, foram entrevistados 32 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 19 (59,4%) do sexo feminino e 13 (40,6%) do sexo masculino. Observa-se, na Tabela 1, que a quantidade de cigarros fumados por idosos era elevada chegando a mais de 80 % fumarem acima de 10 cigarros ao dia.

Tabela 1. Quantidade de cigarros consumidos por dia entre idosos em tratamento no Hospital Universitário Alcides Carneiro.

Cigarros	N	%
5-10	4	12,50
11-15	11	34,38
16-20	7	21,87
21 acima	10	31,25

A preocupação com a saúde do idoso é acrescida da observação da iniciação do consumo de cigarros, conforme visualizado na Tabela 2.

Tabela 2. Idade que idosos em tratamento no Hospital Universitário iniciaram a fumar.

Idade	N	%
8-15	14	43,75
16-20	8	25,00
21-25	4	12,50
26-30	4	12,50
31-35	2	6,25

Em relação à renda dos idosos em tratamento, 20 deles (62,5%) possuem renda de até 2 salários mínimos, e 12 (37,5%) varia de 2 a 4 salários mínimos. Já levando em consideração as comorbidade, apenas 8 dos 32 idosos com idade igual ou superior a 60 anos não possui nenhuma doença.

Em se tratando de um conjunto de estratégias intervencionistas, fundamentadas nos objetivos da Política Nacional de Controle do Tabagismo e elaboradas por uma parceria entre Ensino-extensão, comunidade-Universidade e Secretarias de Saúde, dos 32 pacientes idosos, 10 deles conseguiram cessar fumo completamente, sendo 5 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, 7 dos 32 idosos só estiveram presentes na primeira semana, não concluindo assim o tratamento, e o restante, 15 pacientes, não conseguiram abandonar o tabaco, porém reduziram consideravelmente a quantidade de cigarros utilizados por dia. Ainda em relação a esses 15 pacientes que não conseguiram parar de fumar, 6 deles estiveram dispostos a começar um novo tratamento, com outro grupo.

O tabaco e os comportamentos tabagistas de iniciação ao fumo são elementos comuns nas sociedades, figurando como elemento de status no passado, o que transformou o hábito em uma prática concretizada como cultura, isso justifica o fato de que pessoas mais idosas começaram a fumar mais cedo. Felizmente, essa ideia está mudando, e fumar não é mais visto como algo agradável e passível de ser invejado, mas sim como ato destoante dos atuais anseios da sociedade mais bem informada acerca do que é saudável[6]. Assim, mesmo pessoas com idade mais avançada procuram os centros de tratamento ao fumante, visto que “adquiriram” conhecimento que o cigarro pode causar várias doenças, inclusive matar,

socializando tal informação para o estudo em questão, é possível comprová-la mediante apenas 8 dos 32 idosos não possuem nenhum tipo de doença.

Contudo, é bastante conhecida a dificuldade de abandonar o hábito tabagista, aumentando a dificuldade quanto maior o tempo de consumo e a intensidade do uso da droga, em especial entre idosos. A dependência causada pelo hábito tabagista está associada a fatores tanto químicos – proporcionados por substância psicoativa – como por fatores psicológicos – quando as atividades da vida cotidiana estão associadas ao uso da droga[7]. Assim, a participação do extensionista é fundamental tanto no aconselhamento, quanto na reflexão acerca das atitudes concretizadas desde a adolescência que necessitam cessar, como o "acender o cigarro". Em especial, em se tratando de idosos em tratamento de tabagistas por possuírem dificuldade na adesão ao tratamento.

Além do número de cigarros fumados e idade de iniciação ao tabagismo, outro aspecto observado na presente intervenção, foi que 62,5% dos tabagistas assistidos, possuem renda de até 2 salários mínimos.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento da presente intervenção possibilitou observar maior presença do sexo feminino em busca de tratamento de tabagismo, 59,4% dos idosos participantes do tratamento. Ficou demonstrado a relação do consumo de cigarros com a renda familiar, apresentando-se como importante elemento no estudo do tabagismo, idosos com renda mais baixa tendem a fumar mais e, terem menores índices de abandono ao fumo.

Além disso é possível notar que a maioria dos idosos começou a fumar mais cedo e fumam uma grande quantidade de cigarros por dia, tal fato pode explicar o porquê ser tão difícil para este grupo parar de fumar. Grande parte do grupo em tratamento do tabagismo, 24 dos 32 idosos, possuem alguma doença, possivelmente foi o fator motivador dos idosos a procurarem ajuda para abandonarem o fumo.

De modo geral, apesar de diversos empecilhos para cessar o fumo, o resultado encontrado no estudo foi satisfatório, visto que 10 dos 32 idosos pararam de fumar e além disso, 15 deles que não conseguiram cessar completamente, diminuíram muito a quantidade de cigarros utilizados por dia. Um ponto a melhorar é a adesão ao tratamento por parte dos idosos, pois na presente intervenção do grupo assistido ocorreu a desistência de 7 idosos, podendo ser consequência da dificuldade de locomoção de suas casas ao Hospital.

Dada a importância do tema, torna-se necessário o desenvolvimento de outras intervenções de controle do tabagismo entre idosos. A dependência à nicotina acarreta redução da longevidade, perda da autonomia e independência do idoso em virtude das consequências

orgânicas negativas, além dos usuários, aumentarem os gastos com comorbidades e, e até mesmo a morte.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
3. Nunes, SOV.; Castro, MRP. Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento. Londrina: Eduel, 2011.
4. Pinto MT, Pichon-riviere A., Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 31, N. 6, P. 1283-1297, jun. 2015.
5. Berbel, NN.: "Problematization" and Problem-Based Learning: different words or diferente Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998.
6. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2004.
7. Lopes FL, Nascimento I, Zin WA, Valença AM, Mezzasalma MA, Figueira I, et al. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. Braz J Med Biol Res. 2002;35(8):961-7.

09

Desmistificando os paradigmas da sexualidade na terceira idade: desafios e possibilidades

Maria da Conceição Quirino dos Santos da Silva
UESB

Cristiane Jesus dos Santos
UNIFTC

Norma Lopes de Magalhães Velasco Bastos
UESB

Eliane Fonseca Linhares
UESB

10.37885/210504453

RESUMO

O objetivo foi analisar a percepção de indivíduos da terceira idade quanto aos paradigmas da sexualidade e suas implicações para o autocuidado. Método: Trata-se de uma abordagem descritiva qualitativa, exploratório descritivo, de campo, mediante questionário aplicado aos sujeitos. Resultados: Envelhecer não constitui abrandar, ou tornar-se assexuado, a cultura de um país permeia por mitos e atividades sociais que levam a estereótipos atribuídos as pessoas com idade avançada, principalmente relacionada a sexualidade de idosos. Conclusão: Existe complementação na vida dos idosos, percebida através da sexualidade compartilhada e rodeada de desvelos, companheirismo, amor e cuidados, trazendo bem estar e envelhecimento saudável, assim, a esperança de uma longevidade saudável com sexualidade presente se faz constante.

Palavras-chave: Envelhecimento, Sexualidade, Qualidade de Vida.

INTRODUÇÃO

Sexualidade na terceira idade é um tema negligenciado pelas diversas áreas da saúde, pouco conhecido e incompreendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais da saúde (Steinke, 1997). Contudo, apesar dessa postura a terceira idade é um período da vida que como qualquer outro é marcado pela questão da prática da sexualidade.

Para falarmos de sexualidade devemos ter claras as acepções desse termo, segundo Picazio (1998), a composição da sexualidade é a seguinte: o sexo biológico (características genotípicas e fenotípicas de meu corpo); a orientação sexual (quem desejo); a identidade sexual (quem acredito ser); o papel do gênero (como me comporto); a prática erótica (como faço sexo). E observa-se que grande parte da sociedade tenta negar a sexualidade do idoso. Os preconceitos sociais que giram em torno de ideias que negam as necessidades do idoso quanto a namorar, esquecendo-se que a sexualidade não é só genitalidade e que existe também uma afetividade que é essencial ao ser humano.

As discussões associadas as doenças sexualmente transmissíveis entre os idosos podem estar diretamente ligadas a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade, visto que a prevenção que é algo muito complexo, representando um desafio para as atuais políticas de saúde pública, e que as campanhas de prevenção concentram sua atenção na população jovem. Assim, ressalta-se ainda em Brasil (2010), que o número de pessoas idosas infectadas pelo HIV está aumentando em nosso país e, entre eles, e que segundo Delmiro (2011), encontram-se enraizados diversos conceitos culturais e sociais acerca da sexualidade e da transmissão das doenças.

No Brasil, observa-se a crescente porcentagem, de 7% em 1996 para 13% em 2004, de idosos infectados por Doença Sexualmente Transmissíveis (DSTs), principalmente a AIDS. Este aumento se deve à falta de campanhas de prevenção para estes cidadãos, pois os idosos são tidos como assexuados, e a sexualidade, nesta faixa etária ainda é cercada de tabus e preconceitos por parte da sociedade e também dos profissionais de saúde (Araújo *et al.,* 2010).

A prevenção às DSTs e AIDS nessa faixa etária se torna um desafio para os responsáveis pelas políticas públicas. O preconceito e a dificuldade para se estabelecer medidas preventivas, especialmente no que se refere ao uso de preservativos, ainda são mais graves do que nos outros segmentos populacionais. Provavelmente por esta razão, são elaboradas poucas campanhas para esse público.

O intuito da pesquisa dentro da perspectiva social está em interagir o idoso e o convívio dentro da sociedade de forma a não temer quanto se trata de assuntos ligados à sua sexualidade, associando os interesses do poder público ao fato de saber lidar com o idoso na perspectiva de tratar-se de uma classe crescente mundialmente. Vivemos um momento

de transição demográfica nunca antes imaginada no contexto do nosso país. Estamos vivenciando o envelhecimento de nossa população (Carvalho, & Garcia, 2003), assim como o de todas as sociedades (Quaresma, 2008; Quaresma, & Ribeirinho, 2016). Com isso, essa reflexão nos permite trabalhar de forma positiva com a terceira idade deixando transpor os interesses sociais e buscando atender às necessidades de cada um.

Na compreensão dos mitos que permeiam a sexualidade na terceira idade formulamos a seguinte questão problema: De que forma os idosos visualizam os paradigmas da sexualidade na sua fase? Esse estudo tem como objetivo: Analisar a percepção de indivíduos da terceira idade quanto aos paradigmas da sexualidade e suas implicações para o autocuidado.

O trabalho apresenta sua relevância, através da vivência dos idosos e seus conhecimentos acerca da sexualidade, sendo necessário para tanto alcançar pontos positivos relacionados não apenas nas informações como também em suas experiências na sociedade. Com isso buscamos interagir com essa classe de forma a deixar clara a necessidade tanto em falar como vivenciar a sexualidade na terceira idade.

Sendo assim, a pesquisa busca interagir o idoso e o convívio dentro da sociedade de forma a não temer quanto se trata de assuntos ligados à sua sexualidade, queremos também associar os interesses do poder público ao fato de saber lidar com o idoso, lembrando que se trata de uma classe que segundo dados colhidos alcançaremos em pouco tempo o sexto lugar mundial como sendo o país de idosos. Sendo assim, essa reflexão nos permite trabalhar de forma positiva com a terceira idade deixando transpor os interesses sociais e buscando atender às necessidades de cada um.

MÉTODO

Com intuito de alcançar os objetivos propostos, este estudo foi fundamentado numa abordagem descritiva qualitativa, exploratório descritivo, de campo, mediante questionário aplicado aos sujeitos, no qual buscou compreender as crenças de pessoas idosas quanto à sexualidade.

Como área do estudo, foi escolhida uma Unidade de Saúde da Família no interior da Bahia.

Como sujeitos da pesquisa foram escolhidos 10 indivíduos da terceira idade usuários da unidade, que aceitaram colaborar com a pesquisa, sendo informados que poderiam desistir a qualquer momento sem causar danos pessoais ou financeiros aos mesmos. Como critério de inclusão, foram escolhidos idosos que possuem idoneidade para responder aos questionários aplicados, e estarem cadastrado na unidade básica. Utilizou-se como instrumento para coleta de dados um questionário aberto com perguntas de fácil compreensão.

A pesquisa se desenvolveu de acordo com os parâmetros estabelecidos na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Foi realizado um termo de consentimento livre e esclarecido para os sujeitos do estudo, contendo informações sobre a pesquisa, a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos, respeitando valores morais, culturais, sócias, éticos, religiosos ressaltando sobre o anonimato e sigilo das informações contidas na pesquisa, o qual servirá para fins de estudo cientifico e publicações em eventos.

Após a devida aprovação e liberação do Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Mantenedor do Ensino Superior da Bahia sob o parecer número 1.054.326, deu início a coleta de dados da pesquisa e conclusão da mesma.

A análise de dados foi feita mediante a análise de conteúdo de Bardin, que pode ser entendida como um conjunto de técnica de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos ás condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 2011).

RESULTADOS

Os idosos apresentaram idade de 60 a 80 anos, quanto ao item escolaridade, 10% possuem ensino médio completo, 40% fundamental e 50% são analfabetos, 30% casados, 20% solteiros e 50% divorciados. 70% religião católica e 30% evangélicos. Quanto ao sexo um total de 90% do sexo feminino, isso nos mostra com clareza a dificuldade que os homens possuem para se expressarem sobre suas intimidades.

Dando seguimento ao roteiro para entrevista subdividimos analise de conteúdo em cinco categorias, sendo:

Categoria 1: Grau de entendimento sobre Sexualidade

Diante disso percebemos que algumas das respostas obtidas comprovam a afirmação de Bulcão 2004, atribuindo a sexualidade a beleza, vaidade, andar bonita:

"[...] compreensão [...] E1
"[...] desejo, beleza ...estar sexy [...] E2
"[...] Vaidade [...] não tem amor. E3
"[...] andar bonita, arrumada [...] E7

Ainda verificamos que algumas respostas obtidas relacionaram a sexualidade como algo normal da vida, prazer e ao ato sexual em si, como verificadas abaixo:

"É uma coisa todo mundo tem que fazer [...]" E4
"Viver a vida [...]" E5
"Prazer, amor [...]" E6
"Fazer sexo [...]" E8
"Eu não entendo [...]" E9

Categoria 2: Cuidados no ato Sexual

Silva et al. (2007) que referem a camisinha é, sem dúvida, o método contraceptivo mais conhecido pela população de um modo geral. Isso se confirma nesse estudo, quando verificamos a resposta dos idosos quanto aos cuidados que devem ser tomados no ato sexual, como segue:

"Usar preservativo [...] se tiver mais de um parceiro [...]" E1
"[...] usar preservativo [...]" E 2
"[...] usar preservativo [...] menos violência[...] quantidade[...]" E 3
"[...] higiene total [...] usar camisinha [...]" E4
"[...] não faço sexo [...]" E5
"Não ser agressivo [...] não machucar [...] usar camisinha [...]" E6
"[...] usar preservativo [...]" E7
"[...] usar preservativo [...]" E 8
"Quem não tem marido [...] usar preservativo [...]" E9
"[...] usar preservativo [...]" E10

Categoria 3: Influência Familiar na Sexualidade

Ao verificar a influência que a família teve no desenvolvimento da sexualidade os idosos foram unanimes em colocar pouca ou nenhuma influência positiva da família, como se verifica nas falas apresentadas:

"Povo da roça [...] pais não falavam [...] amigos explicavam" E1
"[...] através das leituras [...]" E2
"[...pai e mãe nunca disse nada [...]" E3
"[...] Não comunicavam [...]" E4
"[...] as pessoas tinham vergonha [...]" E5
"Era carrasco [...]" E6
"[...] não influenciou em nada [...]" E7
"Não conversávamos [...]" E8

“Não explicou nada [...]” E9
”Não influenciou de forma nenhuma [...]” E10

Categoria 4: Interferência Social na Sexualidade

Nesse sentido a categoria 4 nos leva a refletir sobre os sentimentos dos idosos quanto as influências da sociedade no desenvolvimento de sua sexualidade, e as respostas são condizentes com os autores acima mencionados, os idosos unanimes quanto ao caráter negativo dos aspectos sociais, como podemos visualizar nas falas abaixo:

“[...] negativa [...] sexo em primeiro lugar [...]” E1
“Ta avançada demais [...]” E2
“Mais negativo do que positivo [...] drogas, rebeldia” E3
“Negativa banalizou [...]” E4
“A televisão ensina muita coisa ruim” E5
“Avançado demais negativo [...]” E6
“Influência negativa [...] sexo cedo [...]” E7
“[...]negativa muito estranho hoje...]” E8
“Negativa fala muito cedo para as crianças [...]” E9
“[...] negativo [...]” E10

Categoria 5: Grau de conhecimento das Campanhas de Sexo Seguro / DST

Buscando assim a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, as respostas são observadas através das partes das falas destacadas a seguir.

“Entendo [...] fala só para os jovens [...] deveriam falar para os idosos também”. E1
“É bom para os jovens [...] para o idoso não [...]” E2
“[...] prevenir [...] evitar [...] filhos [...] doença[...]” bom pra os idosos também [...]” E3
“[...] deveria fazer para os idosos também [...]” E4
“[...] entendo para todos idosos e jovens [...]” E5
“[...] mais para jovens [...]” E6
“Não compreendo [...]” E7
“Não adianta [..] .não vale nada [...]” E8
“[...] evitar doenças [...] mais pros jovens [...]” E9
“Eles só fala para as pessoas jovens” E10

Outra recomendação é que seja dada importância ao monitoramento e acompanhamento a esses eventos na Atenção Básica e nos serviços especializados, uma vez que as

pessoas idosas com HIV/AIDS têm demandas específicas que devem ser consideradas, entre elas, a importância de se entender melhor os efeitos colaterais do tratamento e abordar também sobre a sexualidade.

DISCUSSÃO

Embora a sexualidade na terceira idade seja uma temática de grande relevância mundial e nacionalmente, considerando os estudos que retratam que a partir de 2025 seremos um país de idosos, IBGE (2010), nota-se que a maioria desse grupo de pertença não se sente à vontade em falar de sua sexualidade com outros indivíduos.

De acordo com Tucherman (2008, p.23) isso acontece porque os homens enfrentam muitas dificuldades em relação a sua sexualidade com avanço da idade. Durante estas mudanças, ficam ansiosos quando percebem que estão perdendo sua potência sexual, mas é importante lembrar que este fator é o menos prejudicial, pois quando chega à idade avançada, a própria sociedade e/ou família o encarrega de "prender" em cadeias de conceitos que esperam de um idoso. São preconceitos que têm consequências e afetam a vida daqueles que estão em idade avançada.

As discussões acerca da sexualidade diminuem em idades mais avançadas, sendo percebido um reflexo da redução da sexualidade versus o fator idade avançada. Envelhecer não significa enfraquecer, ficar triste e assexuado. Entretanto, em nossa cultura, diversos mitos e atividades sociais são atribuídos as pessoas com idade avançada, principalmente ao relacionamento e sexualidade, dificultando a manifestação desta área em suas vidas (Gradim, Souza, 2007).

De acordo com Sá et al. (2007) pessoas com grau de escolaridade mais avançado tendem a assimilar melhor as informações, e possuem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde e de aquisição de preservativos.

Em relação ao estado civil, ouve maior percentual (80%) de idosos casados, fator percebido devido as idades não serem tão avançadas, em outros casos segundo Lewis (2009), os nos idosos que são mais velhos, a mulher que tem maior expectativa de vida, em geral é no mínimo 2 anos mais jovem que o homem, que morre antes e, então ela perde o parceiro e tem poucas chances de se casar novamente. Quando o faz, tem problemas com a família, com a previdência social, com a comunidade religiosa e consigo mesma para se adaptar ao novo parceiro e à nova vida sexual.

Quanto à religião, praticamente todos os indivíduos tem religião ligada ao cristianismo, sendo 60% do segmento evangélico e 40% do segmento católico. Sobre isso Alves (2005) ressalta que a sociedade ocidental, geralmente educada com base em paradigmas

judaico-cristãos, tem na ideia de “pecado” uma causa de anulação e arrefecimento para os seus desejos e práticas afetivo-sexuais.

Nesse contexto, a sexualidade na terceira idade é alvo de mitos e tabus que a sociedade tem levantado mesmo sem intenção, isso, leva a reprimir os verdadeiros desejos nos idosos. A visão de que a sexualidade pertence somente a juventude faz muitas vezes com que os indivíduos, se contentem com os esfriamentos sexuais, ou acarretem algo mais.

Como nos diz Bulcão (2004), a terceira idade deve, além do mais, enfrentar atualmente a valorização excessiva atribuída à imagem, à juventude, o que pode levá-lo a uma autocensura dos seus desejos. Esta dificuldade é ainda maior para a mulher do que para o homem devido à diferença da imagem sociocultural veiculada pela mídia.

Sendo assim concordamos com Almeida e Lourenço (2008) que atribui à mídia a valorização excessiva de um estereótipo de beleza e juventude e isso também ajuda a fomentar o preconceito contra essas pessoas. Felizmente, a publicidade parece estar mudando essa mentalidade atualmente, mostrando os idosos como pessoas criativas, modernas e abertas aos relacionamentos, o que contribui para derrubar certas estereotipias.

Concordando com a resposta de alguns idosos quanto à sexualidade ser algo da vida, algo normal ressalta Merleau-Ponty (1994, p. 217) que a vivência da sexualidade não é autônoma por si só, ao contrário, está vinculada ao ser consciente, ao amor e ao erotismo manifesto e latente, que lhe imprimem uma intencionalidade que segue o movimento geral da existência.

O fato de alguns idosos relacionarem a sexualidade com o ato sexual, prazer, amor e desejo nos levar questionar um mito social acerca da sexualidade do idoso, que diz respeito a uma falsa crença que relaciona, inexoravelmente, a idade com o declinar da atividade sexual e isso tem contribuído de forma nefasta para que não se dê atenção suficiente a uma das atividades que mais contribuem para a qualidade de vida nos idosos, como é a sexualidade.

Como abordado por Almeida e Lorenço (2008) falácia de que a velhice é uma etapa assexuada da vida é um desses preconceitos, que exerce influência profunda na autoestima, na autoconfiança, no rendimento físico e social de adultos com mais idade, além de contradizer a eterna capacidade de amar do indivíduo.

Para algumas pessoas, com a progressão da idade há uma concomitante anulação do desejo sexual, ao passo que, para outras, há apenas uma modificação neste. Entretanto, de modo geral, observa-se que, para uns e outros, há uma constante e cômoda negação do desejo do idoso pela sociedade. Com essa negação, a sociedade sedimenta e reproduz seus próprios medos e inseguranças, suas preocupações no que diz respeito ao próprio futuro e sua possível incapacidade para amar à medida que envelhece (Rodrigues, 2000).

O preservativo feminino não foi citado pelos idosos, mas sabe-se que poucos tem conhecimento da sua existência e/ou tiveram anteriormente a oportunidade de visualizá-lo (Silva et al., 2007). Quanto ao modo de uso da camisinha masculina, bem como a sua utilização para a prevenção de DST e HIV, verificou-se que todos os idosos possuíam esse tipo de conhecimento.

De acordo com Araújo et al. (2007) a relação sexual foi a forma mais predominante de infecção pelo HIV, porém há uma crescente evidência de que esse grupo da população está cada vez mais se infectando não só pelo HIV, mas também por outras doenças sexualmente transmissíveis.

Ainda, coloca-se com relação à AIDS que não é a sexualidade que torna as pessoas mais vulneráveis a contraí-la, mas sim as práticas sexuais realizadas de forma desprotegida, sendo este um pressuposto estendido para todas as idades. Assim, existem recomendações de que os profissionais de saúde atentos para as queixas específicas das pessoas idosas e também os serviços públicos disponibilizem insumos para esse grupo populacional adotar práticas sexuais seguras, como os preservativos masculino e feminino, e o gel lubrificante (Freitas, 2002; Adão, Caraciolo, 2006).

Cardozo et al. (2002) ressalta que a família é a principal reguladora da sexualidade e suas orientações são indicadoras de proibição. As informações recebidas limitam-se à explicação de regras de condutas e estão apoiadas em valores que priorizam a manutenção do sistema familiar. Os pais geralmente não percebem que a família deveria estar disponível para oferecer tais informações; assim, elas passam a ser obtidas por meio de revistas, amigas, colegas de escola, longe dos olhos dos pais.

Não há dúvida de que, atualmente, fala-se mais sobre sexo com os pais. Contudo, as conversas transitam apenas na superficialidade, não há esclarecimento sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos. Os amigos frequentemente também são procurados, mas as conversas começam interessantes e posteriormente acabam na vulgarização, deixando sérias dúvidas sobre a validade do conteúdo e a seriedade do diálogo (Martins et al., 2006).

O modelo familiar funciona também como fator protetor para o comportamento de risco do adolescente, principalmente quando estão presentes o amor, o compromisso, o respeito e limites, com autoridade e afeto, nunca com autoritarismo, sendo necessários ensinamentos sobre o uso da liberdade vinculado à responsabilidade.

Gomes et al. (2005) descreveram como insatisfatório o conhecimento dos jovens quando o assunto é sexualidade; as meninas são mais informadas que os rapazes, pois participam de forma assídua de ações sobre educação sexual. Whitaker et al. (1999) observaram que a comunicação entre pais e filhos sobre o início da vida sexual e sobre sexualidade auxilia na

redução do comportamento de risco e aumenta os índices de uso dos métodos preventivos durante as atividades sexuais. Da mesma maneira como escolas que tenham programas de educação sexual auxiliam nestes aspectos.

Outro aspecto que está entrelaçado com a transmissão do conhecimento sexual é a transmissão de doenças, que depende da sexualidade. Esta abrange um conjunto de experiências, emoções e estados de espírito que se exprimem na continuidade do prazer que chega até faixas etárias mais avançadas.

Sendo assim, a sexualidade faz parte da existência do indivíduo em qualquer idade, porém está cercada de mitos e crenças; é comum associar o processo de envelhecimento com a perda do desejo sexual, e, talvez por esse pensamento, pode-se, do ponto de vista da saúde pública, não se estar dando muita importância a esse aspecto, mas alguns estudos já chamam a atenção de que se devem buscar formas de compreender melhor o comportamento sexual do idoso (Neri, 2002).

Ainda sobre esse assunto, do olhar da psicossexualidade, Batista e Silva ressaltam que a sexualidade e o erotismo na velhice tiveram influência religiosa que contribuiu para sua desvalorização, sendo algo de que “o velho deveria envergonhar-se”, ou calar-se, tendo esses sentimentos valores apenas para procriação.

Capodieci (2000) expõe que a sociedade acredita que o avançar da idade e a diminuição da atividade sexual estejam extremamente ligadas, e seja a responsável para que não se preste atenção suficiente a uma atividade mais fortemente associada à qualidade de vida, como é a sexualidade. Ainda na visão do autor, a consideração de que os idosos também possam manter relações sexuais não é culturalmente muito aceita.

Ainda podemos verificar que alguns idosos atribuem à mídia essa influência social negativa, que para piorar a situação, a mídia está repleta de mensagens que exploram os corpos sexualmente, levando ao hábito e a uma busca constante de novas formas de erotização. Alie-se a isto a ignorância e as deficientes técnicas sexuais e temos no homem idoso, um aumento das disfunções sexuais reportadas.

Devido ao comportamento cultural, várias pessoas de idade avançada, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam um sentimento de culpa e de vergonha segundo Negreiros (1999, p.17) chegando a acreditar que são anormais pelo simples ato de se sentirem com anseio do prazer. Muitas vezes esse peso da cultura se faz sentir no próprio idoso, que pode se negar a relacionar-se com outros companheiros de idade, inibindo assim qualquer manifestação sexual. Outro feito, de acordo com Vasconcelos (2003, p.16), que pode ocorrer devido à pressão social, é o sentimento de culpa no indivíduo de idade avançada por experimentar desejos sexuais, o que inibirá totalmente todos os aspectos de qualquer expressão sexual.

Passos (2001) aborda que as condições de acessibilidade e as informações, hoje, são fatores que podem contribuir para o prolongamento da atividade sexual entre os idosos e que, associados à expectativa de vida saudável, ao incremento de maior participação social e, consequentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, exames preventivos de próstata, fazem com que os idosos procurem mais os serviços de saúde.

Todos os idosos apresentaram queixas das campanhas e ações que buscam a saúde sexual são voltadas para o público jovem. Sendo assim ressaltamos que as ações de educativas voltadas para o idoso devem contemplar a saúde sexual, dúvidas e medos acerca da temática abordada e, além de tudo, a identificação do contexto cultural o qual está inserido, pois as estratégias devem condizer com sua realidade de modo a serem efetivas.

Vista a necessidade da inserção da educação em saúde para a população idosa, cabe aos profissionais a sensibilização para trabalhar com esse objetivo: educar para uma maior qualidade de vida, contemplando as especificidades desse público.

Desta forma, a Enfermagem destaca-se por estar intimamente ligada ao ser humano e preocupada com o seu bem-estar, enquadra-se no desafio de ações em Educação em Saúde que permitam incentivar à reflexão crítica de sua realidade. É fundamental que a Enfermagem coloque no centro dos debates sobre saúde discussões acerca de técnicas as quais podem ser submetidas a grupos específicos, ou seja, pessoas contextualizadas numa mesma realidade.

CONCLUSÃO

Observou-se que o quantitativo reduzido de estudos concomitante ao conhecimento de indivíduos da terceira idade relacionados à sexualidade, reforça a necessidade de maiores pesquisas nesse campo, assim como maior enlace dos profissionais da saúde com o público em questão. Analisou-se, também, no decorrer do estudo, um número pequeno de trabalhos científicos relacionados ao assunto, indicando urgência de estudos mais densos sobre sexualidade na terceira idade, em uma perspectiva ampliada. Aspectos relacionados à sexualidade dos idosos devam ser mais bem trabalhados na academia, fomentando aos profissionais refletirem sobre os mecanismos que geram valores e atitudes em relação à temática.

Acredita-se que os objetivos da pesquisa foram alcançados, sabendo que estudar a sexualidade da pessoa idosa reflete um grande desafio. Trata-se de um tema complexo, pois tem diversas dimensões e público saliente, com medo de se expor, de falar sobre seus desejos secretos. Os idosos refletem uma educação repressora e muito rígida, o que torna compreensível o silêncio principalmente quando o assunto é sexo.

Sobre o conhecimento relacionado à transmissão do HIV, práticas sexuais e comportamento de vulnerabilidade quanto à infecção pelo HIV, foi identificado que: quanto menor o grau de instrução, menor o percentual de acerto sobre conhecimento correto referente às formas de transmissão do HIV; assim como que o número de casos nos estratos de menor escolaridade aumentou, remetendo à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência entre os menos favorecidos.

Em conclusão, os idosos se completam com o desenvolvimento da sexualidade compartilhada e ladeada de carícias, companheirismo, amor, cuidados que atitudes favoráveis trazendo bem estar e envelhecimento com mais ternura e saúde, isto faz com que a esperança de uma longevidade saudável com a sexualidade presente não esteja tão distante como a sociedade pensa, e, sim presente de forma velada.

REFERÊNCIAS

1. Araújo, L Saldanha, A. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde, 2006. Recuperado em 22 de maio de 2014 de: http://www.aidscongress.net/article.php? id_comunicacao=294.

2. Bardin, L. (2011). Análise de Conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70.

3. Brasil (2006), Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006. Recuperado em 02 de maio de 2014, de: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf.

4. Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012. Recuperado em 01 agosto, 2015, de: http://www.fmt.am.gov.br/layout2011/denpe/cep/Alteracoes 2013/ Arquivo %2014Res%20CNS% 20466 2012.pdf.

5. Bulcão, Carolina Berrêdo. Aspectos fisiológicos e psicossociais da senescência sexual. Rio de janeiro, 2004. Recuperado em 10 de outubro de 2014, de: http://www.cienciasecognição.org/.

6. Carvalho, J. A. M., & Garcia R. A. (2003). O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública, 19(3), 725-733. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15876.pdf.

7. Carvalho, A. M., Rodrigues, C. S., & Medrado, K. S. (2005). Oficinas em sexualidade humana com adolescentes. Estudos de Psicologia, 10(3),377-384.

8. Delmiro, R.S. O que pensam os idosos sobre a AIDS: representações sociais e Práticas (Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde). Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011.

9. Duarte, Y.A.O; Diogo, M.J.D. Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 630.

10. Garcia, V. A. A educação não formal como acontecimento. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2009.

11. Garrido RMPR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Rev Bras Psiquiatria . 2002; 24(Supl 1):3-6.

12. Lima, L. L. da G. Confissão e sexualidade. In R. Parker, R. M. Barbosa (Orgs.), Sexualidades brasileiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA:IMS/UERJ. 1996 pp. 38-50

13. Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul. 2005

14. Papaléo Netto, M. Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica. São Paulo: Livraria Atheneu Editora. 1994

15. Pereira, E. D. Desejos polissêmicos: discursos de jovens mulheres negras sobre sexualidade. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2008.

16. Quaresma, M. de L. (2008). Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. Revista Kairós Gerontologia, 11(2), 21-47. Recuperado em 01 novembro, 2015, de: file:///C:/Users/Dados/Downloads/2391-4990-1-PB%20(4).pdf.

17. Quaresma, M. de L., & Ribeirinho, C. (2016). Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI. Revista Kairós Gerontologia, 19(3), pp. 29-49. ISSNe 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Recuperada em 01 dezembro, 2016, de: file:///C:/Users/Dados/Downloads/30900-82640-1-SM%20(4).pdf.

18. Saffioti, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. de O., BRUSCHINI, C. (orgs.) Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p.183-215, 1992.

19. Lauretis; A. S. S. Violência de Gênero: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

20. Sousa JL. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2008;20(1):59-64.

21. Tonelli, M. J. F. Direitos sexuais e reprodutivos: algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. Psicologia & Sociedade. 2004,16(1).

22. Triviños, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1987.

23. Vitiello, N. Reprodução e Sexualidade. São Paulo: Ceich. 1994.

10

Dinheiro e família: a construção teórica na fase última do ciclo vital da família sobre as relações com o dinheiro

Andreza Maria Neves Manfredini
UNITAU-SP

Ceneide Maria de Oliveira Cerveny
PUC-SP

10.37885/210404239

RESUMO

Objetivo: compreender como se estabelece o processo de educação financeira e econômica na dinâmica das relações familiares, na classe média, na fase última do ciclo vital da família, a fim de construir um modelo teórico que explique essas relações na atualidade. **Método:** Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa por meio da teoria fundamentada nos dados *(Grounded Theory Methodology)*, na qual foram adotados como instrumentos para a coleta de dados, a entrevista semi-estruturada e o grupo focal. O tipo de amostra foi por acessibilidade e utilizou-se a técnica bola de neve. Os participantes nas entrevistas foram 5 famílias e 6 pessoas no grupo focal, sendo um total de 12 pessoas. Todos os participantes vivenciavam em diferentes configurações na fase última do ciclo vital da família. Para a análise de dados baseou-se no procedimento de uma comparação constante, questionamento sistemático, amostragem teórica e a codificação. **Resultados:** O fenômeno central da fase última do ciclo vital da família foi "*Revendo as relações com o dinheiro: adotando novas e velhas formas"*. Explica dinheiro nas relações familiares de maneira mais colaborativa tanto no uso quanto na forma de se comunicar. É uma fase marcada por viúvos e casais que vivem a velhice, que assumem quais são as formas mais educativas de se ter com o dinheiro. **Conclusão:** Todo o fenômeno foi desenvolvido na perspectiva do pensamento novo paradigmático e discutido sob a luz da psicologia econômica.

Palavras-chave: Fase Última, Ciclo Vital da Família, Dinheiro, Velhice.

INTRODUÇÃO

Família e dinheiro são estruturas fundamentais para a sobrevivência humana, a primeira diz respeito ao lugar onde todos nasceram e, o dinheiro se relaciona com a necessidade de se obter condições materiais para a nossa sobrevivência. Entender como o dinheiro perpassa nas relações da fase última do ciclo vital da família (Cerveny, 2002), torna-se urgente para os profissionais da Psicologia compreender os fenômenos psicológicos para desenvolverem novas formas de atuar na promoção de saúde frente o processo de envelhecimento.

A estrutura e o funcionamento das relações familiares da nossa realidade foram propostas por Cerveny (1997 e 2002) e organizadas em quatro fases do ciclo vital da família: Aquisição, Adolescente, Madura e Última. Para Coelho (2002), a fase última é entendida como o fechamento de todo o ciclo da família, uma vez que todos os membros estão vivendo a velhice e apresentam como característica marcante, as relações com as gerações descendentes e a mudança de valores em decorrência das várias demandas.

Ao viver numa sociedade caracterizada pelo capitalismo e pelo consumismo, o processo de envelhecer também sofre essa influência e ao mesmo tempo, influencia o macrossistema. Totóra (2015) entende que o aumento da longevidade e a melhoria da qualidade de vida sofrem interferências da ditadura do padrão de beleza e produzem um consumo para o não envelhecimento. Desse modo, por estarmos imersos nesta sociedade reproduzindo padrões de vida consumista, pouco os profissionais da saúde têm refletido sobre a complexidade do mercado consumidor de saúde, especialmente para os idosos. Nesse sentido, as relações com o dinheiro na velhice integram uma pluralidade de formas de consumos e de usos do dinheiro, que transformam as relações entre os membros da família e entre as gerações.

Assim como Gärling e Gamble (2017) afirmam que a compreensão da relação com o dinheiro deriva das influências positivas e negativas da vida nas inúmeras relações sociais que estabelecemos com família, amigos, colegas e estranhos, Manfredini (2019) também mostra os impactos que o tempo, a família, os amigos e as experiências anteriores, englobando toda a sociedade local e a do macrossistema, influenciam na maneira de se relacionar com o dinheiro.

Diante disso, o objetivo da pesquisa foi compreender como se estabelecem as relações com o dinheiro na dinâmica das relações familiares, na classe média, na fase última do ciclo vital da família, a fim de construir um modelo teórico que explique essas relações na atualidade. Esta investigação foi realizada na pesquisa de doutorado de Manfredini (2019) e que será apresentada como um recorte neste capítulo, a fase última do ciclo vital da família.

MÉTODO

Esta pesquisa foi aprovada com o parecer 1.298.941 pelo Comitê de Ética, conforme determina a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem metodológica que teve como objetivo construir uma teoria com base nos dados sistematicamente coletados e analisados durante a pesquisa (STRAUS & CORBIN, 1998). A Teoria Fundamentada nos Dados, *Grounded Theory Methology*, foi o método que conduziu o pesquisador do plano descritivo a alcançar um plano explicativo. Strauss e Corbin (2008) pontuam que teorização é uma atividade que implica, não apenas conceber ou intuir ideias, mas também formular pensamentos de forma sistematizada e explanatória.

Participaram da entrevista 5 famílias na fase última do ciclo vital da família. Em relação ao grupo focal, foi realizado 1 grupo focal com 6 pessoas (2 homens e 4 mulheres). As famílias que colaboraram para esta pesquisa foram recrutadas a partir da técnica de composição amostral "bola de neve" (snow ball sampling) que, segundo Oliveira (2005), consiste em localizar pessoas por meio das indicações de pessoas conhecidas que continuadamente vão indicando outras para participarem da pesquisa.

Como a amostra foi composta por conveniência, seu tamanho não foi definido *a priori*, mas esta foi considerada a saturação teórica como critério, conforme Glaser e Strauss (1967, p. 65) apontam: "[...] até que nenhum dado adicional seja encontrado que possibilite ao pesquisador acrescentar propriedades a uma categoria", isto é, [...] "quando o pesquisador torna-se empiricamente confiante de que a categoria está saturada". O critério teve a finalidade de coletar dados até que cada categoria de análise estivesse saturada. Nesse sentido, compreende-se que, quando ocorreu repetição das categorias de análises, foi encerrado e saturado o procedimento de coleta de dados por meio das entrevistas e do grupo focal.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram a entrevista semiestruturada composta por um roteiro norteador preestabelecido e, o grupo focal, que também seguiu um roteiro de perguntas abertas e, proporcionou uma interação social, pois a opinião de um pode influenciar a do outro, assim como a opinião de cada um pode influenciar a do grupo.

Para a análise de dados baseou-se no procedimento da teoria fundamentada nos dados que configura por uma comparação constante, questionamento sistemático, amostragem teórica e a codificação. Nesta última, iniciou-se pela microanálise que gere conceitos diversos e envolve a codificação aberta, posteriormente a codificação axial na qual as categorias são formadas pelos conceitos agrupados por relacionarem-se numa mesma ideia. Por fim, a codificação seletiva que norteia e organiza todos os eixos já descritos, formando somente um único fenômeno entre as categorias.

Para a elaboração final da teoria gerada torna-se necessário a validação. Para Strauss e Corbin (2008), não se trata de testar no sentido quantitativo a validação, mas diz respeito a

uma interpretação abstrata frente aos dados da teoria. Os autores colocam que num sentido mais amplo os participantes devem ser capazes de reconhecer a si mesmos na história que está sendo contada, e foi possível aos mesmos perceberem uma explicação razoável do que está acontecendo em relação ao fenômeno.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização da Amostra

Quadro 1. Perfil das famílias da Fase Última participantes da entrevista e do grupo focal

	P1	P 2	P 3	P 4	P 5	P6	P7	P8	P9
Cidade em que reside	Taubaté	Taubaté	Taubaté	Pindamo-nhangaba	Taubaté	Taubaté	Tremembé	Tremembé	Tremembé
Tipo de moradia	Cedida	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Própria	Alugada	Própria
Religião	Católica	Católica	Católica	Espírita	Católico	Evangélica	Católica	Católica	Católica
Arranjo familiar	Viúva há 25 anos	Vivendo a primeira união há 55 anos	Viúva há 10 anos	Viúva há 38 anos	Viúvo há 2 anos e 8 meses	Vivendo a primeira união há 48 anos	Solteira	Viúva há 6 anos	Vivendo a primeira união há 50 anos
Reside na casa atualmente	Mãe e 2 filhas	Casal	Sozinha	Sozinha	Sozinho	Casal	Sozinha	Sozinha	Casal
Filhos na relação	11 filhos (67 anos, 66 anos, 65 anos, 64 anos, 63 anos, 60 anos, 58 anos, 56 anos, 54 anos, 51 anos e 49 anos)	2 filhos (55 anos e 54 anos)	2 filhas (51 anos e 47 anos)	3 filhos, sendo 1 adotivo (48 anos e 2 filhos de 47 anos)	7 filhos (65 anos, 61 anos, 59 anos, 56 anos, 54 anos, 49 anos e 47 anos)	6 filhos (46 anos, 45 anos, 44 anos, 38 anos, 36 anos e 34 anos)	Não tem filhos.	2 filhos (53 anos e 48 anos)	4 filhos (49 anos, 46 anos, 43 anos e 41 anos)
Idade do homem	----------	89 anos	----------	----------	90 anos	77 anos	----------	----------	71 anos
Idade da mulher	91 anos	74 anos	75 anos	76 anos	----------	67 anos	78 anos	77 anos	68 anos
Escolaridade do homem	----------	Ensino Superior Completo	----------	----------	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	----------	----------	Ensino Superior Completo
Escolaridade da mulher	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Superior Completo	Ensino Médio Incompleto	Ensino Superior Completo	----------	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Superior Completo	Ensino Fundamental Completo	Ensino Fundamental Incompleto
Profissão do homem	----------	Aposentado	----------	----------	Aposentado	Aposentado	----------	----------	Aposentado
Profissão da mulher	Não trabalha	Aposentada	Pensionista	Pensionista	----------	Aposentada	Aposentada	Aposentada	Aposentada
Renda familiar	Até 5 salários	De 10 a 20 salários	De 5 a 9 salários	Até 5 salários	Até 5 salários	Até 5 salários	Até 5 salários	Até 5 salários	De 5 a 9 salários
Esta renda é mantida por quem?	Complementando pelos filhos e pensão do marido	Pelo homem e complementado pela mulher	Somente pela mulher	Somente pela mulher	Somente pelo homem	Pelo homem e complementado pela mulher	Somente pela mulher	Somente pela mulher	Por ambos igualmente

Fonte: elaborado pelas autoras

Conforme disposto no Quadro 1, a amostra foi composta por uma viúva que mora com duas filhas solteiras e mais quatro viúvos que moram sozinhos, três casais heterossexuais que moram juntos e uma solteira. O perfil socioeconômico dos participantes mostra que todos são pertencentes à classe média, residentes nas cidades do Vale do Paraíba, interior de São Paulo e, são famílias com diferentes configurações. Existe um leque de configurações

familiares que corresponde com o que vemos na sociedade contemporânea na fase última, como casais que vivem há mais de 50 anos, viúvos e solteiros. A participação desta diversidade na pesquisa foi importante para descobrir as variações entre as ideias, fatos e eventos revelados dos dados e tornar densas as categorias.

Quanto à origem da renda familiar, é possível notar que dos quatro homens participantes, todos são aposentados. Entre as oito mulheres participantes, cinco recebem dinheiro por serem aposentadas e duas pensionistas. Ferreira (2015) afirma que faz parte da educação financeira a capacitação financeira, que corresponde aos pressupostos de um planejamento para uma aposentadoria. Nesse sentido, a amostra desta pesquisa revela que houve uma preparação no passado com tomadas de decisão financeira dentro dos parâmetros de uma educação financeira, pela maioria conseguir viver a velhice com a aposentadoria.

Dinheiro na Fase Última: Destaques de uma Construção Teórica

A teoria que emergiu dos dados foi denominada "*As relações com o dinheiro: construindo, destruindo, re e co construindo caminhos possíveis com o dinheiro na família",* sendo que o fenômeno central da fase última do ciclo vital da família foi *Revendo as relações com o dinheiro: adotando novas e velhas formas* (Manfredini, 2019). Este fenômeno descreve o quanto algumas atitudes com o dinheiro no passado se fortalecem nesta fase, mas ao mesmo tempo, por ter experienciado diversas formas de usar o dinheiro no passado, esta fase também traz uma renovação com mudanças significativas nas atitudes com o dinheiro. A descrição deste fenômeno é importante, pois permite compreender o contexto em que as relações com o uso do dinheiro apresentam-se como um senso de colaboração com pessoas de dentro e de fora da família. Assim, o fenômeno está relacionado com as influências que a família teve com o modo de lidar com o dinheiro na fase madura do ciclo vital da família. Os significados do dinheiro e as formas de se comunicar sobre ele que acontecem na fase madura, também se imprimem na fase última, porém é possível destacar que há poucas relações que se configuram como tabus na fase última.

Houve três grandes categorias nomeadas: 1) COMUNICANDO-SE SOBRE O DINHEIRO: EXPRESSANDO ENTENDIMENTOS E SENTIMENTOS**,** 2) CONECTANDO O ONTEM COM O HOJE: AVALIANDO AS RELAÇÕES COM O DINHEIRO e 3) FAZENDO ESCOLHAS: MUDANDO E REFORÇANDO MODOS DE LIDAR COM O DINHEIRO. Todas as categorias serão apresentadas os processos psicológicos que dela fazem parte e, discutidas com base nas principais concepções teóricas sob a luz epistemológica da psicologia econômica.

A primeira categoria construída, denominada COMUNICANDO-SE SOBRE O DINHEIRO: EXPRESSANDO ENTENDIMENTOS E SENTIMENTOS descreve os diferentes significados do dinheiro, a valorização das conversas abertas e sinceras sobre o dinheiro, bem como os

sentimentos positivos e negativos que são compartilhados entre os membros da família e com os amigos. Para Furnham (2014) o que sentimos em relação ao dinheiro tende a ser um fator oculto que influencia a forma como gastamos. Nesse sentido, ao analisar os sentimentos positivos da família com o dinheiro, estes correspondem a pensamentos econômicos mais colaborativos tendo a função de ajudar o outro a ampliar o conhecimento nas formas de usar o dinheiro e até mesmo orientar pessoas de dentro e fora da família. Por outro lado, há também sentimentos negativos com o dinheiro nas relações familiares que evidencia uma impressão difícil que apresenta pensamentos e atitudes conservadores. Isso nos remete ao que Belsky e Gilovich (2002) afirmam que, quando determinamos certas quantias de dinheiro como sagradas, faz com que sejamos exageradamente conservadores em relação a elas.

Concordamos quando Furnham (2014) afirma que o dinheiro também afeta a saúde mental, pois tanto os sentimentos positivos quanto os sentimentos como medo, raiva e arrependimentos em relação ao dinheiro, afetam de diferentes formas sobre como as pessoas pensam e usam o dinheiro, o que pode traçar caminhos ou não de uma educação financeira. Isso mostra que, mesmo vivendo a velhice, na fase última do ciclo vital da família, que carrega toda uma bagagem de experiências com o dinheiro, ainda se fazem presentes sentimentos que influenciam a tomadas de decisões mais tradicionais e restritivas nas relações com a moeda.

CONECTANDO O ONTEM COM O HOJE: AVALIANDO AS RELAÇÕES COM O DINHEIRO é a segunda grande categoria que explica as influências do comportamento econômico das fases anteriores do ciclo vital da família impactando no presente, bem como os manejos com o dinheiro são revelados (MANFREDINI, 2019).

As relações com o dinheiro nesta fase se mostram mais inclinadas a reforçar alguns hábitos financeiros do passado como também uma mudança de padrões interacionais com o dinheiro. Cerveny (2011) reconhece que para haver uma mudança significativa deste padrão de relacionamento na família, é preciso fazer diferente. Os processos psicológicos encontrados na segunda categoria, como manusear o dinheiro e as mudanças nos padrões de relacionamento familiar com o dinheiro, revelam relações voltadas ao que se configuram como S2.

O Sistema 1 (S1) refere-se às operações automáticas, e o Sistema 2 (S2) refere-se às operações controladas. O S1 funciona de maneira impulsiva, intuitiva e sem esforço, o que torna as escolhas e ações projetadas para tirar conclusões precipitadas, com base em pouca evidência. Neste sistema, apresenta-se um modo pouco claro do que acontece consigo mesmo e em torno de si, sendo que as impressões do que muitas vezes acontecem se transformam em crenças. O S2, por sua vez, funciona na mente como a capacidade de resistir às sugestões do S1, ou seja, basicamente o S2 está no comando, sendo a autocrítica uma das suas funções (KAHNEMANN, 2012; FERREIRA, 2015).

Desse modo, a fase última evidencia que os processos psicológicos subjacentes ao uso do dinheiro se mostram de forma consciente com o que envolve uma educação financeira. Diferentemente do que Belsky e Gilovich (2002) mostram que as trapalhadas financeiras resultam em elevados gastos, a família na fase última do seu ciclo, não evidencia essas trapalhadas e sim um consumo mais sustentável e responsável. O manejo do dinheiro nesta fase se aproxima das ideias de Gathergood (2012) e Harrison, Agnew e Serido (2015) quando afirmam que a educação financeira e o autocontrole podem ser considerados como fatores que predispõem a evitar dívidas. A educação financeira continua a acontecer e revela uma sabedoria da aplicabilidade do dinheiro nas relações cotidianas.

Por se tratar da fase última do ciclo vital da família evidenciar atitudes educativas com o dinheiro, o poupar se faz presente também. Um estudo mostra que é preciso melhores condições de educação financeira para haver maiores poupanças para a aposentadoria. (CROY, GERRANS, SPEELMAN, 2012). Nesse sentido, somente nesta fase da família, mostra a repercussão do economizar vivenciados nas fases anteriores do ciclo (fase de aquisição, adolescente e madura). Ao vivenciar a fase última, as relações com o dinheiro da família revelam que a educação financeira tida no passado, reflete no presente por estarem vivendo com o que foi planejado financeiramente e com aposentadoria.

O comportamento de poupar tem implicações valiosas para o bem-estar individual, pois a falta de uma poupança para a aposentadoria pode causar impactos negativos na qualidade de vida da pessoa idosa. As pessoas têm seus objetivos de poupança, tais como precaução, aposentadoria e metas específicas (NYHUS, 2017). Consideramos que não somente o poupar tem implicações para a vida de uma pessoa como também para a vida de uma família, uma vez que a atitude de poupar em uma educação financeira da família no passado fez sentido para que pudesse desfrutar do presente com o que foi estabelecido previamente no trato com o dinheiro.

Outro movimento psicológico interessante das relações com o dinheiro que surgiu das experiências da família nesta fase, diz respeito aos efeitos do passado no presente da família. Os avós identificam nesta fase da família a condição financeira e social que seus filhos e netos vivem, com base na escolha da profissão e nos contextos nos quais estão inseridos para realizar tal atividade profissional. Além disso, a profissão que os filhos e os netos escolheram, podem servir de ajuda para os idosos à medida que surge a demanda, como o neto dentista tratar da saúde bucal do avô ou então o filho engenheiro ajudar na construção da casa do pai. Desta maneira, na fase de aquisição, o dinheiro que ajudou à conquista da formação profissional, reconhece que na fase última tende a retribuir com uma prestação de serviço profissional às necessidades que os pais venham a ter na velhice (MANFREDINI, 2019).

Torna-se evidente a influência que os pais tiveram na educação e na orientação financeira que realizaram no passado com os filhos, na fase de aquisição e adolescente do ciclo vital da família. Os pais influenciam o desenvolvimento do conhecimento e das habilidades de seus filhos quanto ao uso do dinheiro indiretamente e intencionalmente (MANFREDINI, 2007; OTTO, SERIDO, 2017). O movimento psicológico que surgiu no fenômeno central *Revendo as relações com o dinheiro: adotando novas e velhas formas,* foi acompanhar os efeitos do passado no presente. Isso quer dizer que, não somente os pais têm uma influencia na função de educar, mas há também uma participação ativa dos avós na educação financeira das novas gerações da família.

A terceira e última categoria diz respeito a FAZENDO ESCOLHAS: MUDANDO E REFORÇANDO MODOS DE LIDAR COM O DINHEIRO, que mostra o movimento psicológico quanto à adaptação e à consolidação das atitudes com o dinheiro (MANFREDINI, 2019). A autora mostra que há vertentes diferentes que configuram dois caminhos para as relações com o dinheiro. Há atitudes da família mais conservadoras sobre o uso do dinheiro como também mostra mais restrição em conversar sobre o assunto. Para Madanes e Madanes (1997), caso o dinheiro torne as pessoas mais orientadas individualmente, provavelmente pode ter um impacto negativo na qualidade de suas relações sociais, por estar associado a um menor foco na relação interpessoal e nos comportamentos empáticos. As ideias dessas autoras correspondem ao tabu sobre dinheiro, que justamente aparece nas relações da família na fase última como uma forma de evitar recursos para lidar com a moeda, seja para usá-lo de forma virtual e para ter conversas abertas sobre o tema.

Um segundo caminho nas relações com o dinheiro, mostra o quanto a família foi mais flexível para adotar novas formas de lidar com o dinheiro, tendo em vista as mudanças do mundo econômico e financeiro (MANFREDINI, 2019). Por a família ter ao longo do ciclo vital preparado para a aposentadoria, nota-se que na fase última do ciclo vital da família, a situação financeira está assegurada com a aposentadoria. Isso se relaciona com o que Van Rooij, Lusardi e Alessie (2011) afirmam que as famílias mais conhecedoras financeiramente, estão mais propensas a planejar a aposentadoria. Considerando as ideias destes autores, entendemos que quando a família chega na fase última, as relações com o dinheiro se mostram mais colaborativas com o outro e, a forma de consumir passa a ser ainda mais responsável e sustentável.

Na fase última da família, Manfredini (2019) revela as repercussões prósperas e educativas das atitudes com o dinheiro quando os pais no passado investiram na formação dos filhos, no sustento da família e na construção de patrimônios. Ao passo que, no momento presente, a família consegue reconhecer que foi possível construir uma vida em família mais digna e próspera com o dinheiro vindo do trabalho.

A definição da *National Financial Literacy Strategy* 2014-17, da Austrália, entende por capacitação financeira a administração financeira, planejamentos para aposentadoria, habilidade de selecionar produtos financeiros e saber onde buscar orientação apropriada. Considerando esta definição, Manfredini (2019) afirma que as relações com o dinheiro na fase última se fortalecem no modo de usá-lo adequadamente. Nesse sentido, a capacitação financeira continua a acontecer nas relações familiares mesmo depois da aposentadoria, com atitudes de orientar financeiramente pessoas de dentro e de fora da família, de reconhecer as habilidades financeiras, bem como respeitar os limites financeiros como forma de evitar endividamentos.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou compreender como se estabelecem as relações com o dinheiro nas relações familiares, na classe média, na fase última do ciclo vital da família. Além disso, se mostrou relevante ao apresentar a construção teórica que explicou as experiências da vida das famílias por meio de narrativas sobre como o dinheiro define as relações entre as gerações e entre as pessoas que fazem parte do sistema familiar da fase última.

Tratou-se de uma pesquisa delineada pela metodologia qualitativa, que permitiu a compreensão profunda e ampla sobre o fenômeno. Diz respeito a um método que considera a intersubjetividade na construção do saber e a transferibilidade, ou seja, fazer uma ponte para relacionar o conhecimento adquirido em um contexto de pesquisa com os conhecimentos de outros contextos.

Sobre as relações com o dinheiro na fase última do ciclo vital da família, foi possível de compreender que pela família ter vivenciado no passado diversas experiências com o uso do dinheiro, dois caminhos foram marcados, sendo um com atitudes mais educativas e colaborativas com o uso do dinheiro e outro marcado com atitudes restritivas com a moeda e relações com tabu. As conversas sobre o dinheiro foram consideradas importantes com a função de servir como uma orientação para pessoas de dentro e de fora da família. A família apresenta uma situação financeira de ter conquistado a aposentadoria pelo planejamento do passado, e também tem atitudes de um consumo que mostra uma preocupação em cuidar do meio ambiente e de ser mais responsável com os diferentes usos do dinheiro.

Portanto, é possível concluir que a fase última da família tem uma relação com o dinheiro que se aproxima da compreensão de uma educação financeira, embora tenha mínimas relações marcadas por um tabu. É necessário cada vez mais que profissionais da Psicologia se engajem em estudos sobre o dinheiro na fase última da família, para que possam desenvolver uma atuação mais consciente da realidade das famílias sobre quanto o dinheiro delimita formas de se relacionar que traduz em saúde mental.

AGRADECIMENTOS E/OU FINANCIAMENTO

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001, agradecemos o incentivo de tornar possível a realização da pesquisa de doutorado de Manfredini com o financiamento.

À todas as famílias participantes.

REFERÊNCIAS

1. BELSKY, G; GILOVITH, T. Proteja seu dinheiro de você mesmo. **São Paulo: Futura**, 2002.
2. CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. e col. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
3. _____;**Família e ciclo vital** – Nossa realidade em pesquisa. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
4. CERVENY, C. M. O. **A família como modelo** – Desconstruindo a patologia. 1. ed. São Paulo: Livro Pleno, 2011.
5. CROY, G.; GERRANS, P.; SPEELMAN, C. Normative influence on retirement savings decisions: Do people care what employers and the government want?. **Australian Journal of Psychology**, v. 64, n. 2, p. 83-91, 2012.
6. COELHO, M.R.V.P. Visitando a fase última. In: CERVENY, C. M. O; BERTHOUD, C. M. E. e col. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
7. FURNHAM, A. **The new psychology of money**. Routledge, 2014.
8. FERREIRA, V.R.M. Educação Financeira e Psicologia Econômica – uma discussão e algumas recomendações. Trabalho apresentado no 2o. Encontro Brasileiro de Economia e Finanças Comportamentais, FGV-SP, 2015.
9. GÄRLING, T. e GAMBLE, A. **Life satisfaction and emotional well-being psychological, economic and social factors**.In: RANYARD, R. Economic Psychology.Wiley – The British Psychological Society. Centre for Decision Research, University of Leeds, UK, 2017.
10. GATHERGOOD, J. Debt and depression: causal links and social norm effects. **The Economic Journal**, v. 122, n. 563, p. 1094-1114, 2012.
11. GLASER, B.; STRAUSS, A. **Grounded theory**: The discovery of grounded theory. Sociology The Journal Of The British Sociological Association, v. 12, p. 27-49, 1967.
12. HARRISON, N.; AGNEW, S.; SERIDO, J. Attitudes to debt among indebted undergraduates: A cross-national exploratory factor analysis. **Journal of Economic Psychology**, v. 46, p. 62-73, 2015.
13. KAHNEMAN, D. **Rápido e devagar: duas formas de pensar**. Objetiva, 2012.
14. MADANES, C.; MADANES, C. O significado secreto do dinheiro. Campinas: Editorial Psy, 1997.

15. MANFREDINI, A.M.N. **Pais e filhos**: um estudo da educação financeira em famílias na fase de aquisição. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

16. MANFREDINI, A.M.N. **As relações com o dinheiro:** construindo, destruindo, re e co construindo caminhos possíveis com o dinheiro na família. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2019.

17. NYKUS, E.K. **Saving behaviour: economic and psychological approaches.** In: RANYARD, R. Economic Psychology.Wiley – The British Psychological Society. Centre for Decision Research, University of Leeds, UK, 2017.

18. OLIVEIRA, A.L. **Irmãos, meio-irmãos e coirmãos**: a dinâmica das relações fraternas no recasamento. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, São Paulo, 2005.

19. OTTO, A. e SERIDO, J. **Economic socialization: childhood, adolescence, and early adulthood.** In: RANYARD, R. Economic Psychology.Wiley – The British Psychological Society. Centre for Decision Research, University of Leeds, UK, 2017.

20. STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

21. TÓTORA, S. **Velhice**: uma estética da existência. São Paulo: EDUC-Editora da PUC-SP; FAPESP, 2015.

22. VAN ROOIJ, M.; LUSARDI, A.; ALESSIE, R. Financial literacy and stock market participation. **Journal of Financial Economics**, v. 101, n. 2, p. 449-472, 2011.

11

Fatores associados a quedas em idosos residentes na zona rural

Rafael da Rosa Maciel
HURCG

Danielle Bordin
UEPG

Luciane Patricia Andreani Cabral
UEPG

Mariele Katherine Jungles
UEPG

Clóris Regina Blanski Grden
UEPG

10.37885/210404320

RESUMO

Objetivo: analisar a prevalência e fatores associados a quedas em idosos residentes na zona rural de um distrito da cidade de Ponta Grossa, Paraná. **Método:** Trata-se de estudo transversal desenvolvido com 80 idosos, residentes em uma zona rural do município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. A coleta de dados foi realizada, no interstício de 2018-2020, em domicílio. Utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental, Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional e questionário sociodemográfico, de saúde e estilo de vida para coleta de dados. Considerou-se como variável dependente a ocorrência de queda no último ano. Realizou-se teste qui-quadrado e regressão logística. **Resultados:** Verificou-se que a prevalência de queda nos idosos avaliados foi de 32,5%, sendo esta significativamente mais frequente em octogenários (p=0,007), mulheres (p=0,011), indivíduos com presença de desânimo, tristeza ou desesperança (p=0,001), risco de sarcopenia (p=0,039) e fragilidade (p<0,001 No modelo final verificou-se que idosos do sexo feminino apresentam 3,2 vezes de chances de cair comparado ao sexo masculino (p=0,047). Ainda, idosos em risco de fragilidade e frágeis apontam 12,3 e 8,0 vezes, respectivamente, mais chances de cair comparado a idosos robustos (p<0,001). **Conclusão:** Verificou-se alta prevalência de quedas em idosos rurais, sendo mais frequente em idosas e indivíduos com fragilidade e em risco de fragilização. Os achados apresentados subsidiam a equipe de saúde e gestores, para o desenvolvimento de estratégias voltadas a prevenção e intervenção para redução de quedas no ambiente rural.

Palavras-chave: Idoso, Acidentes por Quedas, Fragilidade, Zona Rural.

INTRODUÇÃO

A queda em idosos é uma condição bastante prevalente. Em todo o mundo, cerca de 30% dos idosos caem pelo menos uma vez por ano, 15% caem duas ou mais vezes (GAZIBARA et al., 2017). No Brasil, a prevalência de quedas varia de 28% a 38% em pessoas acima dos 60 anos de idade (SANTOS et al., 2019; MORAES et al., 2017). Ainda, também no Brasil, as taxas médias de internação e de mortalidade relacionado a quedas entre 1998 a 2015 foram respectivamente: 15,04 internações/100.000 habitantes/mês e 0,67 óbitos/100.000 habitantes/mês (STOLT et al., 2020).

Devido à alta prevalência, consequentes complicações para a saúde e altos custos assistenciais, sociais, individuais e familiares, a queda é considerada um problema de saúde pública junto aos idosos (PIMENTEL et al., 2019).

A consequência de uma queda pode resultar em comprometimentos transitórios ou permanentes, como limitação das atividades de vida diária (SUTER et al., 2017), aumento de dependência (TREVISAN et al., 2017), diminuição da autonomia (SANTOS et al., 2019), imobilidade (CARLI et al., 2019), hospitalização (PHELAN et al., 2018) e até mesmo morte (SMITH et al., 2018). E pode desencadear ainda, sofrimento psicológico, como sentir-se envergonhado, privando-se de sair de sua residência por receio que aconteça o evento da queda novamente (GAZIBARA et al., 2017), comprometendo seu convívio social e o desenvolvimento de atividades instrumentais de vida diária.

Vários fatores podem contribuir para que ocorra este evento, sendo divididos em intrínsecos e extrínsecos. Para os intrínsecos pode-se destacar idade (DUARTE et al., 2018), redução da força muscular (PUTS et al., 2017), perda de equilíbrio (MORAES et al.,2019), nível de fragilidade (LIN et al., 2020), déficit visual e auditivo (MARMAMULA et al., 2020) doenças crônicas (MORAES et al., 2017), comprometimento cognitivo (MA et al., 2021) e a polifarmácia (CARLI et al., 2019). Os fatores extrínsecos estão relacionados ao ambiente em que o idoso interage, como por exemplo lugares que frequenta, animais de estimação que possuí em sua casa, transporte, ambientes inseguros com pouca iluminação, dentre outros (YOO et al., 2016).

Vale destacar que um fator de risco extrínseco significativo na questão referente a quedas é a região onde o idoso reside (PHELAN et al., 2018). Idosos rurais podem estar expostos a mais fatores ambientais de risco, como condições geográficas que permeiam oscilações, morros, barrancos, atividade agropecuária, envolvendo animais de criação e cultivo de plantas (PARK et al., 2019).

A complexidade dos fatores determinantes e predisponentes de quedas, bem como suas consequências, evidenciam a necessidade contínua de buscar compreender este processo, bem como traçar estratégias diretivas junto aos fatores de risco, aos profissionais e formuladores de políticas públicas de saúde.

Diante desse contexto, este estudo tem por objetivo analisar a prevalência e fatores associados a quedas em idosos residentes na zona rural de um distrito da cidade de Ponta Grossa, Paraná.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado no período de 2018 a 2020 com idosos residentes em uma zona rural denominada Itaiacoca, distrito de Ponta Grossa, Paraná.

Utilizou-se como critérios elegibilidade da amostra, possuir 60 anos ou mais e residir na zona rural e no território adscrito de uma Unidade Básica de Saúde sob investigação. Foram excluídos indivíduos que não aquiesceram com a participação no estudo, ou que não responderam a variável dependente. A amostra final perfez um total de 80 idosos.

A coleta de dados ocorreu durante atendimento gerontológico em equipe multiprofissional, contemplando a aplicação de instrumentos, questionário próprio, envolvendo características sociodemográficas, de saúde e estilo de vida, e instrumentos validados como Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), para avaliar a fragilidade do Idoso e Mini Exame de Estado Mental (MEEM) para avaliar a cognição.

O IVCF-20 é composto de vinte questões distribuídas com os seguintes assuntos: idade, autopercepção de saúde, incapacidade funcionais, cognição, humor, comunicação e comorbidades múltiplas. A pontuação pode chegar a 40 pontos, sendo estratificada em idoso robusto (0 a 6 pontos), potencialmente frágil (7 a 14 pontos); e frágil (≤15 pontos) (MORAES et al., 2016).

Já o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), é um instrumento de rastreio cognitivo, que incluí os seguintes domínios: orientação, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, linguagem e capacidade construtiva visual e para cada um destes domínios obtém-se uma pontuação (FOLSTEIN et al., 1975; BINOTTO et al.,2021). O score pode variar de 0 pontos, o que sugere um alto grau de comprometimento cognitivo a um máximo de 30 pontos, que compreende uma melhor cognição (FOLSTEIN et al.,1975).

A variável dependente de interesse para este estudo foi a ocorrência de queda no último ano, e como variáveis independentes as características sociodemográficas, como: idade, sexo, cor, escolaridade, estado civil, renda e se tem ou não um cuidador. Considerou-se também estilo de vida e condições de saúde, no qual compreendem: etilismo, tabagismo, prática de atividade física, autopercepção de saúde, internação no último ano, uso de polifarmácia, apresentação de desânimo, tristeza ou desesperança, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, comprometimento cognitivo. E por fim as condições clinico-funcionais: dificuldade visual, auditiva, locomotora, uso de dispositivos que auxiliem na locomoção, descontrole esfincteriano, indicativo de sarcopenia, e condição clinico-funcional.

Os resultados foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa. Para verificar associação entre a variável dependentes e as variáveis independentes foi realizado o teste qui-quadrado. Na sequência, realizou-se regressão logística considerando a entrada de variáveis pela técnica *stepwise* que apresentaram p valor ≤0,20, permanecendo no modelo as variáveis que apresentassem valor de p≤0,05 ou ajustaram o modelo.

O presente estudo obteve aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos sob o parecer número CAAE nº 21585019.3.0000.0105.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados

A amostra final foi composta por 80 indivíduos, com predomínio de mulheres, idade entre 60 e 70 anos, cor branca, ensino fundamental incompleto, casado, renda familiar de até dois salários mínimos e que não necessitam de um cuidador (Tabela 01). Verificou-se que a prevalência de queda nos idosos avaliados foi de 32,5%, sendo esta significativamente mais frequente em octogenários (p=0,007) e mulheres (p=0,011).

Tabela 1. Características Sociodemográficas de idosos de uma zona rural, segundo ocorrência de quedas no último ano. Ponta Grossa, Paraná, 2021 (n=80).

	Quedas no último ano			
Variável	**Não n(%)**	**Sim n(%)**	**Total n(%)**	**p valor**
Quedas no último ano	**54 (67,5)**	**26 (32,5)**	**80 (100,0)**	
Idade				
De 60 a 70 anos	29 (74,4)	10 (25,6)	39 (48,8)	
71 a 80 anos	24 (70,6)	10 (29,4)	34(42,5)	**0,007**
>80	1 (14,3)	6 (85,7)	7 (8,7)	
Sexo				
Feminino	23 (54,8)	19 (45,2)	42(52,5)	**0,011**
Masculino	31 (81,6)	07 (18,4)	38 (47,5)	
Cor				
Branco	38 (62,3)	23 (37,7)	61 (76,2)	0,075
Outros	16 (84,2)	3 (15,8)	19 (23,8)	
Escolaridade				
Analfabeto	12 (66,7)	6 (33,3)	18 (22,5)	
Fundamental incompleto	36 (67,9)	17 (32,1)	53 (66,3)	0,994
Fundamental completo	06 (66,7)	03 (33,3)	09 (11,2)	
Estado civil				
Casado	36 (72,0)	14 (28,0)	50 (62,5)	0,267
Outros	18 (60,0)	12 (40,0)	30 (37,5)	
Renda				
Até 2 Salários mínimos	44 (65,7)	23 (34,3)	67 (83,7)	0,428
2 a 5 Salários mínimos	10 (76,9)	3 (23,1)	13 (16,3)	
Tem cuidador				
Não necessita	48 (69,6)	21 (30,4)	69 (86,3)	0,323
Sim	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (13,7)	

Fonte: Os autores, 2021.

A tabela 2 refere-se aos hábitos de vida e condições de saúde dos idosos. A grande parte relatou não possuir hábitos de consumir bebidas alcoólicas, fumar e de praticar exercícios físicos. No que tange a condição de saúde, a maioria relatou ter percepção positiva em relação a sua própria saúde, não ter internado no último ano, não fazer uso de polifarmácia e não apresentar desânimo, tristeza ou desesperança e perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas. No rastreio cognitivo, verificou-se que a 51,2% dos idosos apresentou comprometimento cognitivo sugestivo. Esteve associada à queda, apenas a presença de desânimo, tristeza ou desesperança (p=0,001).

Tabela 2. Estilo de vida e condição de saúde de idosos de uma zona rural, segundo ocorrência de quedas no último ano. Ponta Grossa, Paraná, 2021 (n=80).

	Quedas no último ano			
Variáveis	**Não n(%)**	**Sim n(%)**	**Total n(%)**	**p valor**
Etilista				
Não	41 (64,1)	23 (35,9)	64 (80,0)	0,189
Sim / Ex etilista	13 (81,3)	03(18,7)	16 (20,0)	
Tabagista				
Não	30 (63,8)	17 (36,2)	47 (58,8)	0,403
Sim / Ex tabagista	24 (72,7)	09 (27,3)	33 (41,2)	
Realiza atividade física				
Sim	21 (75,0)	07 (25,0)	28 (35,0)	0,293
Não	33 (63,5)	19 (36,5)	52 (65,0)	
Percepção de saúde				
Boa	32 (72,7)	12 (27,3)	44 (55,0)	0,270
Regular ou ruim	22 (61,1)	14 (38,9)	36 (45,0)	
Esteve internado no último ano				
Não	48 (71,6)	19 (28,4)	67 (83,8)	0,073
Sim	06 (46,2)	07 (53,8)	13 (16,2)	
Faz uso de 5 ou mais medicamentos				
Não	35 (73,0)	13 (27,0)	48 (60,0)	0,205
Sim	19 (59,4)	13 (40,6)	32 (40,0)	
Apresenta desanimo, tristeza ou desesperança				
Não	38 (82,6)	08 (17,4)	46 (57,5)	**0,001**
Sim	16 (47,1)	18 (52,9)	34 (42,5)	
Perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas				
Não	46 (71,9)	18 (28,1)	64 (80,0)	0,095
Sim	08 (50,0)	08 (50,0)	16 (20,0)	
Comprometimento Cognitivo				
Sem comprometimento sugestivo	25 (64,1)	14(35,9)	39(48,8)	0,156
Com comprometimento sugestivo	24 (58,5)	17(41,5)	41(51,2)	

Fonte: Os autores, 2021

Na tabela 03, observou-se que houve predomínio de idosos sem dificuldades visuais, auditivas e locomotoras e por consequência, que não utilizam aparelhos que auxiliam na locomoção. Ainda, em sua maioria não apresenta descontrole esfincteriano, indicativo de sarcopenia e são classificados como idosos robustos. Em relação à associação destes

fatores a quedas, verificou-se que idosos que dispõe de risco de sarcopenia (p=0,039) e que apresentam fragilidade (p<0,001) caíram mais.

Tabela 3. Condição funcional de idosos de uma zona rural, segundo ocorrência de quedas no último ano. Ponta Grossa, Paraná, 2021 (n=80).

	Quedas no último ano			
Variáveis	**Não n(%)**	**Sim n(%)**	**Total n(%)**	**p valor**
Dificuldade visual que impeçam atividades do cotidiano				
Não	43 (68,3)	20 (31,7)	63 (78,8)	0,782
Sim	11 (64,7)	6 (35,3)	17 (21,2)	
Dificuldade auditiva que impeçam atividades do cotidiano				
Não	51 (68,9)	23 (31,1)	74 (92,5)	0,341
Sim	3 (50,0)	3 (50,0)	06 (7,5)	
Dificuldade locomotora				
Não	42 (72,4)	16 (27,6)	58 (72,5)	0,128
Sim	12 (54,5)	10 (45,5)	22 (27,5)	
Uso de dispositivo que auxilie na locomoção				
Não	48 (69,6)	21 (30,4)	69 (86,3)	0,323
Sim	06 (54,5)	05 (45,5)	11 (13,7)	
Descontrole esfincteriano				
Não	41 (71,9)	16 (28,1)	57 (71,3)	0,183
Sim	13 (56,5)	10 (43,5)	23 (28,7)	
Indicativo de sarcopenia				
Não	32 (78,0)	09 (22,0)	41(51,3)	**0,039**
Sim	22 (56,4)	17 (43,6)	39 (48,7)	
Condição clínico funcional				
Robusto	33 (91,7)	3 (8,3)	36 (45,0)	
Em risco de fragilização	15 (45,5)	18 (54,5)	33 (41,3)	**<0,001**
Frágil	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (13,7)	

Fonte: Os autores, 2021

Na análise de regressão logística verificou-se que idosos do sexo feminino apresentam 3,2 vezes de chances de cair comparado ao sexo masculino (p=0,047). Ainda, idosos em risco de fragilidade e frágeis apontam 12,3 e 8,0 vezes, respectivamente, mais chances de cair comparado a idosos robustos (p<0,001) (tabela 4).

Tabela 4. Análise de regressão logística segundo evento de quedas no último ano de idosos de uma zona rural. Ponta Grossa, Paraná, 2021.

Variáveis	Quedas no último ano OR (IC 95%)	p valor
Sexo		
Masculino	1,0	**0,047**
Feminino	3,2 (1,0-9,8)	
Condição clínico funcional		
Robusto	1,0	**0,002**
Em risco de fragilização	12,3 (3,0 – 49,4)	**p<0,001**
Frágil	8,0 (1,4-44,4)	**0,018**

Capacidade explicativa do modelo 76,3%

Fonte: Os autores, 2021

DISCUSSÃO

Com o envelhecer, o corpo humano passa por mudanças fisiológicas, o que desencadeia com a diminuição da densidade óssea, da massa muscular, instabilidade postural, comprometimento da capacidade visual e auditiva, a alteração do equilíbrio, declínio cognitivo e funcional, mudança na velocidade da marcha, maior consumo de medicamentos e com essas alterações, isoladas ou combinadas com riscos ambientais podem tornar os indivíduos propensos a quedas (SANTOS et al., 2019; MASCARELO et al.,2021; GULLICH, CORDOVA, 2017; SUTER et al., 2017; SCHMEER et al., 2019; TSUTSUMINOTO et al., 2018; MA et al., 2021; WOO et al., 2017; CHENG et al., 2017).

Apesar de pouco evidente, estudos com idosos rurais, verificou-se que a prevalência de quedas em idosos no último ano foi semelhante aos achados da literatura brasileira (SANTOS et al., 2019; MASCARELO et al., 2021). Pesquisa realizada com 820 idosos residentes na zona rural na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, encontrou que 27,9% dos idosos sofreram queda (SANTOS et al., 2019). Ainda, estudo em município de pequeno porte, do Rio Grande do Sul, com 140 idosos rurais encontrou prevalência de quedas de 22,9% (MASCARELO et al., 2021). No estudo realizado no município de Arroio Trinta, Santa Catarina, a prevalência de quedas em idosos rurais foi de 27,8% e urbanos de 28,4% (GULLICH, CORDOVA, 2017).

De forma semelhante, ao que ocorre com a prevalência de quedas em áreas urbanas, que apontam que menos da metade dos idosos sofreram quedas no último ano (SOZANSKA et al.,2018; LI et al., 2018; ALVES et al.,2017). Em Barueri, São Paulo e Cuiabá, Mato Grosso foi executado uma pesquisa com 774 idosos, e foi percebido uma taxa de 38,6% de quedas entre os participantes (MORAES et al.,2017). Um estudo realizado em Barbacena, Minas Gerais, obteve uma prevalência de quedas de 36,4% em um total de 206 idosos (ALVES et al.,2017). Em pesquisas estrangeiras, percebe-se a similaridade com os dados brasileiros, visto que em uma cidade da Polônia o índice foi de 30,8% (SOZANSKA et al.,2018) e em cidades do Oregon, nos Estados Unidos, mostrou uma taxa de 28,0% com os idosos avaliados (LI et al.,2018).

Apesar de semelhante a prevalência de quedas em idosos rurais e urbanos observados na literatura, é importante considerar que no meio rural os idosos estão expostos a outros fatores de risco, como por exemplo, as questões geográficas dos locais onde residem e trabalham, e estes fatores unidos, ou vistos de maneira isolada, predispõe os idosos a riscos de sofrer quedas (PARK et al., 2019; MASCARELO et al.,2021; SCHMEER et al., 2019). Ainda, idosos rurais têm um agravante em relação a prestação de serviços de saúde, frente a necessidade de atendimento emergencial decorrente de uma queda, devido ao fato que a localização geográfica, muitas vezes, ser de difícil acesso e distantes, demandando um

tempo maior gasto até que as equipes de socorro cheguem para prestar os primeiros atendimentos, podendo assim causar uma demora no atendimento significativa, corroborando para um maior agravamento do estado de saúde do idoso (SMITH et al., 2018; KNOR et al., 2020; MOAFA et al., 2020).

Demostrando, deste modo, que é fundamental reconhecer os fatores associados a queda em idosos rurais, para que se possam delinear estratégias direcionadas ao público, com vistas a minimizar as chances de quedas e suas consequências.

No presente estudo, permaneceu no modelo final, associado a quedas, o sexo e o grau de fragilidade. Mulheres tem 3,2 vezes mais chances de cair se comparadas ao sexo masculino, corroborando com outros estudos (MORAES et al.,2017; LIN et al., 2020). Os achados podem estar relacionados a maior expectativa de vida deste gênero, e que as mulheres tem uma maior fragilidade musculoesquelética no perpassar dos anos em comparação com o sexo masculino (CARLI et al., 2019). Estudos mostram que mulheres apresentam mais comorbidades em relação aos homens e que quando comparados, os homens praticam mais exercícios físicos inclusive depois dos 60 anos, o que de fato leva a crer que mulheres possuem uma menor reserva energética em decorrência da baixa adesão de exercitar-se, predispondo-as a ter riscos de cair (SOUSA et al., 2018), no entanto, vale ressaltar que mulheres estão mais envolvidas em atividades domésticas e tarefas do dia a dia, o que pode resultar em um maior risco de sofrer quedas, como por exemplo limpando a casa ou cuidando de animais de estimação (CARLI et al., 2019; SANTOS et al., 2019).

A literatura também tem demonstrado que a fragilidade está intimamente ligada ao risco significativo de quedas entre os idosos (WOO et al., 2017; CHENG et al., 2017; MAIA et al., 2020). A fragilidade retrata o estado de instabilidade ou desequilíbrio da homeostase corporal, associado a redução da reposta do corpo aos mínimos agravos, promovendo declínios cumulativos que desencadeiam no fim uma maior dependência do idoso (TREVISAN et al., 2017; SANTOS et al., 2019). Idosos frágeis apresentam maior risco de resultados negativos para a saúde quando comparados com idosos robustos, como por exemplo, quedas, declínios funcionais e institucionalizações devido ao grau de comprometimento relacionado a perda de massa muscular e das funções cognitivas (PUTS et al., 2017).

A fragilidade predispõe quedas em idosos devido ao fato de que ocorre a diminuição da resistência física, alteração do equilíbrio, aparecimento de fraqueza muscular e sarcopenia (TREVISAN et al., 2017; GIOCOMINI et al., 2020). Apesar de distintas, a fragilidade e quedas estão atreladas, uma vez que, um indivíduo com perda de massa muscular, pode ocasionar sarcopenia, desenvolvimento de doenças crônicas, uso de medicamentos, déficit cognitivo, fatores estes que nitidamente aumentam as chances de um idoso vir a cair (PUTS et al., 2017; GIACOMINI et al., 2020).

Frente ao exposto, cabe a enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional de atenção gerontológica avaliar de maneira holística a população idosa, principalmente para com aqueles mais vulneráveis, elaborando atividades para manter as funções cognitivas ativas, promovendo exercícios para fortalecimento muscular e por consequência, melhora da marcha, diminuindo assim, os possíveis riscos de eventuais quedas, futuras e hospitalizações, condições quem aumentam a dependência dos idosos.

Tem-se como limitação do estudo o baixo número do tamanho da amostra, uma única zona rural estudada e a lembrança da ocorrência de quedas, visto que, muitos idosos só levam em consideração uma queda propriamente dita, quando a mesma provoca fraturas ou quaisquer outras lesões, excluindo assim, quedas que provoquem apenas escoriações ou ainda que não provoque machucado algum, trazendo um déficit de informações fidedignas. Contudo, as limitações não reduzem a importância do presente estudo para formulação de estratégias de enfrentamento para redução de quedas, em idosos da comunidade rural, principalmente.

CONCLUSÃO

Concluí- se que a ocorrência de quedas em idosos rurais é condição frequente e está relacionada principalmente ao sexo feminino e o grau de fragilidade. Os achados apresentados subsidiam a equipe de saúde e gestores, para o desenvolvimento de estratégias voltadas a prevenção e intervenção para redução de quedas no ambiente rural.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, Raquel Letícia Tavares et al. Evaluation of risk factors that contribute to falls among the elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 56-66, Feb. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100056&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 Abr. 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160022.

2. BINOTTO, Maria Angélica et al. Associação entre cognição, velocidade da marcha e habilitação veicular em idosos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 34, eAPE00541, 2021 . Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002021000100404&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr 2021. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao00541.

3. CARLI Flavia Vilas Boas Ortiz et al. Ocorrências de quedas em idosos e a polifarmácia. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**. 2019;37e1082. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1082/1024>. Acesso em: 30 abr 2021. DOI: https://doi.org/10.25248/reas.e1082.2019.

4. CHENG, Mei-Hsun; CHANG Shu-Fang. Frailty as a Risk Factor for Falls Among Community Dwelling People: Evidence From a Meta-Analysis. **J Nurs Scholarsh**. 2017;49(5):529-36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28755453/>. Acesso em: 16 abr 2021. DOI: 10.1111 / jnu.12322.

5. DUARTE, Gisele Patricia et al . Relação de quedas em idosos e os componentes de fragilidade. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 21, supl. 2, e180017, 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300414&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Abr 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720180017.supl.2.

6. FOLSTEIN, Marechal; FOLSTEIN, Susan; MCHUGH Paul. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.** 1975 (3):189-98. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1202204/>. Acesso em 19 abr 2021. DOI:10.1016/0022-3956(75)90026-6.

7. GAZIBARA, Tatjana et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. **Psychogeriatrics**. 2017;17(4):215-223. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28130862/?from_term=Falls%2C+risk+factors+and+fear+of+falling+among+persons+older+than+65+years+of+age&from_filter=ds1.y_5&from_pos=1>. Acesso em 31 maio 2020. DOI:10.1111/psyg.12217.

8. GIACOMINI, Suelen Borelli Lima; FHON, Jack Roberto; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Fragilidade e risco de queda em idosos que vivem no domicílio. **Acta paul. Enferm São Paulo,** v. 33, eAPE20190124, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002020000100433&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de abr 2021. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0124.

9. GULLICH, Inês; CORDOVA, Davi Durval Pereira. Queda em idosos: estudo de base populacional. **Rev Soc Bras Clin Med**. 2017;15(4):230-4. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/304>. Acesso em: 20 abr 2021.

10. KNORR, Melanie et al. Geriatrische Versorgung in ländlichen Regionen: Ergebnisse aus zwei standardisierten Befragungen von Leistungserbringern und Akteuren [Geriatric care in rural areas: Results from two standardized surveys of care providers]. **Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes**. 2020;153-154:97-103. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-32532675>. Acesso em: 20 abr 2021. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.05.006.

11. LI, Fuzhong et al. Effectiveness of a Therapeutic Tai Ji Quan Intervention vs a Multimodal Exercise Intervention to Prevent Falls Among Older Adults at High Risk of Falling: A Randomized Clinical Trial. **Jama Intern Med**, 178(10), 1301–1310. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30208396/>. Acesso em 16 abr 2021. DOI: 10.1001 / jamainternmed.2018.3915.

12. LIN, Wei-Quan et al. Prevalence and related factors of depression and falls among the elderly living in rural communities of Guangzhou, **Psychology, Health & Medicine**. 2020; 25 (8): 980-988. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31967487/>. Acesso em 16 abr 2021. DOI: 10.1080/13548506.2020.1714064.

13. MA, Yajun et al. Cognitive frailty and falls in Chinese elderly people: a population-based longitudinal study. **Eur J Neurol**. 2021;28(2):381-388. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33030300/>. Acesso em: 16 abr 2021. DOI: 10.1111/ene.14572.

14. MARMAMULA, Srinivas et al. Falls and visual impairment among elderly residents in 'homes for the aged' in India. **Sci Rep** 2020; 10, 13389. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-020-70066-2>. Acesso em: 16 abr 2021. DOI: 10.1038/s41598-020-70066-2.

15. MASCARELO, Andréia; BORGES, Natália Carolina; ALVES, Ana Luisa Sant'Anna; DORING, Marlene; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos rurais: um estudo de base censitária**. Brazilian Journal of Health Review**. 2021; v.4, n.1, p.3960-3977. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/25466>. Acesso em: 19 abr 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n1-314.

16. MIRANDA, Gabriela Morais Duarte; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Brasileira Geriatria Gerontologia**. 2016; 19(3): 507-519. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 30 maio 2020. DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140.

17. MOAFA, Hassan, KUIJK, Van; ALQAHTANI, DhaferM; MOUKHYER, Mohammed; HAAK, Haak. Disparities between Rural and Urban Areas of the Central Region of Saudi Arabia in the Utilization and Time-Centeredness of Emergency Medical Services. **Int J Environ Res Public Health**. 2020;17(21):7944. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33138091/>. Acesso em: 20 abr 2021.DOI: 10.3390/ijerph17217944.

18. MORAES, Dayane Cristina et al. Postural instability and the condition of physical frailty in the elderly. **Rev. Latino-Am**. Enfermagem. 2019;27:e3146. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/1518-8345-rlae-27-e3146.pdf. Acesso em: 30 maio 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2655-3146.

19. MORAES, Edgar Nunes et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública.** 2016;50:81. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100254>. Acesso em: 30 maio 2020. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006963.

20. MORAES, Suzana Albuquerque de et al. Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional. **Rev bras geriatr gerontol** 2017, vol.20, n.5, pp.691-701. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809=98232017000500691-&script-sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 16 abr 2021. DOI:10.1590/1981-22562017020.170080.

21. PARK, Dahye et al. Fall Risk Assessment of Rural Elderly Population in Korea. **Ann Rehabil Med**. 2019;43(3):269-278. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31311248/>. Acesso em: 20 abr 2021. DOI: 10.5535 / arm.2019.43.3.269.

22. PIMENTEL, WRT; PAGOTTO, V .; STOPA, SR; HOFFMANN, MCCL; ANDRADE, FB de; SOUZA JUNIOR, PR de; LIMA-COSTA, MF; MENEZES, RL de. Quedas em idosos brasileiros residentes em áreas urbanas: ELSI-Brasil. Revista de Saúde Pública , [S. l.] , v. 52, n. Suplemento 2, pág. 12s, 2019. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153945. Acesso em: 25 abr. 2021.DOI: 10.11606 / s1518-8787.2018052000635.

23. PUTS, Martine et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community--dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. **Age Ageing**. 2017;46(3):383-392. Disponível em: < https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28064173/>. Acesso em: 20 abr 2021. DOI:10.1093/ageing/afw247.

24. SANTOS, Fernanda dos et al. Falls of elderly people living em rural áreas: prevalence and associated factors. **Rev Bras Enferm**. 2019;72(Supp12);177-83. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000800177. Acesso em: 15 abr 2021. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0460.

25. SCHMEER, Christian; KRETZ, Alexandra; WENGERODT, Diane; STOJILJKOVIC, Milan; WITTE, Otto. Dissecting Aging and Senescence-Current Concepts and Open Lessons. **Cells**. 2019;8(11):1446. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31731770/>. Acesso em: 20 abr 2021. DOI: 10.3390/cells8111446.

26. SMITH, Matthey Lee et al. Delivery of Fall Prevention Interventions for At-Risk Older Adults in Rural Areas: Findings from a National Dissemination. **Int J Environ Res Public Health.** 2018;15(12):2798. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30544658/?from_single_result=Delivery+of+Fall+Prevention+Interventions+for+At-Risk+Older+Adults+in+Rural+Areas%3A+Findings+from+a+National+Dissemination>. Acesso em: 02 jun 2020. DOI:10.3390/ijerph15122798.

27. SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva ; LIMA, Margareth Guimarães; CESAR, Chester Luiz Galvão; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.11, e00173317, 2018.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001105007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 abr 2021. DOI:10.1590/0102-311x00173317.

28. SOUZA, Luiz Humberto Rodrigues; BRANDÃO, Jaíne Castro da Silva; FERNANDES, Anne Karina Cardoso; CARDOSO, Berta Leni Costa. Queda em idosos e fatores de risco associados. **Rev. Aten. Saúde**, 2017; v. 15, n. 54, p. 55-60. Disponível em: <https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4804>. Acesso em: 15 abr 2021. DOI: 10.13037/ras.vol15n54.4804

29. STOLT, Ligia Raquel Ortiz Gomes; KOLISCH, Daniel Vieira; TANAKA, Clarice; CARDOSO, Maria Regina Alves; SCHMITT, Ana Carolina Basso. Internação hospitalar, mortalidade e letalidade crescentes por quedas em idosos no Brasil**. Rev Saude Publica**. 2020;54:76. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100258&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 25 abr 2021. DOI:10.11606/s1518-787.2020054001691.

30. SUTER, Manetta da Cunha; MARTINELLI, José Eduard. Correlação entre cognição e risco de quedas em idosos. **Perspectivas Médicas** 2017, 28 (3), 29-32. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243254652006.DOI:10.6006/perspectmed.20170306.7643582087>. Acesso em 16 abr 2021. DOI: 10.6006/perspectmed.20170306.7643582087

31. TREVISAN, Caterina et al. Factors Influencing Transitions Between Frailty States in Elderly Adults: The Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. **J Am Geriat Soc** 2017; 65(1):179-184. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27861714/>. Acesso em: 20 abr 2021. DOI: 10.1111 / jgs.14515.

32. TSUTSUMIMOTO, Kota et al. Cognitive Frailty is Associated with Fall-Related Fracture among Older People. **J Nutr Health Aging**. 2018;22(10):1216-20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30498829/#:~:text=Only%20the%20cognitive%20frailty%20group,but%20also%20fall%2Drelated%20fractures>. Acesso em: 16 abr 2021.DOI: 10.1007 / s12603-018-1131-4.

33. WOO, Mei Teng; DAVIDS, Keith; LIUKKONEN, Jarmo; CHOW, Jia Yi, JAAKKOLA, Timo. Falls, Cognitive Function, and Balance Profiles of Singapore Community-Dwelling Elderly Individuals: Key Risk Factors. **Geriatr Orthop Surg Rehabil**. 2017;8(4):256-62. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29318089/>. Acesso em 16 abr 2021. DOI: 10.1177 / 2151458517745989.

34. YOO, Jae Soon; KIM, Chul Gyu; YIM, JongEun; JEON, Mi Yang. Factors influencing falls in the frail elderly individuals in urban and rural areas. **Aging Clin Exp** 2016;28, 687–697. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26462845/?from_single_result=Factors+influencing+-falls+in+the+frail+elderly+individuals+in+urban+and+rural+areas>. Acesso em: 02 jun 2020. DOI:10.1007/s40520-015-0469-2

12

Fatores de risco associados à depressão em idosos: uma revisão integrativa

Maria Cecília Queiroga dos Santos
UFCG

Ana Letícia Alves de Carvalho
UFCG

Brenda Sales Lins
UFCG

Lara Maria Alves de Carvalho
UFCG

Thaynara Tavares Oliveira Ramos
UFCG

Jamira Martins dos Santos
PPGENF/UFPB

Ana Claudia Torres de Medeiros
UFCG

10.37885/210404190

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar os fatores de risco para depressão em idosos que implicam na sua qualidade de vida. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura em que a seleção de artigos ocorreu entre os meses de abril e maio de 2020 envolvendo artigos publicados entre 2014 e 2019, nos idiomas inglês, português e espanhol, disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no portal CAPES. Foram utilizados os seguintes Palavras-chave indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Envelhecimento, Depressão, Saúde do Idoso e Fatores de Risco, e seus sinônimos nos idiomas português, inglês e espanhol. De acordo com os estudos analisados foram encontrados como fatores de risco para a depressão: dependência funcional na idade avançada, dor crônica e presença de comorbidades, morar sozinho, tabagismo, abstinência alcoólica, inatividade física, inatividade social, falta de rede de apoio familiar e social. Pode-se concluir que atividades voltadas aos idosos, visando a promoção, prevenção e proteção da saúde do idoso, diminui a chance de terem depressão, principalmente com o público feminino, aumentando sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Depressão, Envelhecimento, Saúde do Idoso, Fatores de Risco.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano não se restringe a uma determinada faixa etária, e pode ser compreendido como dinâmico, heterogêneo e contextualizado, ocorrendo ao longo de toda a vida, segundo a proposta paradigmática do *life span*. Para a compreensão do desenvolvimento, esse paradigma considera, entre outros elementos, as situações vividas subjetivamente, as dinâmicas intergeracionais, assim como as mudanças no contexto histórico dos indivíduos (XAVIER *et al.,* 2017).

O envelhecimento humano é um processo real e natural da vida, que em condições normais, não costuma ocasionar problemas, sendo que a chegada da senescência geralmente vem acompanhada de uma série de modificações orgânicas, que podem levar ao declínio das capacidades funcionais e alterações no funcionamento fisiológico dos órgãos e sistemas. Contudo, frequentemente pessoas idosas são acometidas por doenças, acidentes e estresse emocional, provocando, assim, uma condição incapacitante de suas necessidades físicas e não físicas (LIMA *et al.,*2018; DIAS *et al.,* 2015).

A depressão (DP) é definida como sofrimento mental crônico, cujos critérios principais são humor deprimido e a perda de interesse ou prazer (VAN ANCUM *et al.,* 2017).

Segundo a literatura, a depressão é comum na terceira idade, mas, contrariamente à opinião popular, não faz parte do processo natural de envelhecimento. Na maioria dos casos, a depressão é subdiagnosticada e subtratada. Assim, em relação aos transtornos afetivos, a depressão se impõe como a mais frequente nos idosos, tornando-se atualmente a principal causa de incapacidade no mundo e é responsável por 6,2% da taxa de morbidade na região europeia da Organização Mundial da Saúde (LEAL *et al.,* 2014).

A depressão pode ser desencadeada por fatores biológicos, sendo a genética um fator significativo no desenvolvimento de um quadro depressivo. Além disso, fatores psicológicos causam perda da autonomia e agravamento de quadros patológicos preexistentes no idoso, assim como os fatores sociais que interferem na capacidade funcional, do autocuidado e nas suas relações sociais. Ela afeta sua qualidade de vida, aumentando a carga econômica por seus custos diretos e indiretos e pode levar a tendências suicidas (NÓBREGA *et al.,* 2015).

Os sintomas depressivos podem levar os idosos ao desenvolvimento de maior vulnerabilidade e agravamento de doenças crônicas, expondo-o ao risco aumentado de morbidade, e consequente necessidade de apoio de profissionais de saúde que efetivamente minimizem ou previnam os agravos decorrente da sua instalação. Alguns desses sintomas são, queixas físicas com fadiga, sono, falta de apetite e indisposição e alterações de humor (LEAL *et al.,* 2014; SOUSA *et al.,* 2017).

A investigação de depressão em idosos torna-se cada vez mais importante, visto que é uma enfermidade muito prevalente e que frequentemente é considerada uma decorrência

natural do envelhecimento, sendo negligenciada como possível indicador de uma morbidade que causa sérios danos à qualidade de vida do idoso e de seus familiares e que resulta em custos elevados para a sociedade em geral. Portanto, a importância da problemática requer estudos constantes, uma vez que os profissionais de saúde devem reconhecer, avaliar, encaminhar e tratar os idosos que apresentam alteração de afeto (KIOSSES; SZANTO; ALEXOPOULOS, 2014).

Sendo assim, o presente trabalho possui como objetivo identificar os fatores de risco para depressão em idosos que implicam na sua qualidade de vida.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, a qual é uma das mais amplas propostas metodológicas de pesquisa referente às revisões. Ela possibilita a inserção de estudos com diferentes abordagens metodológicas de forma ordenada para consolidar o entendimento do fenômeno a ser estudado. Ademais, essa abordagem também propicia a união de informações de literatura teórica e empírica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia *Population, Concept* e *Context* (PCC) (STILLWELL *et al.,* 2010). Foram definidos: P- idosos; C- Saúde Mental dos Idosos C- Atenção Básica, Instituição de Longa Permanência e vida diária, desde que considere os fatores de risco associados à depressão. Foram excluídos os estudos que abordassem apenas depressão ou saúde do idoso, sem abordar os fatores de risco. Com base nessas definições foi estabelecida a pergunta norteadora: “Quais as evidências científicas que indicam os fatores de risco mais incidentes na depressão em idosos? ”.

O delineamento deste estudo pautou-se na pesquisa realizada nos meses de abril e maio de 2020, a partir de artigos contidos nos bancos de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), através da combinação de Descritores em Ciências da Saúde (DECS). Os descritores utilizados foram “Envelhecimento”, “Depressão”, “Saúde do Idoso” e “Fatores de Risco”, bem como nas línguas inglês e espanhol “Envejecimiento”, “Salud de los ancianos”, “Depresión”, “Factores de riesgo”, “Aging”, “Health of the Elderly” e “Depression”, “Risk factors”, com a utilização do descritor booleano “AND”.

Para subsidiar o trabalho, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter sido publicado nos idiomas português, inglês ou espanhol, nos últimos cinco anos (2014-2019), disponibilizado gratuito e eletronicamente na íntegra, possuir os idosos como população estudada, possuir a depressão como eixo temático central, bem como algum fator de risco associado e possuir conteúdo relevante para responder o objetivo deste estudo.

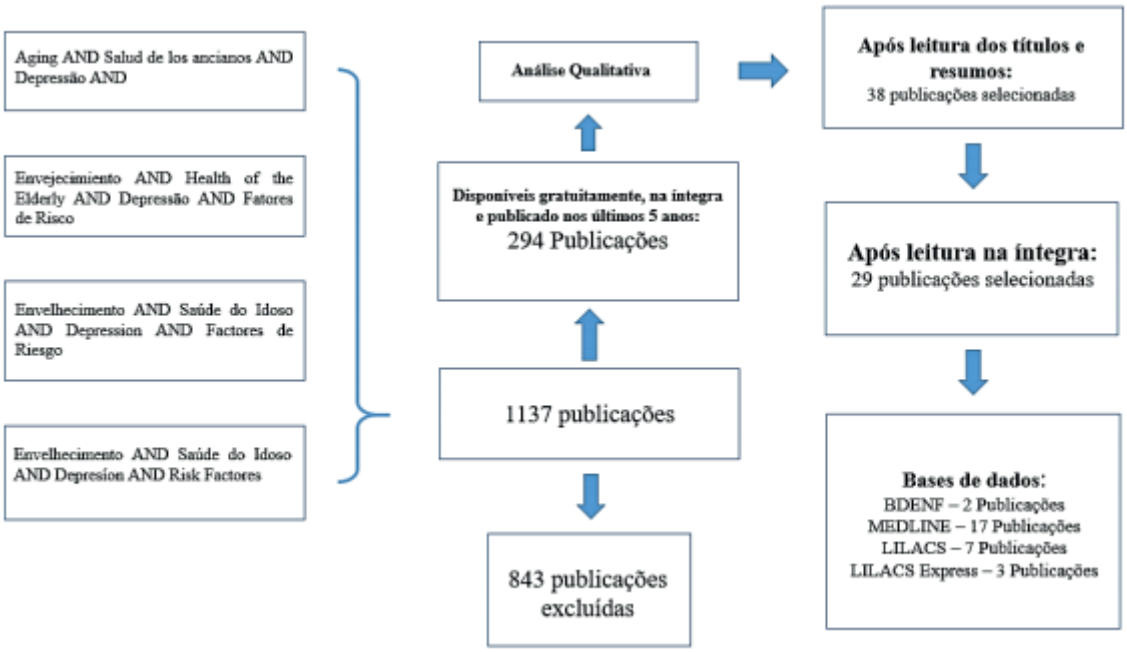
Foram excluídos da pesquisa estudos que apresentaram duplicidade, revisões sistemáticas e integrativas da literatura, teses, dissertações e monografias e os estudos que não

se enquadram na temática escolhida a partir dos critérios da questão norteadora, resultando em 29 artigos incluídos nesta revisão integrativa.

Devido ao caráter desse estudo, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

O fluxo obtido de artigos será demonstrado no fluxograma da Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos.



Fonte: Autoria Própria

Pode-se então observar no fluxograma o processo de identificação dos artigos encontrados, cujos resultados, obtidos a partir da inserção dos critérios de inclusão e exclusão, resultaram na seleção dos artigos expostos na Tabela 1.

Tabela 1. Artigos selecionados.

Autor	Base de dados	Revista de Publicação	Tipo de Estudo	Ano de Publicação
Guedes *et al.*	LILACS	Fisiot. Pesq.	Estudo Transversal multicêntrico	2019
Uchoa *et al.*	LILACS-Express	Cogitare Enferm.	Estudo Transversal Analítico	2019
Salamanca- Ramos; Paez; Alvarez	LILACS-Express	Aquichan	Estudo Descritivo Quantitativo	2019
Mendes-chiloff *et al.*	LILACS-Express	Revista Brasileira de Epidemiologia	Estudo Longitudinal	2018
Kim *et al.*	MEDLINE	BMC Geriatric	Estudo Transversal Analítico	2018
Lampert; Ferreira	LILACS	Avl. psicol.	Estudo Transversal	2018
Marques *et al.*	LILACS	Arch. Health Sci. (Online)	Estudo Transversal Documental	2017
Lee *et al.*	MEDLINE	Int. J. Environ. Res. Public Health	Estudo Transversal Analítico	2017
Bai *et al.*	MEDLINE	Journal of Diabetes and its Complications	Estudo Transversal	2017
Briggs; Kenny; Kennelly	MEDLINE	Age and Ageing	Estudo de coorte	2017
Liu; Lou	MEDLINE	Age and Ageing	Estudo Transversal Analítico	2017
Santini *et al.*	MEDLINE	Journal of Affective Disorders	Estudo Longitudinal	2016
Beristianos *et al.*	MEDLINE	The American Journal of Geriatric Psychiatry	Estudo Longitudinal	2016
Joshi *et al.*	MEDLINE	Age and Ageing	Estudo Transversal Analítico	2016
Magalhães *et al.*	BDENF	Revista Mineira de Enfermagem	Estudo Exploratório Descritivo	2016
Ferreira *et al.*	LILACS	Revista Brasileira de Reumatologia	Estudo Transversal Analítico	2015
Linardakis *et al.*	MEDLINE	Preventing Chronic Desease	Estudo Transversal Analítico	2015
Song *et al.*	MEDLINE	BMJ Open	Estudo de Coorte	2015
Araújo *et al.*	LILACS	Fisioterapia e Pesquisa	Estudo Transversal Analítico	2014
Saito *et al.*	MEDLINE	PloSOne	Estudo Transversal	2014
Limongi *etal.*	MEDLINE	Diabetes&Metabolism	Estudo Longitudinal	2014
Minagawa; Saito	MEDLINE	Gerontology	Estudo Longitudinal	2014
Teston; Carreira; Marcon	BDENF	Revista Brasileira de Enfermagem	Estudo Seccional	2014
Govea; *et al.*	MEDLINE	Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology	Estudo Longitudinal	2014
Melo *et al.*	LILACS	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde	Estudo Longitudinal	2014
Bookwala	MEDLINE	Developmental Psychology	Estudo Longitudinal	2014
Elliot *et al.*	MEDLINE	The Journals of Gerontology	Estudo Transversal	2014
Keshavarzi; Ahmadi; Lankarani	MEDLINE	Global Journal of Health Science	Estudo Transversal	2014
Pelarigo *et al.*	LILACS	Hansenologia Internationalis	Estudo Transversal	2014

Fonte: Autoria Própria

Ao analisar a tabela, pode-se notar que a maior parte das publicações foram feitas no ano de 2014 (onze publicações), e estão indexadas na base de dados da MEDLINE, porém, nota-se ainda que há uma homogeneidade na quantidade de artigos nacionais, bem como

de origem Latina, com relação aos outros continentes, variando e preponderando entre os estudos transversais e longitudinais.

Fatores gerais associados à depressão em idosos:

Em estudo realizado em São Paulo (Brasil), associaram-se a sintomas depressivos: autoavaliação da visão, da saúde bucal, da memória e da saúde geral como ruins, dependência para atividades básicas de vida diária e disfunção familiar moderada ou grave. Os fatores de proteção para não ter apresentado sintomas depressivos foram: sexo masculino, não referir doença pulmonar e avaliar positivamente a saúde, maior nível de escolaridade, maior renda e perceber a renda como suficiente para as despesas (MENDES-CHILOFF *et al.,* 2019).

A maior média de presença de sintomatologia depressiva é observada no sexo feminino, o que ratifica o fato de que as mulheres são mais suscetíveis à ocorrência de depressão do que os homens, contudo, as explicações causais para este evento ainda são inconsistentes. A autopercepção de saúde negativa, também contribui com o aparecimento de sintomas depressivos, bem como a não participação de atividades em grupo ou frequência a centros voltados para o público idoso, inatividade física e menores índices de capacidade funcional (UCHOA *et al.,*2019).

Em um estudo com idosos coreanos que moram sozinhos, tabagismo, abstinência alcoólica, inatividade física e inatividade social foram associados a níveis mais altos de sintomas depressivos, sendo esses idosos com idade média maior do que aqueles que não moram sozinhos, prevalentemente do sexo feminino, com uma quantidade menor de escolaridade, bem como condições socioeconômicas. O mau estado de saúde, a dor e as deficiências funcionais foram fatores comuns que aumentaram os sintomas depressivos (KIM *et al.,*2018).

Em termos de mobilidade, idosos com maior número de sintomas depressivos demonstraram 2,51 vezes maior chance de caminhar mais lentamente (velocidade média <0,8m/s) (GUEDES *et al.,* 2019).

O consumo arriscado de álcool (≥4 porções de uma bebida alcoólica ≥3 vezes por semana) também foi observado em estudos com idosos europeus, onde o mesmo foi associado a um maior escore médio de depressão (LINARDACKS *et al.,* 2015).

De forma semelhante e corroborando com os estudos anteriores, um outro estudo indica a presença de sintomas depressivos em 35,7% dos seus participantes, sendo que as mulheres apresentaram mais sintomas e maior comprometimento da capacidade funcional. Morar sozinho, maior dependência funcional e déficits cognitivos foram associados à presença de sintomas depressivos (LAMPERT; FERREIRA, 2018).

Podemos observar essas características em vários panoramas, incluindo, por exemplo, os centros dia, onde pesquisas evidenciaram que a maioria dos idosos (56,8%) estavam

diagnosticados com transtorno depressivo maior, sendo que foi encontrada associação estatisticamente significativa na presença de transtorno depressivo maior em idosos do sexo feminino, não casados e não alfabetizados (MARQUES, 2017).

Em uma outra pesquisa também realizada em centros-dia, os fatores de risco associados foram comprometimento cognitivo associado ao baixo nível educacional; um grau de dependência mais acentuado nas mulheres do que nos homens; e a presença de sintomas importantes de depressão na população (SALAMANCA-RAMOS; PAEZ; BAQUERO, 2019).

Quando nos referimos ao fator atividade física, outros estudos concordam que idosos que praticaram os mais altos níveis de atividade física e que realizavam atividades atléticas, caminhadas ou atividades como a jardinagem, apresentaram menor risco de depressão (JOSHI *et al.,* 2016).

É evidenciado ainda que idosas obesas que utilizam um grande número de medicamentos e apresentam elevados níveis de IMC, sintomas depressivos e baixos níveis de atividade física e desempenho funcional são mais vulneráveis a apresentarem baixa qualidade de vida associada à saúde. Todos esses fatores são passíveis de modificação com abordagens de prevenção e promoção de saúde (ARAUJO *et al.,* 2014).

Contrariamente, a má nutrição também se mostra um fator importante quando associada aos sintomas depressivos e suas consequências para a qualidade de vida dos idosos (KESHAVARZI; AHMADI; LANKARANI, 2014).

Outros estudos corroboram ainda no tocante que os exercícios físicos aeróbio e de força de intensidade moderada podem promover resultados significativos nos sintomas de depressão e qualidade de vida em idosos depressivos. Tais resultados podem ser mais significantes em domínios físicos e no aspecto social da qualidade de vida (MELO *et al.,* 2014).

Fatores associados às condições socioeconômicas:

Quanto ao fator socioeconômico observa-se que a diminuição nas condições de saúde foi o fator de risco primário pertence a um subgrupo mais vulnerável. Os idosos pertencentes a condições econômicas mais precárias que reduziram a participação ou diminuíram o contato com as redes sociais pertencem a um grupo cada vez mais em risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (LEE *et al.,* 2017).

A Comissão Europeia (2011) adotou o conceito de privação relativa como uma dimensão material da exclusão social e estabeleceu a eliminação da privação material grave como uma meta para a próxima década. Estudos indicam que a privação relativa tem associações mais fortes com a autoavaliação da saúde e com os sintomas depressivos do que com a pobreza relativa. Houve uma associação independente e aditiva entre privação relativa e pobreza em

relação à saúde subjetiva, e a presença de apoio social pode não mitigar completamente a associação negativa entre privação relativa e saúde (SAITO *et al.,* 2014).

Fatores de risco associados a comorbidades:

Devemos considerar também a associação com outros transtornos como o transtorno de estresse pós-traumático, transtorno depressivo maior e uso de substâncias cuja associação, em estudos, revelou que a exposição a acidentes ou doenças graves esteve associada à ideação suicida (BERISTIANOS *et al.,* 2016).

A taxa de prevalência de sintomatologia depressiva é maior em idosos com Diabetes Mellitus e sua coexistência está associada a um risco de mortalidade duas vezes maior (LIMONGI *et al.,* 2014).

Comparado a outras complicações, a neuropatia diabética teve a maior associação com sofrimento e depressão no Diabetes Mellitus tipo 1 de longa data, independente da dor, se fazendo necessárias estratégias além do controle da dor para melhorar a qualidade de vida desses idosos (BAI *et al.,* 2017).

A hipotensão é agora reconhecida como um fator de risco para síncope, eventos cardiovasculares e mortalidade, mas também pode representar um fator de risco para a depressão tardia (LLD). Segundos dados de um estudo de coorte irlandês, a pressão sistólica <130 mmHg aumentou a probabilidade de depressão incidente em idosos da comunidade, possuindo uma razão de chances não ajustada de 1,31 (1,01-1,68). Nesse estudo, o grupo com depressão incidente teve maior probabilidade de ser do sexo feminino e fumante, e apresentou maiores taxas de dependência de álcool, doença crônica, comprometimento funcional e fragilidade, sendo assim a hipotensão pode se caracterizar como um fator de risco modificável (BRIGGS; KENNY; KENNELLY, 2017).

Os transtornos ansiosos e depressivos podem acometer pacientes com o diagnóstico de osteoartrite, visto que a dor crônica causada pela doença aumenta o risco de surgimento dessas comorbidades. Os sintomas de ansiedade e depressão são mais expressivos em mulheres com osteoartrite quando comparadas com mulheres sem tal diagnóstico e apontaram para o impacto negativo que essa doença causa na esfera psíquica e na qualidade de vida de seus portadores (FERREIRA *et al.,* 2015).

Um outro fator importante citado na literatura é o valor da proteína C reativa sérica (PCR), a qual possui associações significativas com sintomas depressivos em homens idosos (SONG *et al.,* 2015).

Além disso, interações de sintomas depressivos elevados e doenças cardiovasculares significativas foram observadas transversalmente (mas não longitudinalmente) para a deterioração da memória figural e velocidade motora fina (GOVEAS *et al.,* 2014).

Já no contexto da hanseníase, é observado que a maior parte dos idosos apresenta deficiências físicas e declínio cognitivo, porém, essas condições não interferem significativamente na manifestação de sintomas depressivos e na independência funcional. Por outro lado, a maioria dos idosos que apresentam independência funcional tem menor chance de desenvolver sintomas depressivos (PELARIGO *et al.,* 2014).

Fatores de risco relacionados com o apoio social e familiar:

Quanto à prestação de cuidados familiares, a prestação contínua de cuidados com os netos e a transição da prestação de cuidados com os pais preveem menos sintomas depressivos dos cuidadores mais velhos, já as transições para dentro e fora da prestação de cuidados com o cônjuge preveem sintomas mais depressivos dos cuidadores mais velhos (LIU; LOU, 2017).

Em estudo realizado pela American Psychological Association (2014), cujo objetivo se pautava em analisar os sintomas depressivos em casais de idosos nos quais um dos cônjuges se encontrava em processo de adoecimento, foi observado que embora os fatores "maior domínio" e "autoestima" estivessem associados a afetos deprimidos em geral, esses recursos também se mostraram especialmente protetores, no tocante que uma autoestima melhor e um maior domínio sobre o conhecimento e a situação.

Ainda sobre o quesito apoio social, sabe-se que níveis mais altos de apoio conjugal, menos tensão do cônjuge e melhor integração das redes sociais protegiam os sintomas depressivos nos homens. O apoio social de amigos e filhos foi protetor contra sintomas depressivos em ambos os sexos. Níveis mais altos de tensão social de crianças foram associados positivamente a sintomas depressivos em mulheres. A solidão foi um mediador significativo na maioria dessas associações (SANTINI *et al.,* 2016).

Foi possível se observar em estudos que há uma maior ocorrência de depressão em idosos residentes em Condomínios exclusivos para essa população. Nesse contexto, deve-se considerar o "afastamento" familiar que é imposto a estes idosos, na medida em que eles não podem viver com nenhum outro familiar que não seja idoso. Apesar da oferta de atividades pela organização desta modalidade habitacional, evidenciou-se que os idosos com depressão são justamente aqueles que por si só não participam das atividades. Observou-se ainda que os idosos residentes na comunidade se sentem mais solitários, com menos energia, possuem maior dificuldade para dormir e mencionam maiores arrependimentos em relação aos anos anteriores vividos. Destaca-se também a reduzida menção por parte dos idosos de ambos os grupos, quanto a expectativas para o futuro (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014).

Fatores como esses devem ser bem investigados pelos profissionais de saúde para garantir políticas e medidas que possibilitem o vínculo e possibilitem uma boa qualidade de vida, combatendo assim, a depressão nos idosos.

Entre as muitas vantagens trazidas pelos recentes desenvolvimentos tecnológicos, o uso de telefones celulares parece se um importante contribuinte para o bem-estar psicológico dos idosos japoneses, se caracterizando como um fator protetor para a depressão em idosos (MINAGAWA; SAITO, 2014).

Em estudo semelhante, foi exposto que o uso das tecnologias não melhora diretamente a saúde mental ou o bem-estar entre os adultos mais velhos, embora possa proteger contra sintomas depressivos em indivíduos que lidam com condições de saúde que não sejam as deficiências nas atividades da vida diária (ELLIOT *et al.,* 2014).

Sendo assim, mostra inegável a relevância de uma investigação mais acurada na consulta do idoso, para detectar prováveis fatores de risco para a depressão, pois pesquisas mostram maior incidência de casos de depressão em mulheres, idosos entre 70 e 79 anos, viúvos, aposentados, sem escolaridade ou com ensino fundamental incompleto e que não participam de atividades comunitárias, além de alto índice de idosos com quadro depressivo que, quase em sua totalidade, não fazem uso de alguma medicação antidepressiva. Sendo assim, os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem ser capacitados a reconhecer os sintomas mais comuns da depressão em idosos, dando mais subsídios às investigações clínicas rotineiras e permitindo intervenções precoces e eficazes (MAGALHÃES *et al.,* 2016).

CONCLUSÃO

Por fim, é importante que se tenha mais projetos e estudos voltados para a promoção, prevenção e proteção da saúde dos idosos, já que, com o passar do tempo e das modificações enfrentadas pelo curso da vida, podem aumentar a possibilidade de ocorrência de depressão, principalmente no público feminino. Faz-se necessário, também, capacitação dos profissionais da saúde sobre saúde da pessoa idosa para melhor trabalharem as questões inerentes do envelhecimento e sobre qualidade de por meio de através de consultas rotineiras, visitas domiciliares, de uma investigação precoce em problemas psíquicos na terceira idade, visto que o tabagismo, a solidão, a inatividade física e social e a abstinência alcoólica, dentre outros fatores, contribuem para o maior índice de sintomas depressivos nessa população.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, B. et al. Efeito do treinamento físico na qualidade de vida em idosos com depressão maior. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 2, p. 205-205, 2014. Disponível em: https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/3237. Acesso em: 03 maio 2020.

2. ARAUJO, M. C. de et al. Impact of clinical and functional conditions on quality of life in old women with obesity. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 372-377, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502014000400372&script=sci_abstract. Acesso em: 03 maio 2020.

3. BAI, J.W. et al. Neuropathy and presence of emotional distress and depression in longstanding diabetes: results from the Canadian study of longevity in type 1 diabetes. **Journal of Diabetes and its Complications**, v. 31, n. 8, p. 1318-1324, 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S105687271730082X. Acesso em: 25 abril 2020.

4. BERISTIANOS, Matthew H. et al. Exposição ao trauma e risco de ideação suicida entre adultos mais velhos. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** , v. 24, n. 8, pág. 639-643, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949107/. Acesso em: 25 abril 2020.

5. BOOKWALA, J. Spouse health status, depressed affect, and resilience in mid and late life: A longitudinal study. **Developmental psychology**, v. 50, n. 4, p. 1241, 2014. Disponível em: https://psycnet.apa.org/buy/2013-44758-001 Acesso em 24 abril 2020.

6. BRIGGS, R.; KENNY, R.A.; KENNELLY, S.P. Does baseline hypotension predict incident depression in a cohort of community-dwelling older people? Data from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). **Age and ageing**, v. 46, n. 4, p. 648-653, 2017. Disponível em: https://academic.oup.com/ageing/article/46/4/648/3065032?login=true. Acesso em: 23 abril 2020.

7. Comissão Europeia. **A dimensão social da estratégia Europa 2020; Um relatório do comitê de proteção social.** Direcção-Geral do Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão. 2011. Disponível em: https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/6b52a977-9d98-468d-994c-7e95b1723c73/language-pt. Acesso em: 25 abril 2020.

8. DIAS, D. R. et al. Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal/Prevalence of symptoms of depression and anxiety among patients with chronic kidney disease under hemodialysis therapy: a cross-sectional study. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 60, n. 2, p. 65-71, 2018. Disponível em: http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/view/152. Acesso em: 25 abril 2020.

9. ELLIOT, A.J. et al. Predictors of older adults' technology use and its relationship to depressive symptoms and well-being. **Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 69, n. 5, p. 667-677, 2014. Disponível em: https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/69/5/667/562702?login=true. Acesso em: 25 abril 2020.

10. FERREIRA, A.H. et al. Investigação da ansiedade, depressão e qualidade de vida em pacientes portadores de osteoartrite no joelho: um estudo comparativo. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 55, n. 5, p. 434-438, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042015000500434&script=sci_arttext. Acesso em: 25 abril 2020.

11. GOVEAS, J.S. et al. Depressive symptoms and longitudinal changes in cognition: Women's health initiative study of cognitive aging. **Journal of geriatric psychiatry and neurology**, v. 27, n. 2, p. 94- 102, 2014. Disponível em:https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0891988714522697. Acesso em: 24 abril 2020.

12. GUEDES, R. de C. et al. Declínio da velocidade da marcha e desfechos de saúde em idosos: dados da Rede Fibra. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 304-310, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502019000300304. Acesso em: 03 maio 2020.

13. JOSHI, S. et al. Beyond METs: types of physical activity and depression among older adults. **Age and ageing**, v. 45, n. 1, p. 103-109, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4711656/. Acesso em: 29 Abril 2020.

14. KESHAVARZI, S.; AHMADI, S. M.; LANKARANI, K. B. The impact of depression and malnutrition on health-related quality of life among the elderly Iranians. **Global journal of health science**, v. 7, n. 3, p. 161, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25948441/. Acesso em: 29 abril 2020.

15. KIM, H. et al. Health behaviors influencing depressive symptoms in older Koreans living alone: secondary data analysis of the 2014 Korean longitudinal study of aging. **BMC geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2018. Disponível em: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018- 0882-4#citeas. Acesso em: 25 abril 2020.

16. KIOSSES, D. N.; SZANTO, K.; ALEXOPOULOS, G. S. Suicide in older adults: the role of emotions and cognition. **Current psychiatry reports**, v. 16, n. 11, p. 495, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/265734020_Suicide_in_Older_Adults_The_Role_of_Emoti ons_and_Cognition. Acesso em: 25 abril 2020.

17. LAMPERT, C. D. T.; FERREIRA, V. R. T. Factores asociados a sintomatología depresiva en ancianos. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, p. 205-212, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677- 04712018000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 abril 2020.

18. LEAL, M. C. C. et al. Prevalence of depressive symptoms and associated factors among institutionalized elderly. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 208-214, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/en_1982-0194-ape-027-003-0208.pdf. Acesso em: 25 abril 2020.

19. LEE, H. et al. Socioeconomic disparity in later-year group trajectories of depressive symptoms: role of health and social engagement change. **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 6, p. 588, 2017. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28587183/. Acesso em: 25 abril 2020.

20. LIMA, B. L. O. et al. Saúde do idoso: atribuições do enfermeiro frente à senescência e senilidade. **Semana de Enfermagem (29.: 2018: Porto Alegre, RS). Liderança sustentável e comprometida com o direito humano à saúde: desafios da Enfermagem**. Porto Alegre: HCPA, UFRGS, Escola de Enfermagem, 2018. 251 p., 2018. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/182569. Acesso em: 29 abril 2020.

21. LIMONGI, F. et al. Prevalence of diabetes and depressive symptomatology and their effect on mortality risk in elderly Italians: The Italian Longitudinal Study on Aging. **Diabetes & metabolism**, v. 40, n. 5, p. 373-378, 2014. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1262363614000834. Acesso em: 23 abril 2020.

22. LINARDACKS, M. *et.al.* Association of Behavioral Risk Factors for Chronic Diseases With Physical and Mental Health in European Adults Aged 50 Years or Older, 2004-2005. **Prev Chronic Dis**, v. 12, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26378895/. Acesso em: 29 abril 2020.

23. LIU, H.; LOU, W.Q.V. Continuity and changes in three types of caregiving and the risk of depression in later life: a 2-year prospective study. **Age and ageing**, v. 46, n. 5, p. 827-832, 2017. Disponível em: https://academic.oup.com/ageing/article/46/5/827/3065030?login=true. Acesso em: 25 abril 2020.

24. MAGALHÃES, J. M. et al. Depressão em idosos na estratégia saúde da família: uma contribuição para a atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, 2016. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1080. Acesso em: 24 abril 2020.

25. MARQUES, J. F. S. et al. Transtorno depressivo maior em idosos não institucionalizados atendidos em um centro de referência. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 20-24, 2017. Disponível em: https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/804. Acesso em: 03 maio 2020.

26. 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. 28, 2019. . Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf. Acesso em: 29 abril 2020.

27. MENDES-CHILOFF, C. L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180014, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415- 790X2018000300411. Acesso em: 29 abril 2020.

28. MINAGAWA, Y.; SAITO, Y. An analysis of the impact of cell phone use on depressive symptoms among Japanese elders. **Gerontology**, v. 60, n. 6, p. 539-547, 2014. Disponível em: https://www.karger.com/Article/Abstract/363059. Acesso em: 25 abril 2020.

29. NÓBREGA, I. R. A. P. et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 536-550, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103- 11042015000200536&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 29 abril 2020.

30. PELARIGO, J.G.T. et al. Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas depressivos em idosos com hanseníase. **Hansen. int**, p. 30-39, 2014. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-831059?src=similardocs. Acesso em: 25 abril 2020.

31. RAMOS, E. S.; PÁEZ, Z. J. V.; ÁLVAREZ, N. B. Situação de saúde dos idosos nos Centros de Vida. **Aquichan**, v. 19, n. 2 P. 3, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657599720190002000003. Acesso em: 29 abril 2020.

32. SAITO, M. et al. Privação relativa, pobreza e saúde subjetiva: estudo transversal JAGES. **PloS one**, v. 9, n. 10, pág. e111169, 2014. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0111169. Acesso em: 03 maio 2020.

33. SANTINI, Z. I. et al. Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: A prospective community-based study. **Journal of affective disorders**, v. 204, p. 59-69, 2016. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032716303287. Acesso em: 25 abril 2020.

34. SONG, B.M. et al. Association between C reactive protein level and depressive symptoms in an elderly Korean population: Korean Social Life, Health and Aging Project. **BMJ open**, v. 5, n. 2, 2015. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/5/2/e006429.short. Acesso em: 24 abril 2020.

35. SOUSA, K. A. de et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, 2017. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1154 Acesso em: 25 abril 2020.

36. STILLWELL, S. B. et al. Evidence-based practice, step by step: asking the clinical question: a key step in evidence-based practice. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 110, n. 3, p. 58-61, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20179464/. Acesso em: 25 abril 2020.

37. TESTON, E.F.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Síntomas depresivos en personas mayores: comparación entre los residentes en condominio específico para ancianos y en la comunidad. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 450-456, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000300450&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 25 abril 2020.

38. UCHOA, V. S. et al. Fatores associados a sintomas depressivos e capacidade funcional em idosos. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/60868/pdf. Acesso em: 29 abril 2020.

39. VAN ANCUM, J. M. et al. Change in muscle strength and muscle mass in older hospitalized patients: A systematic review and meta-analysis. **Experimental gerontology**, v. 92, p. 34-41, 2017. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556516303886?-via%3Dihub. Acesso em: 25 Abril 2020.

40. XAVIER, C. M. N.; BUENO, K. M. P.; ASSIS, L. de O.; ALMEIDA, S. C. de; ASSIS, M. G. A aposentadoria na perspectiva ocupacional: continuidade do curso de vida e novas possibilidades. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, *[S. l.]*, v. 28, n. 2, p. 214-220, 2017. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/123459. Acesso em: 25 abril 2020.

13

Morbidade de pessoas idosas com Acidente Vascular Encefálico no Reconcavo Baiano: implicações para a gestão

Uilma Santos de Souza
UFTM

Claudia Feio da Maia Lima
UFRB

Nidiane Evans Cabral Bacelar
UFRB

Patrícia Figueiredo Marques
UFRB

doi 10.37885/210404253

RESUMO

Objetivo: Objetivou-se discutir, comparativamente, a taxa de morbidade de pessoas idosas por Acidente Vascular Encefálico nos municípios do Recôncavo Baiano e seus impactos para a gestão municipal em saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritiva e epidemiológica, realizado com dados secundários de saúde dos municípios situados no Recôncavo Baiano, no ano de 2018 e 2019. Foram coletados 748 dados do Sistema de Internações do Departamento de Informática do Sistema único de Saúde – DATASUS. **Resultados:** Verificou-se que Santo Antônio de Jesus foi o município do Recôncavo Baiano com prevalência de morbidade por internação hospitalar, em 2018 e 2019. A pessoa idosa mais acometida por AVE são do sexo masculino, na faixa etária entre 70-79 anos. **Conclusão:** A gestão em saúde tem um papel fundamental na adoção de medidas e políticas públicas que visem a melhoria da saúde da população idosa, inclusive no que diz respeito a prevenção do Acidente Vascular Encefálico

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Acidente Vascular Encefálico. Assistência Hospitalar. Gestão em Saúde.

INTRODUÇÃO

A população idosa tem aumentado em todo o mundo. No Brasil não é diferente, com mais de 22 milhões de pessoas idosas, dois milhões se concentram somente na Bahia, de acordo com dados do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012).

Com todo esse aumento populacional, a Política Nacional para Pessoa Idosa (PNPI) busca assegurar seus direitos e protege-las, visando garantir a assistência à saúde em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), como prevenir, promover e recuperá-la, por meio de programas de saúde e medidas profiláticas (BRASIL, 2009).

O Estatuto do Idoso de 2003, promulgado pela Lei nº 10.741, garante a obrigação do Estado junto às pessoas idosas, como a proteção à vida e saúde, buscando um envelhecimento saudável, com qualidade de vida e dignidade, previstas pelo direcionamento de políticas públicas específicas (BRASIL, 2004).

Os gestores da saúde devem assumir um trabalho mais criterioso, voltado à saúde da população idosa, pelo maior número de adoecimento crônico, com demandas de cuidados contínuos e variados tratamentos medicamentosos. Com as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) mais prevalentes entre as pessoas idosas, inclusive responsáveis por incapacidades e dependência, em especial daqueles mais longevos, concentram-se também maior consumo dos serviços de saúde e elevados índices de internações hospitalares, gerando maiores gastos públicos com a saúde (SANTOS et al., 2008; BRASIL, 2011; SILVA et al., 2017).

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é um agravo cerebrovascular, decorrente da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma das doenças incluídas entre as DCNT, sendo umas das maiores causas de morbidade no mundo. Caracteriza-se como uma síndrome neurológica, com anormalidade repentina do funcionamento cerebral, devido a um bloqueio da passagem do sangue para o encéfalo ou hemorragia. Assim, o AVE é classificado como isquêmico, pela interrupção do fluxo sanguíneo em uma área do encéfalo e isquemia; hemorrágico, caracterizado pela ruptura de vaso intracraniano, com sangramento para o parênquima cerebral (PINTO et al., 2010; MOURA et al., 2018).

Uma das maiores consequências do AVE são os longos períodos de internação. E, quando pacientes, incluindo as pessoas idosas, sobrevivem à fase mais aguda e grave, muitas vezes evoluem com déficits neurológicos comprometedores para a capacidade funcional, gerando um alto custo e sobrecarga do sistema de saúde, que implica em problema de ordem pública expressivo para os gestores (FONSECA et al., 2018).

OBJETIVO

Discutir, comparativamente, a taxa de morbidade por AVE nos municípios do Recôncavo Baiano e os impactos para a gestão em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, descritiva e epidemiológica, por meio de dados secundários de saúde. A pesquisa quantitativa se centraliza na objetividade, recorrendo à matemática para descrever as causas, considerando que a realidade pode ser compreendida na análise de dados brutos, com auxílio de instrumentos padronizados e neutros (FONSECA, 2012).

O estudo descritivo define a distribuição ou categoria relacionadas à saúde, conforme o tempo, o lugar e as características da pessoa. Consegue desse modo, responder quando, onde e quem adoece. A epidemiologia descritiva pode ser de duas maneiras: através de dados secundários já existentes e dados primários coletados através de pesquisa. A epidemiologia descritiva analisa a incidência, a prevalência de doenças e a condição pertinente à saúde (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

A variável principal do estudo foi obtida por meio da busca da seguinte sequência: Assistência à Saúde, seguida por Produção Hospitalar (SIH/SUS), com seleção da opção por local de internação, a partir de 2008. Em seguida, escolheram-se municípios do Recôncavo Baiano nos anos de 2018 e 2019, o mês de internação da pessoa idosa, o procedimento e a alternativa AVE. Depois, lançou-se a faixa etária ≥ 60 anos e de ambos os sexos.

O Recôncavo Baiano engloba 20 municípios segundo os dados do IBGE (2012). A pesquisa de dados deu-se pelas informações disponíveis no DATASUS com identificação de Amargosa, Castro Alves, Conceição do Almeida, Cruz das Almas, Nazaré, Santo Amaro, Santo Antônio de Jesus, São Felipe, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé e Sapeaçu, totalizando 11 municípios.

A coleta de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2019, enquanto a análise entre janeiro e fevereiro de 2020. Os Bancos de dados usados para busca foram do Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS), preenchido com dados relativos à Autorização de Internação Hospitalar (AIH), ambos disponíveis no site do Ministério da Saúde (MS), escolhendo a opção CID-10 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde DATASUS (2012).

As tabulações de dados foram efetuadas na Internet (geradas pelo aplicativo TABNET desenvolvido pelo DATASUS), em forma de tabela pelo programa Tab para Windows

- TabWin. Para o processamento e análise dos dados foram elaborados gráficos e tabelas no software Microsoft Office Excel, versão 2010.

Em conformidade com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 466/2012 e Nº 510/2016, não houve necessidade de submeter o estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por tratar-se de dados de fontes estatísticas oficiais e domínio público, sem identificação de indivíduos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os maiores índices de morbidade hospitalar no Recôncavo Baiano ocorreram nos municípios de Santo Antônio de Jesus-Ba (63,96%) e Santo Amaro (8,09%), enquanto que o menor foi em Conceição do Almeida (0,26%) no ano de 2018. Já em 2019, os maiores índices ocorreram em Santo Antônio de Jesus (67,94%) e Santo Amaro (9,58%) e o menor indicador foi no município de Conceição do Almeida (1,64%), conforme mostram as tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Morbidade hospitalar no SUS por Acidente Vascular Encefálico em 2018.

Morbilidade Hospitalar do SUS AVE Hemorrágico e isquêmico 2018														
	jan/18	fev/18	mar/18	abr/18	mai/18	jun/18	jul/18	ago/18	set/18	out/18	nov/18	dez/18	Total	Total em %
Amargosa	2	4	3	2	4	2	2	2	3	3	1	0	28	7,31%
Castro Alves	1	0	2	1	1	2	1	4	1	3	5	2	23	6,00%
Conceição do Almeida	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,26%
Cruz das Almas	0	3	2	0	0	0	1	2	5	3	0	0	16	4,17%
Nazare	11	5	4	3	3	3	3	3	0	4	0	0	39	10,18%
Santo Amaro	5	4	4	2	3	1	3	2	1	3	2	1	31	8,09%
Santo Antonio de Jesus	23	22	21	24	29	23	23	16	14	24	21	5	245	63,96%
TOTAL	**42**	**38**	**36**	**32**	**40**	**31**	**34**	**29**	**24**	**40**	**29**	**8**	**383**	**100%**

Fonte: DATASUS, 2018.

Tabela 2. Morbidade hospitalar no SUS por Acidente Vascular Encefálico em 2019.

Morbilidade Hospitalar do SUS AVE Hemorrágico e isquêmico 2019														
	jan/19	fev/19	mar/19	abr/19	mai/19	jun/19	jul/19	ago/19	set/19	out/19	nov/19	dez/19	Total	Total em %
Amargosa	0	3	2	2	3	0	1	5	2	4	5	0	27	7,39%
Castro Alves	0	2	3	0	5	0	1	4	0	2	3	1	21	5,75%
Conceição do Almeida	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	6	1,64%
Cruz das Almas	2	0	2	2	1	0	0	3	1	1	3	0	15	4,10%
Nazare	4	0	1	1	0	2	3	0	2	0	0	0	13	3,56%
Santo Amaro	2	2	6	3	3	2	3	2	5	3	3	1	35	9,58%
Santo Antonio de Jesus	23	18	22	21	23	32	24	23	26	24	11	1	248	67,94%
TOTAL	**31**	**25**	**36**	**30**	**36**	**36**	**32**	**38**	**37**	**35**	**25**	**4**	**365**	**100%**

Fonte: DATASUS, 2019.

Devido às condições de vida atuais, as pessoas idosas hipertensas - em especial os quem habitam na zona urbana - vêm apresentando uma diminuição de hábitos de vida

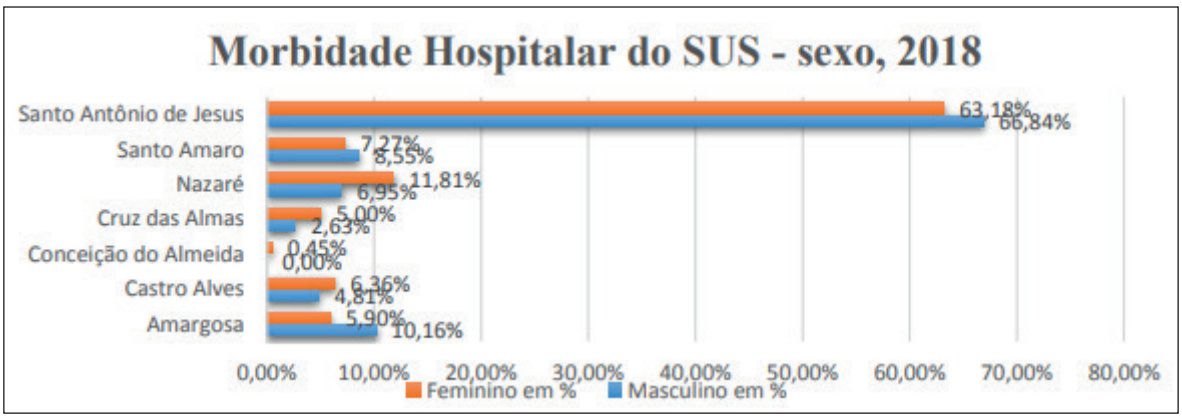
saudável. O bem-estar desse grupo etário depende muito de ações de gestão uni e multidimensionais, além de profissionais. A HAS interfere na qualidade de vida, consecutivamente, exige a mudança de hábitos e necessita de cuidados contínuos de alimentação e consumo de medicamentos pelo maior risco de apresentarem uma descompensação pressórica e o AVE, causando assim um índice maior de morbidade e internação hospitalar (PORTO, 2018).

A HAS, considerada uma das Doenças Cardiovasculares (DCV) mais comuns, é prevalente em pessoas idosas em relação aos adultos, causando maiores custos aos gestores pelas instabilidades clínicas e internações hospitalares. Assim o seu diagnóstico e acompanhamento na Unidade de Saúde da Família (USF) faz total diferença na prevenção, redução do tempo de hospitalização e consecutivamente da despesa para gestão pública (TAVARES, 2017).

Quando pessoas idosas não tem uma vida saudável e não aderem ao uso de terapia medicamentosa de forma adequada, muitas vezes relacionado com o baixo grau de instrução, há para o município maior gasto com internações hospitalares decorrentes de agravos pela hipertensão (Santos et al., 2019).

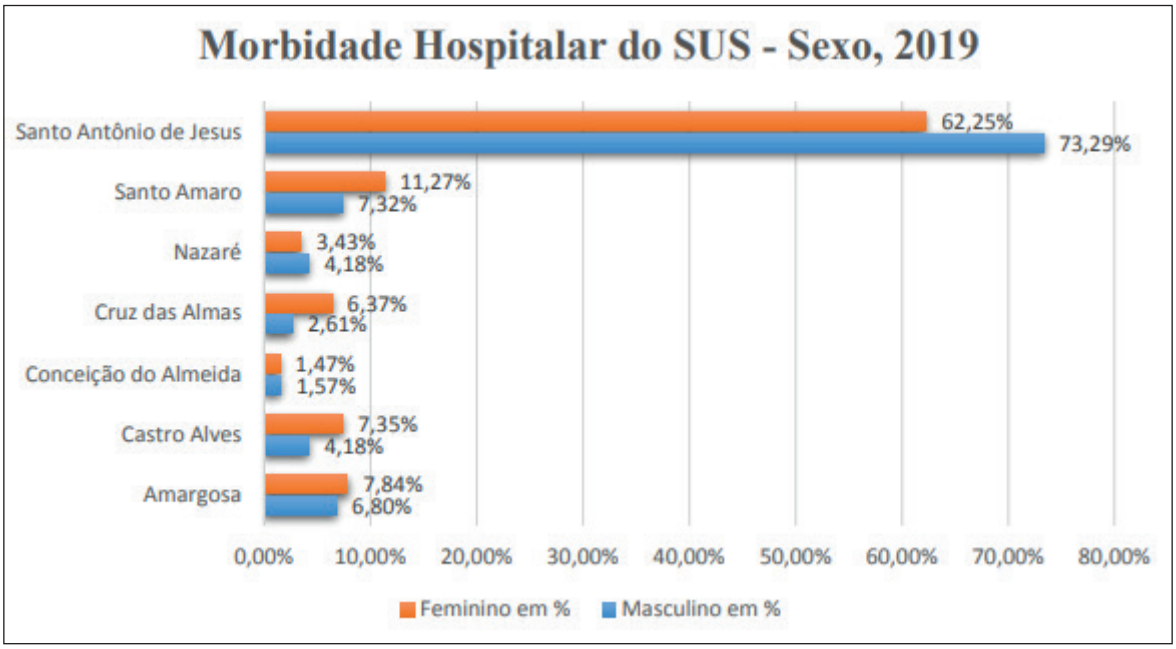
Observou-se no estudo que no ano de 2018 quem mais prevaleceu nos municípios do Recôncavo Baiano foram pessoas idosas do sexo masculino (Amargosa) e no sexo feminino (Santo Antônio de Jesus). Já em 2019, em contrapartida, observou-se que o sexo masculino prevaleceu em Santo Antônio de Jesus e em Santo Amaro o sexo feminino, conforme gráficos 1 e 2. Quem mais é acometido pela internação hospitalar nos dois anos seguidos é a população masculina.

Gráfico 1. Morbidade Hospitalar no SUS por Acidente Vascular Encefálico e sexo, 2018.



Fonte: DATASUS, 2018.

Gráfico 2. Morbidade Hospitalar no SUS por Acidente Vascular Encefálico e Sexo, 2019.



Fonte: DATASUS, 2019.

A prevalência de AVE em homens é muito mais comum pela baixa procura ao programa Hiperdia, por se consultarem menos e frequentarem a USF de forma irregular (LIMA; PERNAMBUCO; 2017). As mulheres por se cuidarem mais, frequentarem as consultas de profissionais de saúde e o referido programa com mais regularidade apresentam maior expectativa de vida e compreendem mais amplamente a importância do SUS, contribuindo para menores taxas de doenças, incluindo o AVE (MEDEIROS et al., 2017).

A morbidade varia entre o sexo, todavia é mais presente na pessoa idosa do sexo masculino, sendo a maioria deles viúvo com prevalência de idade entre 70-79 anos, o que corrobora para a resistência em acolher as orientações de saúde acerca da importância do uso correto de medicamentos, predispondo à ocorrência de complicações como o AVE. Por isso, a morbidade acaba aumentando de forma geral, incluindo no Recôncavo Baiano (TAVARES, 2019).

As tabelas 3 e 4 revelam que o município de Santo Antônio de Jesus-Ba possui um alto índice de morbidade hospitalar no SUS por AVE, sendo que em 2018 a faixa etária mais acometida pelo AVE são pessoas idosas entre 70-79 anos e 60-69 anos em 2019; em contrapartida, Conceição do Almeida obteve os menores índices de morbidade por AVE no mesmo período.

Tabela 3. Morbidade Hospitalar no SUS por Acidente Vascular Encefálico e Idade, 2018.

Morbilidade Hospitalar do SUS - Idade 2018							
Municípios	**60-69**	**60-69 em %**	**70-79**	**70-79 em %**	**80 ou mais**	**80 ou mais em %**	**Total**
Amargosa	6	4,72%	15	9,98%	11	8,40%	32
Castro Alves	12	9,45%	5	3,29%	6	4,58%	23
Conceição do Almeida	0	0,00%	1	0,66%	0	0,00%	1
Cruz das Almas	5	3,94%	4	2,63%	7	5,34%	16
Nazare	12	9,45%	11	7,24%	16	12,21%	39
Santo Amaro	11	8,66%	13	8,55%	8	6,11%	32
Santo Antonio de Jesus	81	63,7%	103	67,76%	83	63,36%	269
TOTAL	**127**	**100,00%**	**152**	**100,00%**	**131**	**100,00%**	**412**

Fonte: DATASUS, 2018.

Tabela 4. Morbidade Hospitalar no SUS por Acidente Vascular Encefálico e Idade, 2019.

Morbilidade Hospitalar do SUS - Idade 2019							
Municípios	**60-69**	**60-69 em %**	**70-79**	**70-79 em %**	**80 ou mais**	**80 ou mais em %**	**Total**
Amargosa	3	2,46%	12	6,70%	14	11,86%	29
Castro Alves	4	3,28%	9	5,03%	10	8,47%	23
Conceição do Almeida	3	2,46%	33	18,44%	2	1,69%	38
Cruz das Almas	1	0,82%	10	5,59%	5	4,24%	16
Nazare	1	0,82%	7	3,91%	7	5,93%	15
Santo Amaro	6	4,92%	16	8,94%	15	12,71%	37
Santo Antonio de Jesus	104	85,25%	93	51,40%	65	55,08%	263
TOTAL	**122**	**100,00%**	**179**	**100,00%**	**118**	**100,00%**	**421**

Fonte: DATASUS, 2019.

Os pacientes hospitalizados por AVE - a maioria idosas - permanecem por um período mais longo, gerando maior custo para a gestão de saúde por conta dos cuidados a problemas crônicos e complexos (LIMA; PERNAMBUCO, 2017).

As mudanças cardiovasculares, metabólicas e de ordem psíquica, comuns pelo envelhecimento, predispõem as pessoas idosas a eventos como o AVE, especialmente, quando não há adesão às orientações preventivas dadas pela USF ou no serviço especializado. As DCV têm um curso longo de evolução, mas suas complicações, a depender da gravidade, exige tratamento demorado e incerto, a exemplo do que ocorre com muitos pacientes com AVE (COSTA, 2016).

Segundo o capitulo I da portaria nº 665 do MS os pacientes devem ser atendidos nos centros de urgência e emergência das instituições hospitalares, justamente, por existirem municípios e hospitais-referências para os atendimentos com AVE que seguem o Protocolo Clinico e Diretrizes terapêuticas (PCDT), exigindo profissionais de saúde qualificados (BRASIL, 2012).

CONCLUSÃO

Esse estudo analisou a morbidade em pessoas idosas que evoluíram com internação hospitalar pelo AVE no Recôncavo Baiano sinalizando as implicações para a gestão em saúde.

O acesso de alguns municípios à saúde passa pelo processo de regulação, sendo redirecionado muitas vezes a outros de maior estrutura, o que revela a ausência ou a baixa notificação de agravos desses municípios do Recôncavo Baiano. Dessa forma, uma limitação do estudo foi entender que gestores de municípios de maior porte têm gastos elevados com saúde por conta da situação supracitada.

Ressalta-se que as DCNT, como o AVE, podem ser prevenidas se pessoas idosas tivessem acesso ao serviço de saúde de qualidade em seu município por meio de ações integralizadoras da gestão. A participação ativa em iniciativas públicas de assistência como o Hiperdia pode garantir a redução do número de usuários adoecidos e seus agravos por entender que o funcionamento pleno e estimulador de serviços atrativos, além da dispensação de medicamentos e consultas regulares, tornam-se essenciais para o controle de morbidade nos municípios do Recôncavo Baiano.

Torna-se imprescindível a tomada de decisão por parte da gestão municipal em adotar estratégias para melhoria do cuidado à saúde de pessoas idosas dentro de sua área de cobertura, atendendo a Política de Atenção Primária à Saúde (APS), reduzindo os custos de deslocamento e desassistência a elas, além de estabelecer uma taxa real de ocorrências no município de vinculação.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Estatuto do idoso. **Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004, 29 p. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pagina_saude_do_idoso/estatuto_do_idoso.pdf.

2. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2012** [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medi um=popclock&utm_campaign=novo_popclock.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf.

4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de **Análise de Situação de Saúde Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 Dez. 2012. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 Maio 2016. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf.

7. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde **Resolução nº 665, de 12 de abril de 2012**. Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Saúde, Brasília, DF; 12 abr. 2012. p. 2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html

8. COSTA, T. F. da et al. Acidente vascular encefálico: características do paciente e qualidade de vida de cuidadores. **Rev. Bras. Enferm**., Brasília, v. 69, n. 5, p. 933-939, Oct. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034- 71672016000500933&lng=en&nrm=iso>. access on 04 June 2020.

9. FONSECA, R. C. V. da. **Metodologia do trabalho científico**. 1. ed., Curitiba: Paraná, IESDE Brasil S.A., 2012, 90 p.

10. FONSECA, A. R. R. et al. Impacto socioeconômico do Acidente Vascular Cerebral no Estado de Roraima: um estudo de coorte de base hospitalar. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**. Bahia, v. 22, n. 2, p. 124-141, Mai/Ago 2018. Disponível em: https://www.revneuropsiq.com.br/rbnp/article/view/215/153.

11. MEDEIROS et al. Perfil Social e Funcional dos Usuários da Estratégia Saúde da Família com Acidente Vascular Encefálico. **Revista brasileira de Ciência da Saúde**. Paraíba, v. 21, n. 3, p. 211-220, 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/24011. Acesso em 04 junho 2020.

12. MOURA, L. V. C. et al. Management of elderly people with Stroke: strategies based on action research. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 6, p. 3054-3062, Dec. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034- 71672018000603054&lng=en&nrm=iso

13. LIMA, I. B. de; PERNAMBUCO, L. Morbidade hospitalar por acidente vascular encefálico e cobertura fonoaudiológica no Estado da Paraíba, Brasil. **Audiol., Commun. Res.** São Paulo, v. 22, e1822, 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312017000100315&lng=en&nrm=iso>. access on 05 June 2020. Epub June 05, 2017. http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2016-1822.

14. LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez 2003. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679- 49742003000400003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jun. 2020. http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003.

15. PINTO, I. V. et al. Ocorrência de acidente vascular encefálico em um hospital público em Campos dos Goytacazes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2106-2116, Nov. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100004&lng=en&nrm=iso>.

16. PORTO, E.F. et al. Estilo de vida e suas relações com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **RIES**, ISSN 2238-832X, Caçador, v. 7, n. 1, p. 361-373, 2018. https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1235/818.

17. SANTOS, F. G. T. dos et al. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. **Saúde em Debate [online]**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 489-502, Abr/Jun 2019 [Acessado 5 Junho 2020]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116>. ISSN 2358-2898.https://doi.org/10.1590/0103-1104201912116.

18. SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriátrica. **Acta paul. enferm**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103- 21002008000400018&lng=en&nrm=iso>..

19. SILVA, A. R. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **J. bras. psiquiatr**., Rio de Janeiro, v. 66, n. 1, p. 45-51, Mar. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852017000100045&lng=en&nrm=iso>.

20. TAVARES, R. E. et al. Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 878-889, Dec. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809- 98232017000600878&lng=en&nrm=iso>. access on 05 June 2020. https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170091.

21. TAVARES, D. M.S. et al. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3305-3313, Sept. 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413- 81232019000903305&lng=en&nrm=iso>.

14

O acidente vascular encefálico como doença de base em reinternados de um hospital escola

Bruna Aparecida Fornazari
FAMERP

Aline Ferreira Placeres
FAMERP

10.37885/210303877

RESUMO

As doenças e incapacidades geram custos, destacando o Acidente Vascular Encefálico (AVC) como a maior causa de incapacidade na faixa etária superior há 50 anos, sendo responsável por 10% do total de óbitos no Brasil. O objetivo do trabalho foi identificar o (AVC) como doença de base de pacientes reinternados em um Hospital Público e evidenciar a indicação da atuação do terapeuta ocupacional. Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, realizado por meio de entrevista semiestruturada com pacientes reinternados em um hospital da cidade de São José do Rio Preto, SP. Totalizaram 47 pacientes (8,6%) reinternados com AVC como afecção de base. Observou-se predominância do sexo masculino (59,6%), com média de idade de 71 anos. Na análise da Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD´S), a maioria dos pacientes reinternados que possuíam o AVC como afecção de base eram dependentes, ou seja, necessitam de auxílio para realizar três ou mais atividades. Portanto, o terapeuta ocupacional é importante na equipe de reabilitação, considerando o ambiente hospitalar como meio para estimulação precoce, atua em conjunto com o paciente, família e cuidador, utiliza técnicas específicas da terapia ocupacional, com objetivo de contribuir no desempenho ocupacional e autonomia desses pacientes.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Reabilitação, Acidente Vascular Cerebral.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVC) se caracteriza por uma interrupção do fluxo cerebral vascular, de origem isquêmica ou hemorrágica, com diversas etiologias, assim como fatores predisponentes que repercutem em alterações físicas, cognitivas e comportamentais diferenciadas, dependendo da área encefálica que é comprometida (COSTA; SILVA; ROCHA, 2011).

As principais seqüelas apresentadas são a hemiplegia contralateral, hemiparesia, perda visual ipsilateral, afasia, disgrafia, acalculia, agnosia, distúrbios sensoriais, perda da propriocepção, hipoestesia, negligência unilateral e apraxia. Dependendo do grau de acometimento o indivíduo perde a seletividade de seus movimentos, devido ao predomínio da atividade muscular antagonista, o que dificulta a realização das atividades de vida diária (AVD´S), e consequentemente o seu retorno laboral e social (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

O AVC permanece como uma das causas de maior morbidade em todo o mundo, é identificado em 15 milhões de pessoas por ano, sendo que um terço desses pacientes morre, e outro terço permanece com seqüelas definitivas. Nos Estados Unidos, é a terceira causa de óbitos, a afecção representa a causa principal de disfunções, sendo responsável por 780.000 casos novos e recorrentes por ano, com custo de aproximadamente USS 30 bilhões (TUTZO; MCCULLOUGH, 2008).

Considerando-se que a doença predomina em adultos de meia idade e idosos, o Brasil vem mudando seu perfil de morbidade nas últimas décadas, com as doenças crônicas não transmissíveis liderando as principais causas de morte, entre essas, o AVC, que é uma das principais causas de internações e mortalidade, causando na grande maioria dos pacientes, algum tipo de deficiência, seja parcial ou completa (ENGLER, 2014).

Seis meses após o percurso do AVC, 65% das pessoas não conseguem incorporar o lado afetado em suas AVDS, apenas 25% conseguem retornar as suas atividades sociais e a qualidade de vida tende a ser maior naqueles indivíduos que melhor recuperaram suas funcionalidades. Esse quadro pode ser revertido consideravelmente através da Reabilitação (GAMBA; CRUZ, 2011).

É importante ressaltar que uma parte dos indivíduos acometidos, tornam impossibilitados para retornar ao trabalho, nesse contexto, a doença é responsável por 40% das aposentadorias precoces no Brasil, portanto, já é considerado um problema de Saúde Pública. Os hospitais devem garantir em sua estrutura e dinâmica as ações de reabilitação e mais precoce possível, além de medidas de prevenção para evitar ou diminuir o agravamento destas (CRUZ et al., 2014).

O processo de reabilitação do paciente que sofre um AVC inicia-se na fase de hospitalização. As intervenções devem começar logo que o paciente estiver clinicamente estável e

essa assistência imediata é necessária para garantir maior recuperação das funções motoras e sensório-perceptivas. A falta de orientação e reabilitação adequada pode acarretar perdas significativas na evolução e na recuperação do quadro de lesão (THINEN; MORAES, 2013).

A Reabilitação eficaz, dos pacientes com sequelas de AVC, inclui uma equipe multidisciplinar da área da saúde com atendimentos que comecem, em situação ideal 48 horas após a estabilidade do paciente (MENESES; DUARTE; PEREIRA, 2012). Nesse contexto, a terapia ocupacional tem como objetivo engajar esses pacientes em atividades que são significativas e importante para eles, com a finalidade de retorno a independência, a autonomia e a participação social (CRUZ; TOYODA, 2009).

As áreas ocupacionais envolvem as atividades básicas da vida diária (de auto-cuidado) e instrumentais, bem como o trabalho, o estudo, o brincar, o lazer e participação social. Essas áreas podem variar de acordo com a idade, o tipo de atividades que realiza, suas preferências, rotina, hábitos, entre outros (CRUZ; TOYODA, 2009).

Assim, conhecer as áreas de desempenho ocupacional mais acometidas após o AVC é importante para se orientar o uso de técnicas, métodos e intervenções adequadas durante o processo de reabilitação em terapia ocupacional, de forma a promover a melhora da funcionalidade e da qualidade de vida dos pacientes atendidos (MENESES; DUARTE; PEREIRA, 2012).

Considerando que o indivíduo com AVC passa por conflitos, mudanças significativas no estilo e qualidade de vida, visto que as sequelas da doença podem interferir na autonomia e independência do paciente para realização das atividades de vida diária, este trabalho identificará o AVC como afecção de base e evidenciará a atuação do Terapeuta ocupacional na reabilitação de reinternados pós AVC, no contexto hospitalar.

OBJETIVOS

Identificar o AVE como afecção de base e evidenciar a indicação da atuação do Terapeuta ocupacional.

MÉTODO

Estudo quantitativo e descritivo, no qual os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada para pacientes ou acompanhantes. A pesquisa foi realizada em todas as enfermarias e o questionário foi aplicado de junho à outubro de 2014 em pacientes reinternados de um Hospital Escola Público de São José do Rio Preto após aprovação pelo Comitê de ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP (Parecer :645.495).

Foram considerados como pacientes reinternados aqueles com mais de uma internação no período de quatro anos.

Do total de 544 pacientes entrevistados no estudo original/amostra geral com reinternados, 47 possuíam AVC como afecção de base, tendo como critérios de inclusão: indivíduos adultos ou idosos, de ambos os sexos, restritos temporariamente ou definitivamente ao leito de enfermarias por doença neurológica, reumática, geriátrica, ortopédica, traumática, cardiológica, pneumológica e oncológica, com prescrição para terapia ocupacional. Foram excluídos pacientes durante o período de permanência em Unidade de Terapia Intensiva ou que se recusaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de instrumento elaborado por residentes multiprofissionais em Reabilitação Física da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). O instrumento contém dados relacionados às condições de saúde, emocionais e sócio-culturais, independência nas Atividades de Vida Diária e condição motora atual do paciente no leito.

Para avaliar o nível de independência nas Atividades de Vida Diária foi criado um protocolo simplificado pelo serviço de Terapia Ocupacional a fim de facilitar a coleta de dados.

As Atividades de Vida Diária avaliadas foram higiene pessoal, banho, alimentação, uso da toalete e vestuário. A deambulação foi avaliada em outro item e as demais atividades não foram avaliadas. Foi considerado como paciente independente aquele que consegue realizar todas essas atividades sem auxilio e sem supervisão nenhuma; como semi-dependente aquele que necessita de auxilio ou supervisão de uma ou duas das atividades e dependente quando necessita de auxilio em três ou mais atividades.

Os dados foram tabulados e a interpretação ocorreu por análise estatística descritiva simples. Foi utilizado processo de validação por dupla digitação em planilhas do aplicativo *Microsoft Excel*. Uma vez corrigidos os erros de digitação, os dados foram exportados e analisados no Programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) Software versão 15.0.

RESULTADOS

TABELA 1. Pacientes reinternados com AVC como Afecção de base. São José do Rio Preto/2014.

Variáveis	Realização das AVDs		Condição Motora no Leito	
	n	%	n	%
Independente	8	17	10	21,3
Semi-independente	13	27,6	9	19,1
Dependente	26	55,3	----	----
Acamado	----	----	28	59,6
	Pacientes (AVC)	n	%	
Total	544	47	8,6	

O estudo foi realizado com 544 pacientes reinternados de um Hospital Escola Público de São José do Rio Preto, desta amostra, totalizaram 47 pacientes (8,6%) reinternados com AVC como afecção de base. Observou-se predominância do sexo masculino (59,6%), idosos, com média de idade de 70,97 ± 12,95 anos.

A maioria eram casados, 23 (48,9%), procedentes de cidades da região de São José do Rio Preto, 31 (70,0%), com escolaridade prevalente até o ensino fundamental incompleto, 23 (49,0 %), aposentados 30 (63,8 %).

Na análise da Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD´S), que inclui higiene pessoal, banho, alimentação, uso do toalete e vestuário, observou-se que a maioria dos pacientes reinternados que possuíam o AVC como afecção de base são dependentes, 26 (55,3 %), ou seja, necessitam de auxílio para realizar três ou mais atividades, 13 (27,6 %) semi-dependentes, nos quais necessitam de auxilio ou supervisão de uma ou duas das atividades e a minoria 8 (17,0 %) independentes, capazes de realizar todas as atividades sozinho.

Com relação à análise da condição motora atual no leito desses pacientes, observou-se que 28 (59,6 %) são acamados, 10 (21,3 %) encontram-se independentes e 9 (19,1 %) são semi-dependentes no contexto hospitalar.

DISCUSSÃO

Com o aumento da população idosa, tem-se um expressivo crescimento das doenças crônicas, uma delas é o AVC. Este envelhecimento costuma vir acompanhado por um aumento da situação de dependência na população, o que implica aumento de custos públicos e que pode sobrecarregar as famílias responsáveis por esses idosos. Isso inclui um grande desafio para o governo que no período de 2000 a 2005 teve aproximadamente um aumento de 38 a 60% nos gastos com a população com 60 anos ou mais (GAMBA; CRUZ, 2011).

A amostra teve como predominância o sexo masculino e de acordo com o estudo realizado por Cruz (2014), em que a maioria também foi homens, esse fato permite discutir sobre os cuidados de saúde, pois observa-se que os homens cuidam menos da própria saúde, o que os expõem aos fatores de risco para o AVE (CRUZ et al., 2014).

A média de idade apresentada foi de 71 anos, o que representa riscos quando somadas as alterações cardiovasculares e metabólicas associadas a idade avançada, entre a sétima e a oitava década de vida (FIGUEIREDO et al., 2010).

Os participantes deste estudo apresentaram em sua maioria baixa escolaridade, fator que pode estar diretamente associada ao baixo nível socioeconômico, que influencia no acesso aos serviços de saúde e conhecimento, e hábitos de vida não saudáveis (LAVADOS et al., 2007).

Segundo os estudos, entre os indivíduos que sobreviveram ao AVC, 15% não apresentam prejuízo de sua capacidade funcional, 37% mostram discreta alteração e são capazes de realizar atividades de auto cuidado, 16% apresentam moderada incapacidade, sendo semi-dependentes nas AVDs e 32% demonstram seqüelas graves, diminuindo consideravelmente sua capacidade funcional (MENESES; DUARTE; PEREIRA, 2012).

As alterações estruturais sofridas por um paciente pós AVC causam alterações motoras como fraqueza muscular e espasticidade, que podem restringir em suas AVDs e participação social, tornando-o dependente fisicamente. Principalmente o déficit motor nos membros superiores tem impacto na qualidade de vida, pois estes são essenciais nas AVDs, além do comprometimento cognitivo no idoso, afetando cerca de 50% dos pacientes tanto na fase aguda como crônica, sendo necessário reabilitação precoce (OLIVEIRA; SILVEIRA, 2011).

CONCLUSÃO

O Terapeuta ocupacional é importante na equipe de reabilitação, visto que há demanda de reinternações por AVC, considerando o ambiente hospitalar como meio para estimulação precoce, atua em conjunto com o paciente, família e cuidador, utilizando de métodos e técnicas específicas da terapia ocupacional, dentro das possibilidades de cada caso, com objetivo de contribuir no desempenho ocupacional e autonomia no cotidiano desses pacientes.

AGRADECIMENTOS

Neuseli Marino Lamari (Fisioterapeuta coordenadora geral do Programa de Residência Multiprofissional em Reabilitação Física- Famerp) e Maysa Alahmar Bianchin (Terapeuta Ocupacional- professora Adjunta do Departamento de Ciências Neurológica- Famerp) pelo incentivo para realizar a pesquisa e estudos na área.

REFERÊNCIAS

1. COSTA, F. A.; SILVA, D. L. A; ROCHA, V, M. The neurological state and cognition of patients after a stoke. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 5, p. 1083-88, 2014.

2. CRUZ, D. M. C. et al. Entre perdas e ganhos: os papéis ocupacionais de pessoas pós-acidente vascular encefálico. **Revista FSA**, Teresina, v. 11, n. 2, p. 330-49, 2014

3. CRUZ, D. M. C; TOYODA, C. Y. Terapia ocupacional no tratamento do AVC. **Unicamp: Com Ciência**, v.109, p.1-5. 2009.

4. ENGLER, T. M. N. M. et al. Stroke: Bowel Dysfunction in Patients Admitted for Rehabilitation. **The Open Nursing Journal**, v. 8, p. 43-47, 2014.

5. FIGUEIREDO, T. G. B., et al. Acidente Vascular Encefálico Isquêmico: do diagnóstico à terapêutica. **Revista de Medicina de Minas Gerais**, v. 20, supl. 2, p. 98-100, 2010.

6. FRANCESCHINI, M. et al. Is health-related-quality of life of stroke patients influenced by neurological impairments at one year after stroke?. **European journal of physical and rehabilitation medicine**, v. 46, n. 3, p. 389-399, 2010.

7. GAMBA, Roberta Trevizan; DA CRUZ, Daniel Marinho Cezar. Efeitos da Terapia por Contensão Induzida em longo prazo em pacientes pós-AVC. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 735-740, 2011.

8. LAVADOS, P. M. et al. Stroke epidemiology, prevention,and management strategies a regional level: Latin America and the Caribbean. **Lancet Neurol**, v. 6, p. 362-372, 2007.

9. MENESES, K. V. P.; DUARTE, V. O.; PEREIRA, A. C. S. Perfil sócio demográfico e áreas de desempenho ocupacional afetadas em pacientes pós-AVE atendidos por um serviço de terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 107-12, 2012.

10. OLIVEIRA, A. I. C.; SILVEIRA, K. R. M. Utilização da CIF em pacientes com seqüelas de AVC. **Revista de Neurociências**, Bragança Paulista, v. 19, n. 4, p. 653-62, 2011.

11. THINEN, N. C.; MORAES, A. C. F. Manual de orientação de posicionamento e execução de atividades da vida diária para pacientes com acidente vascular cerebral. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAr**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 131-139, 2013.

12. TUTZO L, C.; MCCULLOUGH, L, D. Sex Differences in stroke**. Cerebro-vasc**, v. 26, n. 5, p. 462-74, 2008.

15

Os cuidados paliativos em pacientes institucionalizados: *Atuação do Enfermeiro*

Elaine Cristina Oliveira Augusto
FASER

Maria das Graças Laurentino Freire
FASER

Ana Karen Martins de Oliveira
FASER

Maria das Graças da Silva

10.37885/210303675

RESUMO

Segundo dados da Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia 2019, o Brasil é um país com um expressivo número de idosos. Nesse sentido, os avanços tecnológicos, associados às diversas pesquisas na área da saúde, têm contribuído, significativamente, para melhorar a vida desse grupo que, com o passar do tempo, precisa adaptar-se às mudanças provocadas pelo processo de envelhecimento. Por essa razão, os cuidados paliativos são de extrema importância na vida dos clientes com doenças crônicas e avançadas ou em fase terminal, devido às múltiplas variações fisiológicas de suas saúdes que os deixam totalmente dependente dos profissionais da área e familiares. Nesse sentido, é importante ressaltar que o enfermeiro está cotidianamente na lida desses cuidados, sendo imprescindível a sua atuação profissional. O estudo contribuirá para o aprimoramento dos profissionais da saúde e áreas acadêmicas como: enfermagem, psicologia, fisioterapia, medicina, serviço social, entre outras. Ainda dará amplitude nas questões relacionadas à prática assistencial paliativa, possibilitando novos conhecimentos necessários para posteriores orientações e intervenções para melhoria e qualidade de vida dos idosos institucionalizados. Esse estudo teve por objetivo geral identificar a evolução da prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro ao idoso institucionalizado. A metodologia utilizada no presente estudo foi a descritiva, com abordagem qualitativa. Foi comprovada a eficácia da aplicabilidade prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro, ao idoso institucionalizado, sendo sua atuação imprescindível e ampla. Evidenciou-se que a prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro suprirá as necessidades do idoso institucionalizado e familiares.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Enfermeiro. Idoso. Institucionalizado.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico, associado ao desenvolvimento das pesquisas em ciência da saúde, tem contribuído muito em relação ao cuidar da pessoa idosa, já que a maioria da população brasileira está acima de 60 anos. Isso faz do Brasil um país com elevado número de idosos. Para a Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia SBGG (2019), cerca de 30% da população brasileira é formada por pessoas com 65 anos ou mais. Nesse passo, o país vai ocupar o sexto lugar no ranque do envelhecimento. No entanto, tal pesquisa refere-se a dados coletados antes da pandemia Covid 19.

Em relação ao envelhecimento sabemos que segundo Lobo (2014), envelhecer faz parte de um processo progressivo irreversível e ocorre com todo ser humano em evolução. É impactante para alguns indivíduos que não aceitam as limitações biológicas evidenciadas através de agravos e doenças que limitam sua funcionalidade causando-lhes dependência. Então, faz-se necessário dar uma atenção às consequências e impactos ocasionados por essas transformações para melhor análise da qualidade de vida e investimento no bem estar social. O maior desafio é fazer o idoso reconhecer a possibilidade de novas descobertas de viver sua própria vida, transformando suas dificuldades limitantes em potencialidade funcional.

As limitações funcionais, a escassez de pouco recurso e falta de políticas públicas voltadas para envelhecimento contribuem para o crescente abarrotamento das instituições hospitalares e de instituições de longa permanência, pois o idoso necessita com mais frequência de atendimento médico. Além de ocupar o leito por mais tempo em comparação com outras faixas etárias, os idosos oneram o serviço em decorrência das várias patologias crônicas, típicas, do envelhecimento. Por essas razões, temos de encontrar meios tecnológicos para sanar a desigualdade, já que esse público é o que mais acende em nosso país.

Para Veras e Estevam (2015), a ascensão dos idosos e as atuais problemáticas assistenciais do modelo vigente do país, que não investe na promoção e prevenção das patologias, por não se praticar uma assistência curativa, onde o foco é o tratamento, invés da prevenção, ocasiona sérios prejuízos ao público idoso. O fato é que após o estabelecimento da cronicidade da doença é necessário que aconteça a estabilização do quadro clínico e acompanhamentos periódicos para amenização da declinação funcional, como forma de garantir o alívio do sofrimento do idoso.

Entretanto grande parte da população não tem acesso a esse benefício. De acordo com o Data SUS Brasil (2011), de um milhão de pessoas que morrem durante o ano, setecentos mil morrem em decorrência das doenças crônicas ou degenerativas. Na ótica de Fratezi (2011), o idoso acometido por doenças crônicas que são evidenciadas por fatores, entre eles, o envelhecimento e declínio das funções orgânicas, corre sérios riscos de finitude de vida ou viver sob a assistência de cuidados paliativos.

Os cuidados paliativos são indispensáveis para o cliente com doenças crônicas e avançadas ou em fase terminal devido às múltiplas variações fisiológicas de sua saúde que o deixa totalmente dependente do outro (GUTIERREZ; BARROS, 2012).

O estudo trata de uma pesquisa que tem por objetivo identificar a evolução da prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro ao idoso institucionalizado. Após leituras de diversos artigos e teses sobre tais cuidados, observamos que a maioria desses estudos relata a falta de investimentos na prática educativa dos cuidados paliativos em idosos institucionalizados, motivo pelo qual advém o interesse sobre a temática. Daí em diante foram levantados vários questionamentos que fortaleceram, ainda mais, o desejo de conhecer, com mais profundidade, o assunto para melhor contribuir com a ciência e as instituições de idosos de longa permanência, pôs estudiosos do envelhecimento da SBGG (2019), preveem que em 2025 o Brasil ocupará o sexto lugar no envelhecimento.

Esse estudo contribuirá para o aprimoramento dos profissionais da saúde e áreas acadêmicas como: enfermagem, psicologia, fisioterapia, medicina, serviço social, entre outras.

Ainda dará amplitude nas questões relacionadas à pratica assistencial paliativa, possibilitando novos conhecimentos necessários para posteriores orientações e intervenções para melhoria e qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Com isso, entende-se que ao investir na educação permanente, haverá modificações nos relatos de fragilidades na prestação dos cuidados paliativos, já que enfermeiro estará capacitado e habilitado para prática assistencial.

De acordo com a temática especificada até aqui, podemos definir como problemática do estudo como tem evoluído a prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro ao idoso institucionalizado? E os objetivos específicos analisar a bibliografia sobre a temática dos cuidados paliativos; apresentar como os cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro evoluíram no cliente idoso institucionalizado; mostrar as reações emocionais mais presentes no enfermeiro que proporcionam cuidados paliativos ao idoso institucionalizado.

Com relação a hipótese, a prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro suprirá as necessidades do idoso institucionalizado: As emoções vivenciadas pelo enfermeiro são subjetivas e engloba configurações negativas e positivas

METODOLOGIA

A pesquisa foi do tipo exploratório e descritiva com abordagem qualitativa, quanto ao seu objetivo de caráter bibliográfico, onde foram coletados dados de periódicos, teses; artigos científicos, livros, sites científicos e bases de dados como google acadêmico, Medline, Scielo, BVS (LILACS e BDENF) e PUBMED. Os resultados foram apresentados de forma textualizada e com discussão simultânea. A pesquisa foi realizada a partir da busca do

material bibliográfico e utilizamos como Palavras-chave: Cuidados paliativos. Enfermeiro. Idoso. Institucionalizado. As pesquisas exploratórias muitas vezes constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla onde a pesquisa bibliográfica é vista como aquela que é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (LAKATOS, 2017).Utilizamos como critérios de inclusão estudos de artigos completos, disponíveis nas referidas bases supracitadas, nos idiomas português, inglês e espanhol que atendessem ao tema proposto e como critérios de exclusão foram descartados artigos em que o tema não era relacionado aos objetivos do presente estudo. Foram selecionados 80 artigos. As publicações foram avaliadas e os dados explicados de forma organizada e resumida, por meio da elaboração de um estudo embasado pelo tema.

DESENVOLVIMENTO

Análise bibliográfica sobre a temática dos cuidados paliativo

Cuidados Paliativos (CP) se apresentam como uma forma inovadora de assistência, onde se entende por paliação o alívio do sofrimento do cliente e por Ação Paliativa**,** os procedimentos terapêuticos, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do enfermo e seus familiares, conforme a figura 1, demostrada a seguir.

Fonte: http://www.casarepouso.com.br

Segundo Matsumoto (2013), em décadas passadas, os clientes sem perspectiva de cura acumulavam-se nos hospitais para receberem assistência na tentativa de recuperação da saúde onde, na maioria das vezes, eram submetidos a tratamentos invasivos exagerados, sem respostas ativas para o quadro apresentado. Esse método era focado só na tentativa da cura e ignorava o sofrimento, não por incapacidade profissional, mas pela falta do conhecimento vigente. Porém, os avanços na área da medicina, a partir de meados do século XX, foram inúmeros. E, com isso, a esperança de vida vem aumentando desde então.

Dentro desse panorama histórico é necessário que nos reportemos à épocas anteriores para melhor fundamentar a gêneses paliativa, prática que se propagou com organizações religiosas católicas e protestantes, quando surgiu os hospices em monastérios que além de obrigar os doentes e moribundos, também acolhia pobres, órfãos, mulheres, em trabalho de parto, e leprosos. Essa forma de hospitalidade gerava proteção e alivio do sofrimento para peregrinos e viajantes. Foi isso que levou Cicely Saunders, uma inglesa que nasceu em 1918, a dedicar sua vida ao alívio do sofrimento humano. Este foi o ponto de partida para a fundação do hostpital St. Christopher´s Hospice, o primeiro a oferecer assistência integral ao cliente. Atualmente é reconhecido como um dos principais serviços no mundo em Cuidados Paliativos e Medicina Paliativa (MATSUMOTO, 2013).

No Brasil, as iniciativas e discussões a esse respeito são relatadas desde os anos 70. Contudo, foi em 1990 que foram iniciados os primeiros serviços organizados, ainda de forma experiencial.

De acordo com a Academia Nacional de Cuidados Paliativos, no Brasil, a prática dos cuidados paliativos é urgente desde década de 1990, por se tratar de um país em ascensão de idosos. Isso levou os estudiosos no assunto a pensarem em uma forma de lidar com as doenças crônicas degenerativas típicas da fase do envelhecimento.

Os pilares dos Cuidados Paliativos (CP), em nível de Brasil, foram os dois encontros Brasileiros de Serviços de Cuidados Paliativos organizados pelo Hospital Premier nos anos 2012 e 2014 que resultou nas primeiras publicações científicas sobre o perfil de serviços no País. Já o primeiro estudo, acerca da temática, foi apresentado no 13º Congresso da Associação Europeia de CP, na cidade de Praga, República Checa, em 2013, e o segundo no 14º Congresso da Associação, Europeia de Cuidados Paliativos, na cidade de Copenhagen, Dinamarca, em 2015.

É importante relatar que até então não havia leis constitucionais sobre os Cuidados Paliativos no Brasil. Nesse sentido, ocorreram nas últimas décadas, avanços na normatização de implantação dos Cuidados Paliativos (CP) que trouxeram benefícios para o tratamento da população idosa, o que levou o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão que regulamenta e fiscaliza a prática médica, a publicar diferentes resoluções relacionadas a temática.

A princípio os cuidados paliativos foram elaborados exclusivamente para o tratamento oncológico, entretanto hoje é extensivo a qualquer patologia que ameace a vida por ser crônica ou até mesmo incurável. No entanto, no Brasil, ainda existe um enorme desconhecimento relacionado aos Cuidados Paliativos. Sendo assim, é preciso modificar a concepção de que cuidados paliativos só devem ser empregados quando não existe mais possibilidade de tratamento e o cliente estiver em estado de finitude. Ao contrário, o principal objetivo

dos Cuidados Paliativos (CP) é prover a qualidade de vida do cliente e seus familiares, que enfrentam as doenças que ameacem a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento.

De acordo com Organização Mundial de Saúde – OMS, revista em 2002, "Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento" (WHO, 2015).

Apesar da complexidade desafiadora da falta de investimentos na assistência dos CP, atualmente essa prática tem se destacado no Brasil por focar, de forma integral, na prevenção e controle de sintomas dos clientes acometidos por patologias graves, degenerativas e ameaçadoras da vida, que causam sofrimento e adoecimento a familiares, cuidadores e equipe de saúde (MATSUMATO, 2012).

Conforme a Aliança Mundial de Cuidados Paliativos (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014), mais de cem milhões de pessoas se beneficiam de cuidados paliativos anualmente. No entanto, só 8% dos que necessitam dessa assistência consegue ter acesso garantido. Dessa forma, é lamentável que a formação em cuidados paliativos é esporadicamente explorada no currículo educacional dos profissionais de saúde. Então é essencial que os profissionais do Brasil busquem aprimorar-se em cuidados paliativos e reivindiquem dos poderes públicos inclusão curricular já que Cuidados Paliativos é uma necessidade em saúde pública, principalmente, para um país em ascendência no envelhecimento (Worldwide Palliative Care Alliance, 2014).

Portanto, o pensamento de que não se pode mais fazer nada pelo cliente quando é encaminhado para avaliação da Equipe de Cuidados Paliativos não procede, pois com o controle dos sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais, através de medidas medicamentosas e não medicamentosas, em conjunto com uma equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais entre outros, a consequência é a melhora na qualidade de vida (MATSUMATO, 2012).

Adulto maior no Brasil

Atualmente no Brasil, ocorre um aumento expressivo no longevo graças as pesquisas e o avanço das novas tecnologias, associadas a fatores como: hábitos saudáveis, atividades física e mental , além de exames preventivos, integrados a ciências médicas, diagnósticos precoces reduzindo de maneira eficaz o número de doenças fatais típicas do envelhecimento, içando a longevidade do adulto de maior idade (IBGE, 2012).

Com base nos fatores supracitados sobre o longevo percebe-se a importância de se manter ativo através da pratica de exercícios físicos, mental e hábitos biopsicossocial saudáveis conforme ilustra a figura dois abaixo.

Fonte: Vlad Sargu em Unsplash (Oliveira e Silva2020)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), em se tratando do adulto maior, senescente, o grande desafio que se apresenta é desenvolver uma resposta classificatória para o envelhecimento, pois há uma grande diversidade no nível de capacidade física e mental de alguns adultos maiores de 80 anos, que apresentam níveis de capacidade física e mental comparáveis a muitos jovens de 20 anos. A descriminação etária no Brasil, baseada nas suposições de dependência, menos valia do idoso, permite que a sociedade ignore as muitas contribuições originadas pelo mesmo, seja em relação à ciência ou à economia. Exemplo disso são: os aconselhamentos em problemas desafiadores, apoio emocional em momentos de estresse na família e, às vezes, até a manutenção de víveres para filhos e netos.

Já nos países desenvolvidos esse bem estar das pessoas maiores, junto com os investimentos, ajudam a sociedade a entender as obrigações relacionadas aos direitos fundamentais das pessoas mais velhas incluindo-as no desenvolvimento econômico do país como mostra a pesquisa a seguir (COOK, 2015).

> (...) Pesquisa desenvolvida no Reino Unido em 2011 estimou que, após definir os custos das pensões, bem-estar e cuidados com a saúde em relação às contribuições feitas por meio de impostos, gastos de consumidores e outras atividades de valor econômico, as pessoas adultos maiores contribuíram com aproximadamente £40 milhões para a sociedade, que subirá para £77 bilhões em 2030.

Desse modo, para envelhecer bem, é preciso não apenas aumentar sua expectativa de vida, mas acima de tudo, focalizar e promover sua qualidade também. Sendo assim, O envelhecimento ativo é baseado no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto realização. Direitos esses, essenciais para a qualidade de vida das pessoas idosas (OMS, 2018).

Em relação ao idoso dependente, institucionalizado e com necessidades especiais, a exemplos dos idosos nesse estudo referenciados, que necessitam de cuidados paliativos em instituições de longa permanência, precisam ainda mais do olhar dos direitos humanos em meio as elevadas estatísticas de idosos com este perfil que adiante serão descritos.

Instituição de longa permanência e adulto maior

Observando as projeções demográficas realizadas em 2010 IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**)**; PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicilio) e CENSO, aqui se referindo ao recenseamento estatístico da população, verificou-se um aumento na expectativa de vida da população Brasileira, gerando um aumento expressivo de pessoas idosas, com veremos a seguir (Ministério do Desenvolvimento Social, 2017).

> IBGE: PNAD e Censo: Em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 pessoas, das quais 11% eram idosas (20,6 milhões) A relação que hoje é de praticamente 1 idoso/9 pessoas não idosas tende a diminuir: em 2040, a proporção poderá ser de 1 idoso/ 3 não-idosos. Em 2010, havia cerca de 3 milhões de idosos com 80 anos ou + (14% do grupo dos idosos). Em 2040, poderão ser mais de 13 milhões de pessoas (24% dos idosos). Com a redução da fecundidade, aumento do uso de contraceptivos, aumento da esperança de vida e redução da mortalidade, em 2050, poderá haver 1 criança / 1 idoso, onde cada grupo ocupará 18% da população.

Os dados a seguir serão de grande relevância para fundamentar o estudo sobre o idoso institucionalizado a nível de Brasil, cujo o senso descrito a seguir, limita -se exclusivamente as instituições oficializadas. Assim, esse estudo não delinear as instituições não oficializadas por não ter dados precisos. Os dados de lançamentos do Censo Suas 2015, (Sistema Único de Assistência Social), do Brasil registraram o levantamento das unidades de acolhimento para adultos maiores, levando-se em consideração as unidades governamentais e não governamentais referidas a seguir, (CENSO SUAS, 2015).

> DADOS – CENSO SUAS 2015 üSegundo esse levantamento, há 1558 unidades de acolhimento para pessoas idosas no país, sendo 1389 Abrigos institucionais, 128 Casas lares e 11 Repúblicas. üEm relação à natureza da unidade: 1394 não governamentais e 164 governamentais. ü1100 recebem recursos públicos para manutenção. üCapacidade de atendimento: 66.257 vagas, média de 43 idosos por unidade. üA maioria das pessoas está acolhida há mais de 72 meses (mais de 6 anos).

Conforme os dados apresentados no censo acima pode se observar que há uma maior concentração de idosos em instituições não governamentais, despertando a necessidade de maior atuação do poder público.

Instituições de Longa Permanência (ILPs) constituem a modalidade mais antiga de abrigo, pois por um lado exerce a função de acolher, proteger e cuidar, no entanto, por outro lado, mantém lembranças tristes que reproduzem nos idosos, sentimento de perda pela ausência do convívio social da família. Mas com aumento do longevo e modelo da família atual, o adulto maior é impelido a procurar as Instituições de Longa Permanência (ILPs), o que os leva ao rompimento com os laços de consanguinidade parentais (BESSA; SILVA, 2008).

As ILPs brasileiras têm característica residencial coletiva, uma vez que abrigam idosos senescentes e patológicos, com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte parental. Além disso, podem ser filantrópicas mantidas por associações religiosas, beneficentes ou governamentais e privadas, mantidas com financias do próprio cliente (BRASIL, 2005).

Quanto à condição de dependência, as Instituições de Longa Permanência (ILPs), são classificadas por modalidade especifica que obedecem a critérios de acordo com a necessidade de cada usuário conforme veremos (BRASIL, 2001).

> (...) Quanto ao grau de dependência as ILPs podem ser classificadas em modalidades I, II e III, de acordo com os seguintes critérios: a I com capacidade para 40 residentes, não inclui necessidade de equipe de enfermagem, destinada a idosos independentes que sejam capazes de executar as atividades de vida diária; a II, com capacidade para 22 idosos dependentes e independentes, com necessidade de contratação de enfermeiro oito horas/dia, técnicos e auxiliares de Enfermagem e cuida dores por 24 horas, além de outros profissionais; modalidade III, capacidade para 20 idosos dependentes de assistência total, com Necessidade de contratação de enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem e cuidadores 24 horas/dia, e equipe multidisciplinar.

Ressalta-se que nos níveis classificatórios II e III, das Instituições de Longa Permanência têm funcionado numa sobrecarga, especialmente as instituições públicas, com um limite superior as capacidades previstas nas legislações, pela falta de políticas assistenciais que atendam o elevado número de pessoas idosas em condições de dependência. Onde a atuação multiprofissional é indispensável, especialmente a atuação da enfermagem que lidam diretamente com o sofrimento do paciente, executando os cuidados paliativos com profundo respeito e ética.

Evolução dos cuidados paliativos no paciente idoso institucionalizado

O Ministério da Saúde do Brasil, com o propósito de oficialização dos Cuidados Paliativos (CP), lançou as seguintes Portarias: nº 881, de 19 de julho de 2001 (Brasil, 2001), instituindo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, além de estimular a organização de serviços de saúde e de equipes multidisciplinares para a assistência de clientes que necessitam de CP; a de nº 3.535, de 02 de setembro de 1998 (Brasil, 1998), que estabelece o cadastramento de Centros de Atendimento em Oncologia, assegurando a abrangência das demais patologias e direito a assistência com os CP (Brasil, 2001; e a Portaria de nº 19, de janeiro de 2002, (Brasil, 2002a) que ampliou ainda mais a inserção dos CP na saúde, pois com ela se estabeleceu, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Assistência à Dor e aos Cuidados Paliativos.

Observa-se que até a presente data, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2017), órgão responsável pela a regularização profissional, há décadas luta pela

legalização paliativista brasileira, apesar da aceitação do tratamento de ter estabelecido critérios de qualidade para os serviços de CP, realização de definições concisas do que é e o que não é Cuidados paliativos. Mesmo assim, o serviço não recebeu legalização como entidade de fato e de direito.

> No Brasil, segundo a ANCP (2017), as atividades relacionadas a Cuidados Paliativos ainda precisam ser regularizadas na forma de lei. Ainda predominam um enorme desconhecimento e muito preconceito relacionado a esses cuidados, principalmente entre profissionais de saúde, gestores hospitalares e poder judiciário. Se confunde Cuidados Paliativos com eutanásia e o preconceito com relação ao uso de opióides para o alívio da dor.

A nível de nordeste, barreiras, tabus culturais e preconceitos não impediram que, mesmo de forma tímida, a região nordestina conferisse apoio aos Cuidados Paliativos. A sim,

> (...) No Nordeste registra-se, na cidade do Recife, o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), que em 2009 implantou um ambulatório especializado no atendimento de CP, e em 2013 inaugurou quatro programas de residências, dentre estes, um em Gerontologia e Cuidados Paliativos. Também no Recife encontram-se a Unidade de Cuidados Paliativos da UPE, e o serviço Saber Cuidar (HCP). Registra-se na cidade de Fortaleza, quatro serviços: duas unidades do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital Regional Unimed Fortaleza; o Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital São Carlos; e a Equipe de Cuidados Paliativos do Hospital Geral de Fortaleza. Na cidade de Natal estão cadastrados atualmente dois serviços: A Liga Norte Riograndense contra o Câncer e o Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

Em se tratando da evolução dos Cuidados Paliativos (CP), podemos ressaltar os seguintes progressos: Evolução na qualidade da assistência ao cliente e seus familiares, promoção do conforto no momento de finitude de vida e apoio aos familiares no enfrentamento do luto. Sem falar da comprovação de realização do home care, redução dos abarrotamentos hospitalares, diminuição de custo em internação em hospitais e tratamentos de urgência. Corrobora com essa evolução, a Carta de Praga documento de afirmação dos direitos e cuidados paliativos para os clientes em desenvolvimento de doenças degenerativas irregressível, onde é atribuída aos governantes a incorporação de novos paradigmas que os CP propõem, além da obrigação de inclusão do ensino de cuidados paliativos na graduação em medicina, capacitando os profissionais de medicina para atuarem, entre outros aspectos no cuidado efetivo dos pacientes (EAPC 2015).

Ressalta-se que a eficácia dos Cuidados Paliativos pelo enfermeiro é imprescindível e ampla, pois o enfermeiro é um dos principais atores na luta pelos cuidados que visam a melhoria da qualidade de vida de pacientes (DESANOSKI et al, 2019).

Neste sentido, Vicensi e Santos (2016), afirmam que a sistematização da assistência de enfermagem é um dos processos indispensáveis nos cuidados paliativos. Essa declaração

preconiza a importância dos cuidados paliativos prestado pelo enfermeiro, suprindo as necessidades do idoso institucionalizado.

> Em outras palavras, os profissionais da enfermagem são apontados como componentes primordiais ao sucesso dos cuidados paliativos, uma vez que são os maiores responsáveis pelo monitoramento da situação clínica do cliente, ou seja, são eles que avaliam constantemente a dor, os resultados obtidos com o tratamento terapêutico e a presença de efeitos colaterais, coletando assim informações pertinentes a reorganização do processo analgésico e demais ações não farmacológicas quando constatada a necessidade (GOI; OLIVEIRA, 2018).

A partir do enunciado, ora descrito podemos afirmar, que o enfermeiro supre as necessidades essenciais do cliente em relação aos cuidados paliativo.

Para os autores Kerber, kirchhof e Cezar-Vaz (2008), o serviço de Internação Domiciliar (ID), hoje conhecido como home care, que proporciona as famílias assistirem os seus idosos no conforto dos lares, garante a não exposição do cliente as demais patologias, por ser uma prática que precisa de especificidade em conhecimento frente à demanda do idoso.

Em relação ao idoso institucionalizado, os serviços assistenciais que evitem a exposição dos idosos a patologias, também se aplicam os princípios adotados pelo atendimento home care, que em conjunto com uma equipe multiprofissional, conduzem os sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do cliente, com práticas medicamentosas ou não medicamentosas.

Em outros termos, referimos que a eficácia dos cuidados paliativos prestadas pelo profissional enfermeiro, vem promovendo a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, que enfrentam cotidianamente doenças que ameacem a continuidade da vida.

As reações emocionais mais presentes no enfermeiro que proporcionam cuidados paliativos ao idoso institucionalizado

Diante do exposto e das multiplicidades de emoções existentes na assistência prestada ao paciente de Cuidados Paliativos iremos nos restringir as mais evidenciadas encontradas nesse estudo. São elas o medo, fracasso, impotência, depressão e negação, além das emoções contraditórias como sentimentos de justiça/ injustiça. Com isso, é possível que as emoções se destaquem mais nos profissionais enfermeiros, uma vez que lidam com o sofrimento constante do outro, principalmente na prática dos cuidados paliativos e especialmente quando se refere a finitude compreendendo desde o início do diagnóstico, a assistência prestada ao longo das implicações da doença, minimizando o sofrimento do paciente, familiar e o próprio profissional envolvido, nos cuidados paliativos, incluindo opôs morte.

Segundo Bozzo, Fernandes e Aranha (2019),convergem em suas concepções no sentido de que a inaptidão do enfermeiro, em não pode controlar o momento da partida do cliente, o que remete às sensações de sofrimento, fazendo com que a tristeza, a angústia, a insegurança, o medo, a depressão, a ansiedade e a impotência possam fazer parte de sua rotina.

Considerando a concepção de Bozzo, Fernando e Aranha a acerca das emoções mais presentes no enfermeiro que atua nos cuidados paliativos em clientes institucionalizados adaptamos a figura três do gráfico seguinte.

Adaptado de Bozzo, Fernandes e Aranha (2019).

Já Shimizu (2007), diverge no sentido que os sentimentos vivenciados pelo enfermeiro no Cuidado Paliativo com os clientes sem chances de recuperação o leva a refletir que, mesmo escapando da depressão isso não o deixa imune ao sofrimento, pois com o passar do tempo esse profissional recorre a outros mecanismos para aliviar o nível de sofrimento no trabalho. A manobra utilizada para driblar essas emoções é a técnização das tarefas, como forma de negar o próprio sofrimento. Isso altera a via de expressão do sofrimento, porém poderá se manifestar na forma de reação hipocondríaca ou histérica.

Para Lima (2016), o fator medo é uma reação muito presente no cotidiano do enfermeiro ocasionado pelas perdas, desafios que os profissionais de Enfermagem podem ter ao longo da vida, em nível físico, emocional, social e espiritual. É variável, pois depende dos fatores que o permeia por exemplo: o momento da morte do paciente, o nível de empatia, comunicação e o cuidados envolvidos no processo de vínculo afetivo presente no tripé emocional, sendo assim inerente esse envolvimento entre paciente, família e profissionais de enfermagem.

A questão da negação, a não aceitação desse processo como parte do ciclo de vida, segundo o autor citado no parágrafo acima, está relacionado com o medo do desconhecido, uma vez que ninguém sabe o que advém após a morte. Vale salientar que associado ao sentimento de perda está o de ter fracassado no propósito, pois existe o anseio de ver a melhora do quadro clínico do paciente e não presenciar o seu óbito.

Na visão de Silveira e Nascimento (2016), tratando-se dá prática paliativa do cuidar, o enfermeiro utiliza-se de alguns mecanismos de defesa para sua autoproteção já que o seu papel é cuidar para o pronto estabelecimento da saúde do cliente. No caso do paciente em finitude de vida, ele se depara com múltiplos sentimentos, os seus os do paciente e seus familiares, gerando um elevado nível de estresse.

No caso das emoções contraditórias como sentimentos de justiça/injustiça, expressa por Silva et al (2016), "que, querer que viva/ querer que morra", são sentimentos de uma sociedade que nega o luto para evitar o sofrimento. Ainda, de acordo com a mesma autora o sentimento de fracasso experimentado pelo enfermeiro mediante a condição de incurabilidade faz parte do prognóstico clínico, que induz a equipe a vivenciar o sentimento de impotência, depressão e negação.

Diante das indagações levantadas nesse estudo sobre a eficácia da aplicabilidade prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro ao idoso institucionalizado, a literatura apontou que ocorreram avanços em relação aos cuidados paliativos (CP). Antes vista de forma limitadora e na contemporaneidade como inclusão das práticas integrativas e sedação de analgesia, anteriormente especifico só para pacientes oncológicos, hoje, extensivo as demais patologias de cronicidade.

Com evolução do CP, o principal objetivo do mesmo passou a ser, prover a qualidade de vida do cliente e seus familiares, que enfrentam as doenças que ameacem a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento.

Os cuidados paliativos são de extrema importância na vida dos clientes com doenças crônicas e avançadas ou em fase terminal, devido às múltiplas variações fisiológicas de sua saúde que os deixam totalmente dependente dos profissionais da área e familiares

CONCLUSÃO

Diante das indagações levantadas nesse estudo sobre a eficácia da aplicabilidade prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro ao idoso institucionalizado, ocorreram avanços em relação aos cuidados paliativos, mas requer a ampliação no sistema de carreira profissional e acadêmica.

Foi comprovada a eficácia da aplicabilidade prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro, ao idoso institucionalizado, sendo sua atuação imprescindível e ampla.

Identificou-se na atuação do enfermeiro uma modalidade humanizada, utilizada como suporte promocional de qualidade de vida para amenizar o sofrimento físico e psicossocial. Evidenciou-se que a prática dos cuidados paliativos prestados pelo enfermeiro suprirá as necessidades do idoso institucionalizado e familiares.

Inúmeros são os processos desafiadores vivenciados pelo enfermeiro que trabalha com cuidados paliativos, que envolve desde questões subjetivas, emocionais, vivenciando sentimentos de medo, fracasso, impotência, depressão e negação, além das emoções contraditórias como sentimentos de justiça/ injustiça, cujas emoções englobam sentimentos positivos e negativos, por fim o enfermeiro merece mais valorização.

REFERÊNCIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil.** Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006, 60p. Disponível em: https://paliativo.org.br/download/criterios-qualidade-para-cuidados-paliativos-brasil-pdf/. Acesso em: 28/01/2020.

2. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2011). Disponível em: http://www.paliativo.org.br/ancp.php?p=oqueecuidados. Acesso: 28/01/2020.

3. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA De CUIDADOS PALIATIVOS (2011). Disponível: http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79. Acesso em: 28/01/2020.

4. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: LDA, 2016.

5. BRASIL, (2012). Portal da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Indicadores e Dados básicos**: IDB 2012. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 31 de janeiro de 2019. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm. Acesso em: 28/01/2020.

6. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada, RDC nº 283, de 27 de setembro de 2005**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/. Acesso em: 28/01/2020.

7. BRASIL. **Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil**. 2001; Available from: Disponível em: https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/sites/sisapidoso. Acesso em: 28/01/2020.

8. BESSA, M. E. P.; SILVA, M. J. (2008). **Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso**. Texto contexto-enfermagem, v.17, n.2, p.258-265. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n38-39/n38-39a16.pdf. Acesso: Março de 2010. Acesso em: 28/01/2020.

9. BOZZO, Isabella Alvarinho. Et al. A percepção do enfermeiro nos cuidados paliativos em Oncopediatria. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 04, Ed. 11, v.2, pp.43-62. Novembro de 2019. ISSN: 2448-0959. Disponível em: https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/percepcao-do-enfermeiro. Acesso em; 08/ 09/2020.

10. CASA DE REPOUSO**. Cuidados para idosos dependentes cantareira.** Disponível em: http://www.casarepouso.com.br/cuidados-para-idosos/cuidados-para-idoso/cuidados-para- idosos--dependentes-cantareira. Acesso em 12 de Outubro de 2020.

11. COOK, J. The socio-economic contribution of older people in the UK. **Work Older People**. 2011;15(4):141–6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1108/13663661111191257. Acesso: 15/04/ 2020.

12. DESANOSKI, P. et al. Cuidados paliativos: conhecimento de enfermeiros e aplicabilidade no âmbito hospitalar**. Revista Publicatio UEPG:** Ciências Biológicas e da Saúde. v. 25. n.1. 2019. Disponível em: http://www.revistas2.uepg.br/index.php/biologica. Acesso em: 09/08/ 2020.

13. FONTELLES, M. J. et al. Scientific research methodology.: Guidelines for elaboration of a research protocol**. Revista Paranaense de Medicina**, 23(3). 2009.

14. FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B.A.O. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio**. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 7, p. 3241-3248, 2011.

15. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatista (BR). **Projeção da população do Brasil por sexo e idade**, 1980-2050: revisão 2004. Metodologia e resultados. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das Unidades da Federação: 1980- 2020. Metodologia. Estimativas das populações municipais metodologia [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008 [cited 2012 Aug 06]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/. Acesso em: 09/08/ 2020.

16. GUTIERREZ, B. A. O.; BARROS, T.C. O despertar das competências profissionais de acompanhantes de idosos em cuidados paliativos. **Revista Temática Kairós Gerontologia,** v. 15, n. 4, p. 239-258, ago. 2012.

17. GOI, M. G. OLIVEIRA, D. R. Produção do Conhecimento de Enfermagem acerca de Cuidados Paliativos: Revisão Narrativa**. Revista Contexto & Saúde** – vol. 18, n. 34, jan./jun. 2018. Disponível em: http://oaji.net/articles/2020/1006-1591032431.pdf . Acesso em: 30 jul. 2019.

18. . **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. WHO. England. 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/ Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 08/08/2020.

19. KERBER,N. P. C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. **Vinculo e Satisfação do usuário idoso com domiciliar.** Texto contexto- enfermagem. Florianópolis v 17,n2, p.304 12,2008. Disponível: https://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/12.pdf. Acesso em: 09/08/ 2020. Adaptação do gráfico

20. LAKATO, M. E. ; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 8.ed. – São Paulo: Atlas, 2017.

21. LIMA, M. P. **O idoso aprendiz**. São Paulo. Disponível em: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/evve1.htm. Acesso em: 09/08/ 2020.

22. LOBO, A.J.S.; SANTOS, L.; GOMES, S. Nível de Políticas de Envelhecimento Populacional. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v. 67, n. 6, p. 913-919, Dec., 2014 .

23. MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

24. _____: Conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p.23-30.

25. Ministério do Desenvolvimento Social. CENSO SUAS. 2015 **Análise dos componentes sistêmicos da Política Nacional de Assistência Social**. Disponívelhttps://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmps/ferramentas/docs/Censo_SUAS_2015_imp resso.pdf. Acesso em: 09/08/ 2020.

26. Ministério do Desenvolvimento Social. **Proteção social de idosos e suas famílias no sistema único de assistência social**. 2017. Disponível em:https://www2.camara.leg.br/atividade- legislativa/comissoes/comissoes- ermanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa- idosa-cidoso/documentos/publicacoes/audiencias-publicas/audiencia-publica-sobre- instituicoes--de-longa-permanencia-para-idosos. Acesso 29/ Maio 2020. Acesso em: 09/08/ 2020.

27. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial- da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao--mundial-da-saude-omswho.html. Acesso em: 09/08/ 2020.

28. OLIVEIRA, M. C. G. M. and SILVA, H. S. Qual a satisfação com a vida de idosos longevos que vivem em domicílios intergeracionais? [online]. ***SciELO em Perspectiva**: Humanas*, 2020 [viewed 16 November 2020]. Available from: https://humanas.blog.scielo.org/blog/2020/05/05/qual-a-satisfacao-com-a-vida-de-idosos- longevos-que-vivem-em-domicilios-intergeraci Acesso em 16/11/2020

29. _____. CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO), **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: 09/08/ 2020.

30. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2011). **Guía de Cuidados Paliativos**. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Acesso novembro 23, 2020. Disponível em:http://www.secpal.com/guiacp/index.php. Acesso em: 09/08/ 2020.

31. SILVEIRA, N.R.; NASCIMENTO, E.R.P.; ROSA, L.M.; JUNG, W.; MARTINS, S.R. Fontes MS. Palliative care and the intensive care nurses: feelings that endure. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(6):1012-9. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0267

32. SILVA, A. F.; ISSI, H. B.; MOTTA, M. G. C. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472015000200056&script=sci_arttext&tlng=pt .Acesso em: 09/08/ 2020.

33. SHIMIZU H.E. **Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer**. Revista Brasileira de Enfermagem. 2007; 60(3):257-62. Disponível em:https://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a02.pdf. Acesso em: 08/08/2020.

34. SBGG. Sociedade brasileira de geriatria e gerontologia. **OMS divulga metas para 2019**: desafios impactam à vida de idosos. Disponível em:https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idoso/. Acesso em: 02 dez. 2019.

35. VERAS, R. P.; ESTEVAM, A. Modelo de Atenção à Saúde do Idoso - a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: LOZER, A. C. et al. (Org.). **Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar.** Brasília, DF: OPAS, 2015, p. 73-84.

36. VICENSI M. C,; SANTOS, M. J. **Enfermagem, a essência em cuidados paliativos**. Enfermagem em cuidados paliativos / Organização: Maria do Carmo Vicensi [et al.]. - Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina: Letra Editorial, 2016. Disponível em:http://www.corensc.gov.br/wp-content/uploads/2016/11/Cuidados- Paliativos-Parte-1-Site.pdf. Acesso em: 08/08/2020.

37. WORLD WIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global Atlas of Palliative Care at the End of Life**. WHO. England. 2014. Disponível em: http://www.who.int/nmh/ Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Acesso em: 08/08/2020.

16

Processos de luto na velhice: uma revisão narrativa

Mariele Rodrigues Correa
UNESP

Lara Cruvinel Barbosa
UNESP

Pedro Gonçalves Silva
UNESP

10.37885/210303789

RESUMO

O envelhecimento humano é processo complexo, permeado por perdas e ganhos. A maturidade implica em novas aprendizagens, conquistas e realizações, mas por outro lado, pode vir acompanhada de perdas significativas, que demandam a elaboração de lutos. Assim, o objetivo deste trabalho é analisar, por meio de uma revisão narrativa, quais são as singularidades do luto no envelhecer, tanto aquele que envolve perdas de pessoas próximas, quanto outras perdas simbólicas. Para isso, recorreu-se às bases de dados científicas a fim de realizar um amplo rastreamento da produção de artigos entre o período de 2008 a 2020. Foram feitas leituras sistemáticas do material pesquisado e os dados foram examinados à luz da Análise de Conteúdo, tal como proposta por Bardin (2009). Após a leitura e revisão dos artigos, foram elencadas quatro categorias temáticas: Luto pela morte de cônjuge e filhos; Luto e perdas simbólicas; Religiosidade e espiritualidade no processo de luto; Luto e Institucionalização. O luto revelou-se como processo multidimensional, que envolve elementos físicos, psicológicos e sociais, cuja interação deve ser levada em consideração na avaliação do processo como um todo. Particularidades como gênero, etnia, classe social, espiritualidade, recursos psíquicos, constituição genética, acesso a serviços de saúde, entre outras, são determinantes na elaboração das perdas. Portanto, o luto precisa de tempo, acolhimento, escuta, compreensão e espaço para ser elaborado, ressignificado. Como profissionais da saúde, é preciso validar os sentimentos envolvidos nesse processo a fim de que os mais velhos possam elaborar suas perdas, encontrar mecanismos de enfrentamento e reinvestirem no mundo.

Palavras-chave: Envelhecimento, Luto, Perdas.

INTRODUÇÃO

Ainda que a finitude humana seja uma certeza universal, diversos estudos (MORIN, 1997; RODRIGUES, 2006; ARIÈS, 2014; KELLEHEAR, 2016) apontam que tanto os sentidos para a experiência da morte e do luto, quanto para o envelhecimento variam de uma sociedade para outra, colocando assim estes momentos como algo que é construído socialmente. Desta forma, consideramos aqui a finitude da vida biológica como um processo individual, cujos sentidos para tal experiência são construídos a partir das relações sociais que estabelecemos.

Estudos como os de Loureiro, em *A velhice, o tempo e a morte*, esclarecem que, apesar de o ser humano, se reconhecer como finito, ou seja, mortal, "no fundo está convencido da própria imortalidade" (2000, p.77). Elisabeth Kübler-Ross acrescenta que, no inconsciente humano, a finitude da vida é relacionada a algo ruim, de forma que "em nosso inconsciente só podemos ser mortos: é inconcebivel morrer por causa natural ou avançada" (1998, p. 6). A autora também demonstra o quanto a sociedade se esquiva da morte, e até a ignora. Em suas palavras:

> Fazemos com que o morto pareça adormecido; mandamos que as crianças saiam, para protegê-las da ansiedade e do tumulto reinantes na casa, isto quando o paciente tem a felicidade de morrer em seu lar; impedimos que as crianças visitem seus pais que se encontram a beira da morte nos hospitais; sustentamos discussões longas e controvertidas sobre dizer ou não a verdade ao paciente (KUBLER-ROSS, 1998, p.11).

Em contrapartida, Fuks, em seu livro *Freud e a Cultura* (2003), esclarece que é reconhecendo a morte do outro que o sujeito se dá conta da própria finitude. Ou seja, para o ser humano, a morte é uma realidade para os outros, e não para si próprio. A exemplo disso, quando Simone de Beauvoir esteve muito doente pela primeira vez, descreveu em seu livro que repetia para si mesma: "Sou a mulher que estão levando nesta maca" (1990, p.7), a fim de quem sabe, internalizar que era ela mesma quem passava por aquele processo.

Assim também ocorre com a velhice que, no processo de desenvolvimento humano, seria a última etapa da vida antes da morte. Ainda que esta possa ocorrer em qualquer ser vivente independente da idade, é na velhice que ela se revela com maior força. Antequera-Jurado & Picabia, em *La muerte y el morir en el anciano* (2005), destacam que embora o sujeito não perceba a própria morte como um fenômeno normal, a morte do idoso parece ser a mais facilmente aceita e tolerada na sociedade. Podemos pensar, ainda, que os diversos rituais para manutenção da juventude, são adiamentos da velhice, protelando-se, assim, o confronto com a morte que está social e culturalmente atrelada a ela desde a antiguidade.

Além da finitude em si, a velhice é vivida simbolicamente nas perdas que são experienciadas ao longo do envelhecimento. De acordo com Beauvoir (1990, p.8), "a velhice aparece com maior clareza aos olhos dos outros que aos do próprio sujeito; é um novo estado de equilíbrio biológico: quando a adaptação se opera sem choques, o indivíduo não se dá conta do envelhecimento".

O trabalho de luto é uma consequência dessas sucessivas perdas vivenciadas no processo de envelhecer. Percebe-se que o medo de morrer, assim como a percepção do fim da própria vida ou de pessoas queridas, mobiliza sentimentos que fragilizam muito as pessoas atualmente. Isso faz com que a figura do velho seja afastada do restante da sociedade, ocultando esses sujeitos da vida cotidiana e invisibilizando os diversos processos de lutos que estes atravessam, diariamente.

O sociólogo alemão Norbert Elias, aponta, em sua obra *A Solidão dos moribundos* (2001), que o homem contemporâneo percebe a velhice e a morte como problema, do qual tenta se desviar e evitar. O incômodo e embaraço diante dos que envelhecem e findam, acabam por afastar e provocar o rompimento dos laços afetivos do idoso com as pessoas e situações que ele teve, às vezes, por toda a vida.

A institucionalização dessas pessoas, que acontece cada vez mais nas sociedades atuais, nos faz refletir sobre o exilamento de suas vidas, visto que a grande maioria destes idosos se sentem abandonados e isolados do sistema em que viveram ao longo de toda sua vida. A pesquisa realizada por Lilian Juana Levenbach de Gamburgo e Maria Inês Bacellar Monteiro (2009), por exemplo, traz o relato de intenso sofrimento durante o processo de institucionalização. Segundo as autoras, o fato de os idosos serem afastados de sua rotina e de suas casas faz com que aumente a angústia, a sensação de abandono, o direito a usar a própria voz e ter um convívio social saudável.

Em uma sociedade que privilegia a juventude, a capacidade produtiva e de consumo, envelhecer torna-se um processo que ameaça a possibilidade de pertencimento social, no qual o velho é alguém passível de discriminação e de exclusão. É necessário, então, ressaltar a importância do acolhimento dos inúmeros lutos dos idosos, principalmente quando institucionalizados. Este amparo é possível através do desenvolvimento e aprimoramento dos espaços de escuta, de forma que realmente promovam suas possibilidades de integração social – e para que isso aconteça, é fundamental a viabilização de uma desconstrução e desmistificação acerca do processo de envelhecimento, tido como uma parte do ciclo da vida na qual se constrói mais familiaridade com a morte.

No Brasil, ao atingir a idade de 60 anos, a pessoa passa a ser considerada idosa, porém, é necessário compreender que a velhice possui significados que extrapolam as dimensões da idade cronológica. A heterogeneidade, que caracteriza a vivência desta etapa da vida

como um fenômeno complexo e plural, está atravessada pelos papéis de gênero, etnia, classe social, recursos psíquicos, constituição genética, espiritualidade, acesso a serviços de saúde, entre outras particularidades.

A velhice, enquanto uma etapa da vida, está marcada por processos biológicos, culturais, sociais e subjetivos diversos, que se constituem ao longo do tempo. Portanto, ela é plural. Implica em uma série de perdas e mudanças, por um lado, e também em ganhos e conquistas, por outro. Para tanto, a elaboração do luto é fundamental para um novo posicionamento diante da vida.

Para Freud (1917/2010), o luto é uma reação natural, esperada diante da perda de um objeto amado, que demanda tempo para ser elaborado e para que se possa investir a libido em outros objetos. O psiquiatra britânico Colin Murray Parkes (1998) pontua que se trata de uma experiência única, que exige readaptação frente à nova realidade e uma reorganização interna e externa por parte do enlutado. Sabemos que envolve sentimentos de tristeza e pesar, contudo, não podemos compreendê-lo sempre como um processo patológico. Sua dor "é talvez, o preço que pagamos pelo amor, o preço do compromisso" (PARKES, 1998, p. 22).

Nesse sentido, propomo-nos analisar, por meio de uma revisão bibliográfica, quais são as singularidades do luto no envelhecer, tanto aquele que envolve as perdas de pessoas próximas quanto outras perdas simbólicas.

DESENVOLVIMENTO

Recorremos às bases de dados científicas, como o portal da CAPES, Lilacs e BVS-Psi para fazer um rastreamento da produção de artigos acerca da temática a ser analisada.

Foram feitas leituras sistemáticas do material pesquisado e a análise dos dados foi sistematizada através da Análise de Conteúdo, tal como proposta por Bardin (2009). A análise de conteúdo é definida como uma técnica investigativa com finalidade de descrever de forma objetiva, sistemática e qualitativa o conteúdo da informação. Esse método de análise se constitui por um conjunto de técnicas caracterizadoras das condições produtivas do discurso. Considera, também, as significações e os conteúdos da fala, ocasionalmente a forma e distribuição desses conteúdos, na tentativa de conhecer os elementos existentes por trás das falas e das palavras (BARDIN, 2009).

Foram incluídos nessa análise apenas os trabalhos publicados entre os anos de 2008 a 2020 sobre a temática, escritos em língua portuguesa, disponíveis em texto completo e com acesso irrestrito. Foram excluídos os trabalhos que não atenderam diretamente ao tema proposto. Os descritores utilizados para a seleção de artigos foram compostos por: Luto; Luto *and* Idosos; Luto *and* Envelhecimento; Luto *and* Velhice; Velhice *and* Perdas.

A pesquisa de revisão de literatura resultou em 35 artigos, de acordo com os descritores utilizados. Após leitura dos títulos e resumos, 22 deles selecionados para leitura na íntegra e, posteriormente, foram excluídos 11 trabalhos que não abordavam o tema diretamente e 01 que não se enquadrava nos critérios de inclusão. Sendo assim, a leitura resultou na seleção de 14 artigos para inclusão e análise, sendo eles: *O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho* (2008); *A Velhice e a Morte: reflexões sobre o processo de luto* (2011); *Luto, religiosidade e espiritualidade um estudo clínico- qualitativo com viúvas idosas* (2012); *O Luto em Adultos Idosos: Natureza do Desafio Individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos* (2012); *O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer* (2013); *Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto* (2014); *Sobre a velhice e lutos difíceis: "eu não faço falta"* (2015); *A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo* (2015); *O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – Revisão Sistemática* (2016); *Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte - revisão integrativa* (2017); *Vivências de luto e expectativas de relacionamentos futuros em idosos viúvos* (2018); *Lágrimas de solidão: similitudes reacionais no luto por perdas e abandono na velhice* (2019*); Narrativas de homens viúvos diante da experiência de luto conjugal* (2019); *Envelhecimento, finitude e morte: narrativas de idosos de uma unidade básica de saúde* (2020).

Após a leitura e revisão dos artigos, separamos as análises em 04 categorias temáticas: 01 - *Luto pela morte de cônjuge e filhos*; 02 - *Luto e perdas simbólicas*; 03 - R*eligiosidade e espiritualidade no processo de luto*; 04 - *Luto e Institucionalização*.

1. **Luto pela morte de cônjuge e filhos.**

O artigo "*A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo*" (FARINASSO & LABATE, 2015) buscou compreender os significados da vivência do luto em idosas, pela morte do cônjuge/marido. O autor e a autora afirmam que os processos de luto decorrente da morte do cônjuge constituem-se em um evento de grande importância, devido as suas repercussões nos contextos social, emocional e de saúde do idoso. Porém, enfatizam que a maneira como as idosas experienciam a viuvez está fortemente relacionada ao modo como estas viveram os seus casamentos, isto é, à qualidade da relação conjugal.

Através dos relatos coletados na entrevista de seis viúvas, pôde-se perceber que a negação da perda, a raiva dirigida a si, a culpa pela perda ou não realização de alguma vontade do falecido e a depressão foram as principais respostas ao enfrentamento da nova realidade sem o marido. Sabemos que estes recursos psicológicos e afetivos fazem parte

do processo de luto normal, porém exacerbações destes podem ser complicadores na elaboração da perda, e devem ser trabalhados no cuidado aos idosos enlutados.

Além disso, a saudade e a busca pelo ente querido se mostraram traços recorrentes durante o processo de luto e levaram as viúvas a episódios de muita dor, pesar e sofrimento emocional. Boemer e Schulz (apud SILVA & FERREIRA-ALVES, 2012) entendem que a existência de uma saudade imensa pela pessoa falecida, pensamentos intrusivos e recorrentes acerca da sua ausência podem impedir de algum modo a construção de novas relações interpessoais e a participação em atividades recompensadoras.

No mesmo sentido, o artigo "*O Luto em Adultos Idosos: Natureza do Desafio Individual e das Variáveis Contextuais em Diferentes Modelos*" (SILVA & FERREIRA- ALVES, 2012), além de abordar alguns dos principais modelos do processo de luto, como a Teoria do Trabalho de Luto (Grief Work), a Teoria da Vinculação, as Tarefas de Worden, as Etapas de Kübler-Ross e o Processo Dual de Lidar com o Luto, também identificou variáveis individuais e contextuais que determinam reações associadas à perda por viuvez, entre elas a qualidade da relação conjugal, circunstancias da morte e gênero. De uma maneira geral, os resultados deste estudo traduzem, além das complexidades da relação conjugal, uma visão tradicional de divisão e desempenho de papéis durante o casamento e baseados no gênero, refletindo-se, posteriormente na vivência do luto.

Tal como Bradley e Cafferty (apud SILVA & FERREIRA-ALVES, 2012) afirmam, a relação conjugal nos adultos idosos é particularmente importante, porque as pessoas se confrontam com a possibilidade de não terem outro tipo de relação próxima. Além disso, as circunstâncias da morte do cônjuge, isto é, se ocorreram de forma repentina e súbita ou se era esperada, constituem um fator de grande estresse, cujo impacto se faz sentir no comportamento das pessoas enlutadas. A chegada esperada da morte pode trazer alguma vantagem à pessoa enlutada, na medida em que permite a esta conversar com a pessoa que se encontra em vias de falecer e, deste modo, ir trabalhando o seu luto (SILVA & FERREIRA-ALVES, 2012).

No que diz respeito ao gênero, os autores (idem) consideram que para os homens e mulheres socializados com um casamento convencional em que predominam os papéis tradicionais associados ao gênero, a viuvez pode representar, para os homens, a perda de uma gerente da casa, de uma confidente e de alguém que tomava as decisões, enquanto para as mulheres, a viuvez poderá tendencialmente representar mais a perda de um recurso financeiro.

Já no estudo desenvolvido por Santos e Silva (2018), os autores entrevistaram idosos viúvos de ambos os sexos, residentes de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos. A maioria dos participantes relata um processo de luto marcado fortemente pelo

sentimento de tristeza e saudade, por isso afirmam não ter interesse em novos parceiros afetivos/sexuais ou até interesse em novas amizades. Por outro lado, a pesquisa de Luna (2019) com homens viúvos destaca um processo de luto por viuvez no qual os entrevistados relatam a importância de manter viva a relação com a esposa falecida e também a necessidade de construir novos sentidos para a própria vida e para os papéis sociais que desempenham.

O artigo "*O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho*" (OLIVEIRA & LOPES, 2008) teve por finalidade discutir a importância de se compreender e acompanhar o processo de luto na velhice, principalmente nos casos de morte de cônjuge ou filhos. A autora e o autor apontam que a morte de um filho/a é um acontecimento de grande impacto na vida e saúde dos pais, principalmente quando estes são idosos. Ela é capaz de suscitar sentimento de culpa por estar sobrevivendo ao filho. Pode representar a impotência do amor dos pais para evitar esse evento final, pois coloca em dúvida a qualidade desse amor, como se esse tivesse fracassado. Na ocorrência de morte violenta, com mutilação do corpo, e principalmente quando ocorreu por suicídio, esses sentimentos são agravados. Segundo Parkes (1998), não é raro ocorrer nesses pais a chamada reação de aniversário, ou seja, numa data - a da morte ou do aniversário - viverem momentos de intenso sofrimento psíquico ou mesmo somático.

O artigo ainda destaca alguns distúrbios que podem se manifestar no idoso em processo de luto, como, por exemplo, relacionados ao sono. Ainda de acordo com Parkes (1998), as alterações do sono podem estar relacionadas às lembranças dolorosas que tendem a reaparecer em nossa mente durante o repouso, em períodos de atenção relaxada, nos levando a reviver o trauma da perda repetidamente. Manifestações somáticas como falta de ar, aperto no peito, falta de energia, insônia, passividade, alucinações e ansiedade, também são comumente vivenciadas no processo. Reações de agressividade contra a figura perdida podem vir a existir, funcionando como um mecanismo de defesa, pois com a desvalorização do objeto perdido fica mais fácil reconciliar o ego ferido com o ideal abalado, favorecendo a reapropriação ao ego de parte dessa energia objetal.

No idoso, é comum o surgimento de um quadro depressivo, o qual pode manifestar-se com sintomatologias das mais variadas, porém sempre presentes o desânimo e a perda da capacidade de amar, decorrentes do processo de culpa. "O traço mais característico do luto não é a depressão profunda, mas sim, episódios agudos de dor, com muita saudade e dor psíquica" (PARKES, 1998, p. 62).

Por fim, cabe ressaltar que, quanto maior for o investimento afetivo, maior será a energia para o desligamento, tanto do cônjuge quanto do filho. O luto, como não é um processo linear, não tem data para terminar, podendo durar meses e anos, ou mesmo nunca acabar,

na dependência direta das características individuais da personalidade e ainda do nível e intensidade de relação que se manteve com o falecido.

2. **Luto e perdas simbólicas.**

Carvalho & Coelho (2006) afirmam que uma implicação do envelhecimento é o enfrentamento de sucessivas perdas reais e simbólicas. Nesse sentido, o artigo "*A Velhice e a Morte: reflexões sobre o processo de luto*" (COCENTINO & VIANA, 2011), apresenta e discute a associação do processo de envelhecimento humano com a morte. Nele, as autoras apresentam os muitos objetos perdidos na velhice, que são vivenciados como pequenas mortes subjetivas.

No que se refere às perdas orgânicas, temos a perda da acuidade visual e auditiva, do vigor físico, da beleza juvenil – extremamente valorizada na sociedade ocidental - possibilidade da memória, da elasticidade e da potência sexual.

As autoras identificam também as perdas de papéis sociais desempenhados durante toda a vida do sujeito e que se alteram nessa etapa da vida. Compõem esse quadro a perda do status alcançado por meio da atividade profissional, do convívio constante com colegas de trabalho e de renda, com a entrada na aposentadoria.

Por fim, apontam as mudanças de papel e função no âmbito familiar que podem exigir um trabalho de adaptação à nova realidade por parte de todos os integrantes da família. Trata-se de perdas verdadeiramente experimentadas e o sujeito que envelhece costuma ter consciência delas. Algumas dessas perdas podem representar um impacto significativo na saúde e bem-estar subjetivo da pessoa idosa.

A percepção do idoso sobre a vivência da velhice e dos processos de morte/morrer é descrita no estudo "*Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto"* (MENEZES & LOPES, 2014). As autoras explicam que existe uma ambiguidade na fala dos entrevistados no que se refere ao medo da morte. Para os participantes desse estudo, ora a ela é sentida, sabida, esperada, presente no cotidiano, ora é temida, recusada, insuportável quando há padecimento e privação da saúde, traduzida na solidão e na angústia. A negação da morte surge como uma fuga que desloca esse acontecimento para bem longe, levando a uma falsa sensação de imortalidade. Dessa forma, as muitas experiências de perdas na velhice confrontam o idoso com a proximidade da própria morte, fazendo-o voltar seus pensamentos para essa possibilidade. Esta consciência objetiva, subjetiva e temporal da finitude anuncia o destino irrefutável de todo ser humano: o dever morrer-um-dia, ainda que não saiba como, nem quando (RICOEUR, 2012).

O artigo *"O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer"* (GIACOMIN, SANTOS & FIRMO, 2013)

buscou compreender o luto antecipado na visão de idosos diante da percepção da própria finitude. Ficou nítido nesse estudo que existe um paradoxo entre o desejo de continuar vivo e o medo de envelhecer – medo relacionado com os lutos experimentados na vivência da velhice, incapacidades e a proximidade da morte.

No relato dos idosos entrevistados, é possível observar a dicotomia entre ser jovem (ter habilidades mantidas, não sofrer dores, ter ocupação, vigor) e ser velho (representado pelo sentido de desistência, falta de atividade sexual, doença e indignidade). Assim, o idoso que não tem sintomas e mantém habilidades permanece jovem, reforçando o ideal de juventude ativa e livre de doença, enquanto a velhice é vista como a fase de decadência e improdutividade. Cabe ressaltar que, embora a velhice não conte com os mesmos apoios sociais, familiares e profissionais, ela não significa necessariamente o luto da juventude. Caso a pessoa saiba e possa se adaptar às novas condições de vida, aceitar a própria morte é parte de uma velhice boa.

Ademais, os relatos do artigo indicaram que a perda da saúde e a incapacidade constituem os maiores medos dos entrevistados, onde o signo '*dar conta'* de fazer algo se refere à funcionalidade e '*não dar conta'*, à incapacidade funcional, de ser incapaz de realizar as próprias tarefas e atividades do cotidiano. Essa é uma questão importante, pois a partir dela verificou-se que "*dar trabalho* aos outros significa precisar da ajuda de alguém e atemoriza mais do que a morte" (GIACOMIN, SANTOS & FIRMO, 2013, p. 2490).

Já o artigo "*Sobre a velhice e lutos difíceis: 'eu não faço falta"* (CASTILHO & BASTOS, 2015) apresentou e discutiu, sob a perspectiva da psicanálise, a regularidade com que tais lutos difíceis ocorrem na velhice. Vimos até aqui que, ao envelhecer, o encontro com a morte se dá de modo repetitivo, porém, ela também é vivida no próprio corpo, antecipadamente enlutado – machucado, limitado, mutilado, impedido de trabalhar e de fazer o que deseja ou gosta. Portanto, nessa etapa da vida, o sujeito se depara principalmente com o temor em relação à morte do desejo e essas perdas parecem evidenciar tal desamparo.

As formas utilizadas por pessoas idosas para lidar com as perdas decorrentes do processo de envelhecer e morrer foram estudadas na pesquisa intitulada "*Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa*" (RIBEIRO, BORGES, ARAÚJO, SOUZA, 2017). Segundo a autora do artigo, existem estratégias de enfrentamento com resultados favoráveis à saúde, como a negociação, a aceitação, a acomodação, a procura por suporte social, a procura por conforto espiritual e a necessidade de viver o momento presente. Porém, também foram encontradas estratégias desfavoráveis à saúde, como o luto antecipado, o desejo de morrer, o isolamento e a submissão.

De acordo com a pesquisa desenvolvida por Oliveira e Anderson (2020) intitulada "*Envelhecimento, finitude e morte: narrativas de idosos de uma unidade básica de saúde*"

o sentido de envelhecer para os idosos entrevistados aparece travestido por lutos simbólicos e por modificações biológicas. Para eles, “envelhecer está relacionado à completude das fases da vida, ao desgaste do corpo e às dificuldades ou limitações para atividades do dia a dia. Já ficar velho foi apontado como ficar inútil, sem atividades cotidianas e dependente de outras pessoas” (OLIVEIRA, ANDERSON, 2020, p. 10).

A partir da revisão de literatura acerca da temática do envelhecimento e as perdas e lutos simbólicos, pôde-se perceber que, enquanto alguns idosos vivem o envelhecimento e a finitude de maneira negativa, devido ao medo da dependência e de se tornar um fardo para os familiares, outros reagem ao envelhecimento, às perdas e à finitude de forma mais saudável, procurando por conforto espiritual, suporte social e aceitação da nova condição. Portanto, se envelhecer nos confronta muito mais ao luto, podemos esperar gozar de mais maturidade para confrontá-lo, devido a elaboração de cada perda vivenciada na velhice que exige um longo processo, doloroso e catalisador de amadurecimento no sujeito.

3. **Religiosidade e espiritualidade no processo de luto**

O artigo “*Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas*” (FARINASSO & LABATE, 2012) buscou compreender os significados da vivência do luto em viúvas idosas e sua relação com a religiosidade e espiritualidade. Segundo a autora e o autor, ao tentar lidar com a imponência da morte diante da vida, o ser humano recorre a explicações sobrenaturais a respeito deste fenômeno. Assim, através das ideias e crenças religiosas, podemos talvez encontrar recursos psicológicos e afetivos para reagir às forças da natureza. Sigmund Freud (1928/2006) avalia que a religião nasce da necessidade de tornar nosso desamparo suportável, através de um sistema de doutrinas e promessas que se propõe a explicar de forma invejável os acontecimentos enigmáticos do mundo.

Dessa forma, por meio de entrevistas realizadas com viúvas idosas, o estudo analisou que a crença em Deus se faz um forte elemento construtor de significado, orientado para elaboração do luto (FARINASSO & LABATE, 2012). A religião forneceu às viúvas uma explicação para a morte do marido e, tanto as crenças na vida após a morte, quanto o significado da morte como um “chamado divino”, permitiu às enlutadas aceitar a perda de maneira satisfatória.

A fé em Deus foi entendida como recurso de enfrentamento à ansiedade, gerada pela saudade e busca da figura perdida do marido. Elementos de religiosidade foram verbalizados como protetores da depressão e de sentimentos de tristeza ligados à solidão. Além disso, a igreja, entendida como comunidade de fiéis que compartilham a mesma fé, proporcionou às viúvas um espaço de socialização e de expressão de sentimentos, servindo como apoio essencial na elaboração do luto.

Por fim, o autor e a autora apontam que a espiritualidade e a religião possuem um papel mais positivo na elaboração do luto do que se atribui comumente na literatura e que estes resultados podem contribuir para que os profissionais busquem integrar as crenças religiosas dos sujeitos sob seus cuidados na elaboração satisfatória de seus lutos.

4. **Luto e institucionalização.**

O artigo "*O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – Revisão Sistemática*" **(**KREUZ & TINOCO, 2016) buscou mapear as publicações que abordam os aspectos relacionados ao luto antecipatório do idoso a respeito de si mesmo. Dentre as pesquisas analisadas, o estudo intitulado "*Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos"* (SILVA, CARVALHO, SANTOS & MENEZES, 2007)*,* trouxe um recorte exclusivo para a questão dos idosos institucionalizados, devido às suas características específicas que não possibilitam generalizações.

Sabe-se que o processo de institucionalização da pessoa idosa interpõe condições de afastamento do lar de origem, muitas vezes abandono familiar, desconexão social, isolamento, dentre outras situações que interferem profundamente na forma como os idosos vivem os seus processos de luto. Nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) podem acontecer violações da vida pessoal, falta de privacidade e vigilância constante, seja para não infringir regras e manter rotinas, seja pela necessidade de cuidados extremos.

Isso faz com que a institucionalização seja um dos maiores fatores de estresse na vida das pessoas idosas, pois implica a separação dos familiares, dos vizinhos e conhecidos, a ruptura com as atividades comunitárias e consigo próprio: "os rituais de internamento constituem marcos angustiantes de perda. Neste momento, o idoso despoja- se da quase totalidade dos seus papéis" (SANTOS & ENCARNAÇÃO, 1998, p. 248), o que pode gerar uma desestruturação identitária (idem), dependendo da forma e dos motivos que levaram o sujeito à institucionalização.

Assim, idosos sem algum tipo de preparo nesse processo podem sofrer grandes impactos diante da ruptura dos vínculos. No estudo de Kreuz e Tinoco (2016), foi analisada uma experiência com um grupo de tratamento com idosos institucionalizados, na qual se percebeu que os participantes se sentiam tristes não só por seus amigos falecidos ou pela deficiência, mas pela própria situação ou por aquilo que estava por vir – como a doença e a aproximação da morte.

Foi observado, ainda, que cada membro da instituição que falecia representava, para os sobreviventes, um vínculo rompido e a ameaça da própria morte antecipada. De acordo com os relatos das entrevistas, a vida dos idosos institucionalizados passa por profundas alterações após a morte de um amigo asilado, emergindo características normais do luto

não complicado. Especificamente diante da morte do amigo asilado, as falas emitidas pelos idosos expressavam dor ou aperto no peito, estarrecimento, raiva, ansiedade, tristeza, sensação de vazio, isolamento social e solidão, falta de companhia, lembranças recorrentes, saudade (do amigo, das conversas, das atividades em conjunto com a pessoa falecida, das visitas que recebiam e compartilhavam), bem como relatavam alterações no apetite e sono. Os entrevistados relataram sentir que "parte de si mesmo se foi" e que o amigo faria parte da "lembrança para a vida toda". Muitos deles destacaram a dificuldade em estabelecer novas amizades, devido ao número restrito de pessoas disponíveis no asilo e por questões de afinidade. A pesquisa não mencionou as formas pelas quais a instituição comunica o falecimento dos colegas, ou seja, se os residentes recebiam claramente a notícia, se percebiam a ausência do colega, se deduziam ou presenciavam o ocorrido. Também não foi abordado o fato de os internos terem a possibilidade de participação nos velórios e funerais. Esta é uma questão importante a ser discutida, pois pode exercer influência sobre como se dará o processo de luto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível compreender que os processos de luto vivenciados nas sucessivas experiências de perdas na velhice são mediados por variáveis individuais e contextuais. As perdas reais e simbólicas sofridas pelos idosos trazem à consciência a noção de finitude e provocam um grande impacto em suas vidas.

O luto revelou-se complexo e multidimensional, envolvendo um conjunto de elementos físicos, psicológicos e sociais, cuja interação deve ser levada em consideração na avaliação do processo como um todo. Particularidades como gênero, etnia, classe social, espiritualidade, recursos psíquicos, constituição genética, acesso a serviços de saúde, entre outras, são determinantes na elaboração das perdas.

Demonstra-se necessária, portanto, a desconstrução dos estereótipos da velhice, visto que os estigmas sempre associados à doença, decrepitude e morte, ainda se fazem presente e provocam discriminações, exclusões sociais e, em muitos casos, uma percepção negativa do idoso sobre si mesmo, o que acaba complicando o luto. É importante mencionar, por fim, que o luto, precisa de tempo para ser elaborado e que esse processo pode resultar em ganhos psíquicos para o idoso.

Outro aspecto extremamente importante a ser mencionado é que o processo de luto implica no desinvestimento da libido do objeto perdido e o reinvestimento dessa energia psíquica em outros objetos de interesse da pessoa enlutada. No caso da pessoa idosa, que vivencia diferentes lutos concretos e simbólicos, é de fundamental importância que ela encontre espaço no mundo para novos investimentos, novas trocas afetivas. Isso é fator

protetivo e preventivo de lutos complicados e de sofrimentos psíquicos intensos que podem levar à depressão, por exemplo.

Portanto, o luto precisa de tempo, acolhimento, escuta, compreensão e espaço para ser elaborado, ressignificado. Como profissionais da saúde, é preciso estarmos atentos para todas as singularidades e vivências das perdas e lutos das pessoas idosas. Validar os sentimentos envolvidos nesse processo contribui sobremaneira para que os mais velhos possam elaborar suas perdas, encontrar mecanismos de enfrentamento e reinvestirem no mundo. Como diz a poetisa e escritora brasileira Lya Luft (2016, p. 99), "tive perdas, e se multiplicam com o passar do tempo. Tive ganhos, num saldo que não me faz sentir injustiçada".

REFERÊNCIAS

1. ANTEQUERA-JURADO, Rosario; PICABIA, Alfonso Blanco. **La muerte y el morir em el anciano.** In: Salvarezza L. La vejez: uma mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós, 2005.
2. ARIÈS, Phillipe. **O homem diante da morte**. São Paulo: Editora UNESP, 2014. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Coimbra: Edições 70, 2009.
3. BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
4. CARVALHO, Isalena Santos; COELHO, Vera Lúcia Decnop. Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. **Psico-USF**, v.11, n.1, p.113-122, 2006.
5. CASTILHO, Gloria; BASTOS, Angélica. Sobre a velhice e lutos difíceis: "eu não faço falta". **Psicologia em Revista**, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2015.
6. COCENTINO, Jamille Mamed Bonfim; VIANA, Terezinha de Camargo. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 3, p. 591-599, 2011.
7. ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**: seguido de "envelhecer e morrer". Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
8. FARINASSO, Adriano Luiz Costa; LABATE, Renata Curi. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 588-595, 2012.
9. FARINASSO, Adriano Luiz Costa; LABATE, Renata Curi. A vivência do luto em viúvas idosas: um estudo clínico-qualitativo. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v.11, n.1, p.25-32, 2015.
10. FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. In: FREUD, S. **Obras completas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1917[1915]/2010.
11. FREUD, Sigmund. O futuro de uma ilusão: o mal-estar na civilização e outros trabalhos. In: **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1928/2006.
12. FUKS, B. **Freud e a cultura.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

13. GAMBURGO, Lilian Juana Levenbach; MONTEIRO, Maria Inês Bacellar. Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, n.28, p.31-41, 2009.

14. GIACOMIN, Karla Cristina; SANTOS, Wagner Jorge; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p. 2487- 2496, 2013.

15. KELLEHEAR, Allan. **Uma história social do morrer**. São Paulo: Editora UNESP, 2016.

16. KREUZ, Giovana; TINOCO, Valéria. O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – Revisão Sistemática. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 22, p. 109-133, 2016.

17. KUBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a morte e o morrer:** o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e a seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

18. LOUREIRO, A. **A velhice, o tempo e a morte:** subsídios para possíveis avanços do estudo. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2000.

19. LUFT, Lya. **Perdas e ganhos**. Rio de Janeiro: BestBolso, 2016.

20. LUNA, Ivania Jann. Narrativas de homens viúvos diante da experiência de luto conjugal. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v. 28, n. 64, p. 32-46, 2019.

21. MENEZES, Tânia Mara de Olive; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3309-3316, 2014.

22. MORAES, Jorge Luís Maia et.al. Lágrimas de solidão: similitudes reacionais no luto por perdas e abandono na velhice. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n.3, p. 467-491, 2019.

23. MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

24. OLIVEIRA, João Batista Alves; LOPES, Ruth Gelehrter Costa. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 217-221, 2008.

25. OLIVEIRA, Pedro Igor Daldegan; ANDERSON, Maria Inez Padula. Envelhecimento, finitude e morte: narrativas de idosos de uma unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n.42, p. 1-11, 2020.

26. PARKES, C. M. **Luto:** estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

27. RIBEIRO, Mariana dos Santos; BORGES, Moema da Silva; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira; SOUZA, Mariana Cistina dos Santos. Estratégias de enfrentamento

28. de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 869-877, 2017.

29. RICOEUR, Paul. **Vivo até a Morte -** seguido de Fragmentos. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2012.

30. RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: FIOCRZ, 2008.

31. SANTOS, Figueiredo; ENCARNAÇÃO, Fernanda. **Modernidade e gestão da velhice.** Faro: Centro Regional da Segurança Social do Algarve, 1998.

32. SANTOS, Maria Terezinha Guedes; SILVA, Diego. Vivências de luto e expectativas de relacionamentos futuros em idosos viúvos. **Faculdade Sant'Ana em Revista**, Ponta Grossa, v. 4, p. 37-50, 2018.

33. SILVA, Cátia Andrade; CARVALHO, Lucimeire Santos; SANTOS, Ana Carla Petersen de Oliveira; MENEZES, Maria do Rosário. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto Contexto Enfermagem**, v.16, n.1, p. 97-104, 2007.

34. SILVA, Maria Dores Ferreira; FERREIRA-ALVES, José. O luto em adultos idosos: natureza do desafio individual e das variáveis contextuais em diferentes modelos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 25, n. 3, p. 588-595, 2012.

17

Qualidade de vida de cuidadores formais e informais de idosos

Jaciane Barbosa da Silva
UNISÃOMIGUEL

Joana Karolaine Cosmo de Queiroz
UNISÃOMIGUEL

Rubenyta Martins Podmelle
UNISÃOMIGUEL

10.37885/210504482

RESUMO

Objetivo: compreender a influência da sobrecarga de trabalho na qualidade de vida de cuidadores formais e informais de idosos. **Método:** trata- se de uma revisão de literatura onde as buscas dos artigos científicos foram realizadas nas bases de dados BVS, LILACS e SCIELO, utilizaram- se critérios de inclusão e exclusão para selecionar os artigos deste estudo. **Resultados:** foram selecionados 8 trabalhos. Nestes, foi possível verificar que a dependência funcional do idoso, a falta de informação, a desigualdade social, a sobrecarga de atribuições nos afazeres de casa e às condições de trabalho, influenciam negativamente na qualidade de vida dos cuidadores de idosos, tanto formais quanto informais, e que podem ter como consequências aspectos emocionais, físicos ou sociais afetados, principalmente nos cuidadores informais. **Conclusão:** a sobrecarga vivenciada durante a rotina de trabalho pelos cuidadores, especialmente os informais, influencia diretamente na qualidade de vida. Com isto, é necessário investimento em estratégias de intervenção e promoção a saúde, com orientações e incentivo ao autocuidado, tendo a implementação de políticas públicas com intuito de prevenir ou reduzir a sobrecarga e consequentemente melhorar a qualidade de vida dos cuidadores.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Cuidadores, Idosos.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional vem se expandindo gradativamente, à medida em que o aumento do número de indivíduos com 60 anos de idade ou mais apresenta-se de modo mais evidente quando comparado ao crescimento das outras faixas etárias. É previsto que em 2025, haverá aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas idosas com mais de 60 anos no mundo[1].

De acordo com estes mesmos autores, com o passar do tempo, os idosos podem apresentar limitações na capacidade funcional, onde atenção diferenciada deve ser oferecida a esta população durante as suas atividades básicas diárias, tais como: se vestir, caminhar, tomar banho, medicação, etc., precisando de cuidados adequados para vivenciarem o processo de envelhecimento com a melhor qualidade de vida possível[1].

Os idosos mais velhos tornam-se mais susceptíveis à dependência funcional, requerendo assim, auxílio de cuidados diários, que no cenário brasileiro é preferível que a família os ofereça, uma vez que, de acordo com o contexto sociocultural, a sequência estabelecida é que os pais cuidem dos filhos e, no futuro, os filhos cuidem dos pais, quando estes estiverem mais idosos. Comumente, quem assume esta responsabilidade, de modo informal e voluntário, são as mulheres da família, que já possuem atribuições domésticas, mas se adaptam a esta nova fase mesmo sem qualificação e remuneração. Embora existam laços de afeto e sentimento de gratidão de ambas as partes, o cuidador familiar ou informal pode apresentar sobrecarga física e/ou emocional, que afeta sua qualidade de vida[2].

Quando não é possível oferecer os cuidados necessários a estes indivíduos devido às mudanças na estrutura familiar (seja na redução da quantidade de filhos ou no aumento da inserção de mulheres no mercado de trabalho) há grande possibilidade da ocorrência de casos de abandono, negligência e estresses, que podem gerar agressões físicas ou psicológicas ao idoso. Com isto, surge a necessidade de contratar cuidadores formais com vínculo empregatício, que são profissionais qualificados que atendem a domicílio, ou encaminhar o idoso a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) sendo este um local que deve oferecer cuidado e atenção adequados, proporcionados também por cuidadores formais de idosos, com o objetivo de prestar serviços à condição de cada indivíduo[3].

A atuação destes profissionais é auxiliar os idosos que apresentam dependência funcional na realização de suas atividades diárias, como o uso correto dos medicamentos, vestuários e alimentação. Devido a estas funções, os cuidadores apresentam-se muitas vezes sobrecarregados, podendo apresentar riscos de lesões provenientes do esforço físico, bem como sofrer alteração emocional ou social, que em conjunto, convergem para uma menor qualidade de vida[4].

Diante do aumento do número de cuidadores de idosos, sejam eles formais ou informais, e devido ao crescimento da população idosa, faz- se necessário o conhecimento do nível de sobrecarga de trabalho que estes profissionais apresentam, uma vez que esta sobrecarga possa influenciar negativamente no desempenho da sua função e, com igual importância, em sua qualidade de vida[5].

MÉTODO

Trata- se de uma revisão de literatura, com bases em estudos publicados entre os anos de 2016 e 2020, nos idiomas português, inglês e espanhol. Os descritores utilizados para pesquisa do material bibliográfico foram: qualidade de vida; cuidadores; idosos e seus respectivos correlatos nos idiomas inglês e espanhol. As buscas de artigos científicos foram realizadas através das bases de dados: Portal regional da BVS, Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Científica online (SCIELO).

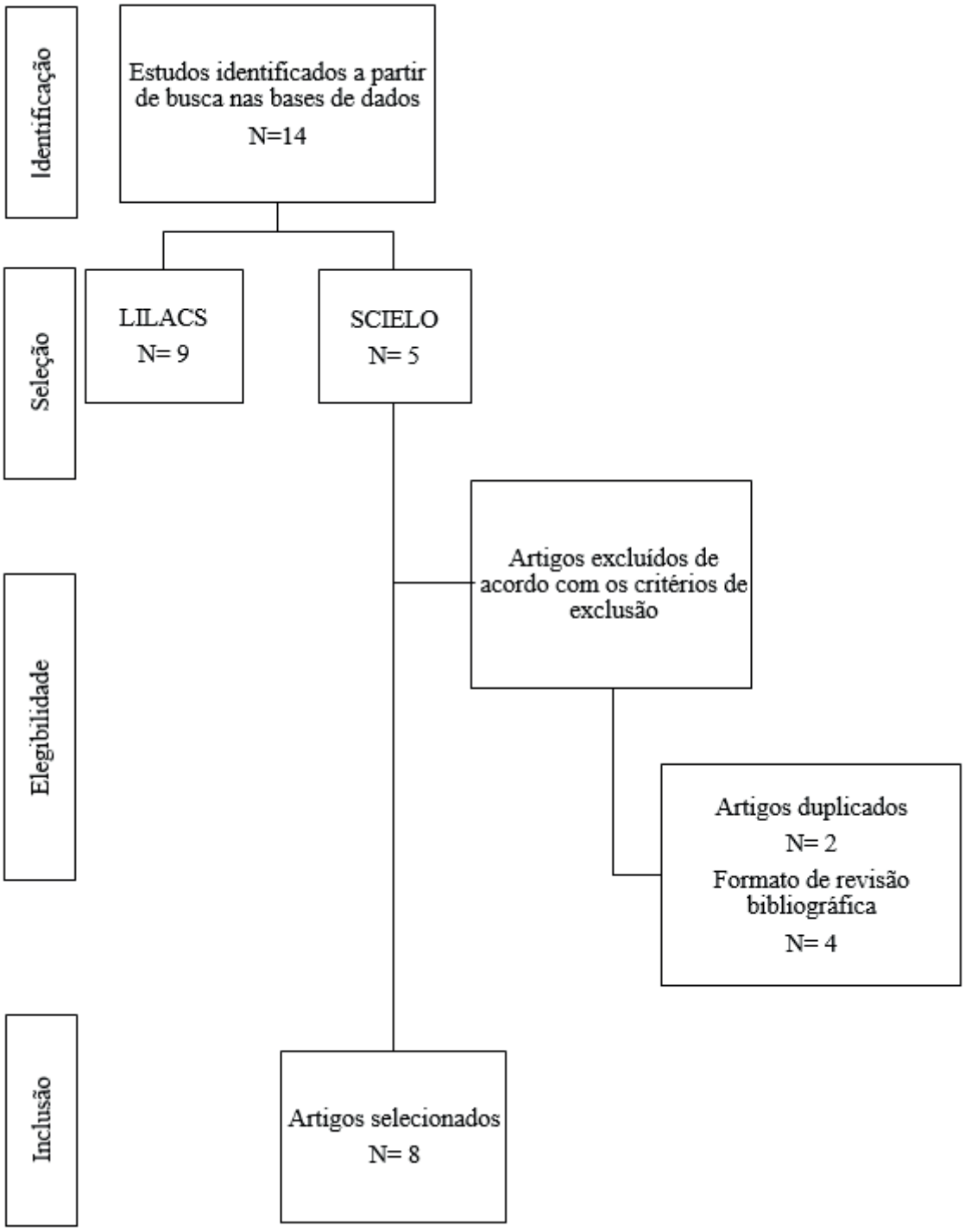
Os critérios de inclusão adotados nesta pesquisa foram: artigos relacionados aos níveis de sobrecarga física e/ou emocional de cuidadores formais e informais de idosos, bem como seus aspectos epidemiológicos, sociodemográficos e fatores associados. Foram excluídos artigos de revisão de literatura, duplicados e aqueles que se centraram nos cuidadores informais com menos de 18 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

RESULTADOS

Quando combinados os descritores “cuidadores”, “idosos” e “qualidade de vida”, resultou em um quantitativo de 2.690 artigos encontrados nas bases de dados. Ao serem inseridos os filtros qualidade de vida, cuidadores, artigos em português e artigos relacionados aos últimos cinco anos de publicação, obteve-se um quantitativo de 166 artigos. Destes 166 artigos, 152 foram eliminados por não estar relacionado ao objetivo deste estudo, restando 14 artigos. Quando aplicados os critérios de elegibilidade, foram selecionados 8 artigos para comporem a discussão. A figura 1 apresenta o fluxograma com a síntese do processo de seleção dos artigos.

FIGURA 1. Fluxograma com a síntese do processo de seleção dos artigos



Nesta pesquisa bibliográfica foram analisados oito artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Para facilitar a análise e apresentação dos resultados, elaborou-se o quadro 1 com dados sobre o autor/ano, objetivo (s), metodologia (s) e resultados de cada estudo.

QUADRO 1. Identificação dos artigos

Autor/Ano	Objetivo(s)	Metodologia(s)	Resultados
Lino et al, 2016	Verificar entre os cuidadores familiares, a prevalência de sobrecarga e os fatores associados a ela, em uma região pobre e violenta do Rio de Janeiro.	Estudo transversal, realizado na região de Manguinhos, área de extrema vulnerabilidade socioambiental. Amostra por conveniência, composta por 140 idosos. Foi utilizado como instrumento a escala de Zarit que avalia o nível de sobrecarga.	Dentro do grupo de idosas 87,6% apresentaram declínio cognitivo e no grupo dos cuidadores, quase 60% demonstram sinais de sobrecarga moderada a alta.
Santos et al, 2017	Avaliar a sobrecarga de trabalho e a qualidade de vida de cuidadores de idosos institucionalizados.	Estudo do tipo inquérito institucional e descritivo, de caráter quantitativo e de corte transversal. A amostra foi composta por 12 cuidadores de idosos institucionalizados avaliados através da escala de Zarit que avalia a sobrecarga.	Dos 12 voluntários avaliados, 7 apresentaram sobrecarga moderada a leve, que de acordo com a amostragem, às condições impostas no ambiente de trabalho compromete a qualidade de vida dos cuidadores.
Prado et al, 2017	Avaliar a relação entre o esgotamento profissional, a qualidade de vida, e o tempo de serviço de cuidadores de idosos.	Estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo-analítico, comparativo- correlacional, com amostragem de 21 cuidadores, onde foram realizados testes que avaliam a correlação da qualidade de vida e o nível da síndrome de Burnout.	O tempo de serviço dos cuidadores de idosos está relacionado tanto com o aumento gradativo dos níveis de Burnout, tendo prevalência de 14,28%, quanto da diminuição da percepção da qualidade de vida.
Jesus et al, 2018	Comparar a sobrecarga com o perfil sociodemográfico e analisar as necessidades de cuidado em cuidadores de idosos.	Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quanti-qualitativa e amostragem de 86 cuidadores de idosos, onde foi realizado a aplicação da escala de Zarit que avalia o nível da sobrecarga.	O estudo demonstrou a existência de sobrecarga em 67,4% dos participantes, onde 43,1% apresentaram sobrecarga de moderada a leve e 19,7% de moderada a severa, o que correlacionou negativamente com a faixa etária e escolaridade.
Sampaio et al, 2018	Avaliar a qualidade de vida e sintomas de depressão em cuidadores de idosos dependentes e verificar à relação entre tais variáveis.	Estudo descritivo e analítico, com delineamento transversal e abordagem quantitativa, tendo como amostra 36 cuidadores. Foram utilizados como instrumento o (SF- 36), versão validada no português, com intuito de avaliar a qualidade de vida.	De acordo com os resultados, observou-se maior comprometimento do comportamento físico na qualidade de vida dos cuidadores e indicativo de depressão em 50,0% dos participantes.
Dias et al, 2018	Avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores de pacientes com demência e seus fatores, e identificar as atividades cotidianas comprometidas pela demência.	Estudo descritivo e exploratório, com delineamento transversal, abordagem quantitativa e qualitativa, com amostragem de 31 cuidadores de pacientes com demência, sendo submetidos a aplicação da escala de Zarit que avalia a sobrecarga.	Quando a demência nos idosos progridem, há redução de autonomia e independência, com isto os cuidadores tornam- se mais sobrecarregados, apresentando 25,81% (sobrecarga moderada) e 29,04% (sobrecarga severa) que possibilita a redução na realização de atividades de lazer, interferindo desta forma, na sua qualidade de vida.
Araújo et al, 2019	Avaliar a qualidade de vida e sobrecarga de mulheres cuidadoras.	Abordagem quantitativa, com amostragem de 224 cuidadores informais, foram utilizados instrumentos como questionário de WHOQOL-breaf que avalia faceta geral da qualidade de vida e a escala de Zarit que avalia sobrecarga.	Cuidadoras informais, com média de idade de 51 anos, apresentaram 46,4% sobrecarga moderada e 64,3% apresentaram algum nível de sobrecarga, que influencia diretamente na qualidade de vida. Com isto, pode - se interpretar que quanto maior o escore da sobrecarga, menor a qualidade de vida.
Garbaccio et al, 2019	Identificar as principais dificuldades encontradas pelos cuidadores informais de idosos em domicilio, cadastrados no programa de saúde da família, no município de Bambu-MG.	Trata- se de uma pesquisa transversal, teve como amostragem 70 idosos e seus respectivos cuidadores.	No grupo de cuidadores 55,7% tinham alguma comorbidade e relataram dificuldades para lidar com os idosos com declínio funcional, informando que as orientações recebidas dos profissionais, eram consideradas como insuficientes.

DISCUSSÃO

O aumento do número de idosos na população é considerado maior que as outras faixas etárias no mundo. A perspectiva de vida é vista como um grande trunfo, no entanto, alterações fisiológicas presentes neste processo de envelhecimento, associadas ou não a patologias físicas ou psíquicas, torna o idoso mais susceptível às limitações na capacidade funcional, tornando-se mais dependentes, requerendo assim cuidados e atenção diária. Estes cuidados diários são proporcionados por cuidadores informais de forma voluntária ou por cuidadores formais que são profissionais qualificados, que prestam a devida assistência, porém com vínculo empregatício[6].

Diante dos estudos analisados, foi perceptível o predomínio de mulheres exercendo estas atividades em ambas as classes, tendo em sua maioria baixo nível de escolaridade. Segundo o contexto sociocultural brasileiro, embora essas mulheres já estejam incluídas no mercado de trabalho, tornam-se ainda as responsáveis principais pelo cuidado prolongado aos idosos, e que devido à falta de compartilhamento das tarefas (que é a realidade de muitos cuidadores, principalmente dos informais), podem apresentar carência de informações sobre as condições de saúde e dos cuidados necessários aos idosos [7,6,10].

Sob a visão de Santos et al, (2017)[8] com os novos desafios enfrentados pela sociedade moderna, como a inserção dos membros da família, seja homem ou mulher, no mercado de trabalho, tende a aumentar o número de idosos institucionalizados nas instituições de Longa Permanência (ILP), que, sendo gratuita ou não, vêm como uma válvula de escape para que estes idosos não fiquem abandonados ou se sintam sozinhos, e recebam cuidados e atenção necessárias para o desenvolvimento de suas atividades cotidianas.

Neste estudo de Santos (2017)[8], que objetivou avaliar a sobrecarga de trabalho e qualidade de vida de cuidadores dos idosos institucionalizados, foi possível verificar que não houve prejuízo significativo nas atividades sociais, visto que os cuidadores formais por terem folgas, conseguem manter o convívio social, diferentemente dos informais. O fator psicológico também manteve-se dentro do limiar. As condições físicas no ambiente de trabalho, que foram evidenciadas por risco de quedas, iluminação inadequada, má ventilação, localização de difícil acesso e escassez de materiais, influenciam na eficácia da qualidade das atividades realizadas por estes cuidadores. Com base nesta hipótese, observou-se que as condições de trabalho interferem de forma significativa na qualidade de vida.

O estudo de Dias et al, (2018)[9] se direcionou aos cuidadores informais de idosos com demência e demonstrou que, quando um único membro da família torna-se o responsável principal pelo idoso, ocorre uma centralização de cuidados que gera sobrecarga, e, embora estes cuidadores não percebam que os cuidados interfiram no seu cotidiano, pelo fato de serem familiares e ter afeto pelos idosos cuidados, o estudo evidenciou dificuldade em conciliar

os cuidados aos idosos com a rotina pessoal dos cuidadores, tendo as atividades de lazer reduzida, quando comparado aos momentos antes de assumir este papel, e embora não tenha sido o foco principal deste estudo, evidenciou como fatores negativos o afastamento do mercado de trabalho, mudanças repentinas de residência, redução de autocuidado e do convívio social, o que impacta de forma negativa na qualidade de vida do cuidador.

O estudo de Araújo (2019)[10] buscou estabelecer uma relação entre os níveis de sobrecarga física, social, emocional e/ou financeira e qualidade de vida dos cuidadores, e deste modo, foi possível identificar que houve uma correlação negativa entre as variáveis, que quanto maior o escore de sobrecarga for, menor será a qualidade de vida.

Ainda neste estudo, foi possível verificar que as cuidadoras informais não se importam por não terem tempo suficiente para cuidarem de si. Porém, concordando com o estudo citado anteriormente, seu convívio e sua qualidade de vida são afetados de acordo com os questionários que foram aplicados no ato da pesquisa[10].

Segundo Garbaccio et al, (2019)[11] os cuidadores de idosos informais estão bastante vulneráveis a enfrentar sobrecarga, visto que ao mesmo tempo que eles dispunham de tempo para cuidar dos idosos, eles têm que realizar também os seus afazeres diários. Os cuidadores relatam ainda, não ter nenhuma qualificação ou orientação. Apresentam dificuldades para cuidarem de forma correta, dormem pouco e passam a maior parte do dia cuidando do idoso. Grande parte dos entrevistados apresentam alguma comorbidade, principalmente a hipertensão ou diabetes, além de apresentarem diagnóstico de depressão.

Na hipótese levantada por Prado et al., (2017)[12] os cuidadores de idosos informais, normalmente apresentam síndrome de Burnout e qualidade de vida afetada, tendo estresses e exaustão emocional. Apesar do registro encontrado, o mesmo ficou camuflado devido o fator do afeto. Quando comparados as evidências dos cuidadores formais que se limitam apenas aos aspectos profissionais do ato do cuidado, ficou evidente que quanto maiores os anos e as horas trabalhadas, maior seriam as consequências e evolução da Síndrome de Burnout. Vale salientar que, quanto mais elevado o nível de Burnout, menor a qualidade de vida destes indivíduos.

Entre os diferentes tipos de sobrecarga, o estudo de Sampaio et al, (2019)[13] houve um comprometimento maior na parte física, com um quadro de dor acentuado presente, o que dificulta nas ações com os idosos, e dentre as consequências desta sobrecarga de trabalho é possível apresentar lesões provenientes de esforços físicos, resultando consequentemente em limitações durante suas atividades.

Além da sobrecarga evidenciada, 50% dos participantes avaliados apresentaram depressão, e que os sintomas decorrentes da depressão podem promover uma redução na qualidade de vida, e que futuramente estes cuidadores necessitarão de cuidados especiais,

caso não haja uma intervenção multidisciplinar de atividades educativas na atenção primária, com o objetivo de conscientizar sobre os riscos existentes nas suas atividades desempenhadas durante o cuidado dos idosos dependentes [11].

Nos achados de Santos et al, (2017)[8], Jesus et al, (2018)[6], e Prado et al, (2017)[12], foi possível identificar que os cuidadores formais normalmente apresentaram redução ou ausência de sobrecarga, o que pode influenciar numa melhor qualidade de vida. Foi identificado que fatores associados as condições do ambiente de trabalho tiveram relevância no fator de qualidade de vida. Isto explica o fato de que a preparação a qual estes profissionais são submetidos para oferecerem os cuidados é extremamente necessária aos idosos, mas as condições de trabalho adequadas para a realização de suas atividades laborativas também são importantes.

Em contrapartida, nos estudos de Dias et al, (2018)[9], Sampaio et al, (2018)[13], Lino et al, (2016)[7], Araújo et al, (2019)[10] e Garbaccio et al, (2019)[11], os cuidadores informais apresentaram-se com maior índice de sobrecarga, o que demonstra a necessidade de uma maior atenção para estes indivíduos com intuito de fornecer suporte adequado para que seja possível minimizar a sobrecarga vivenciada e consequentemente melhorar a qualidade de vida, diminuído assim os desgastes físicos e psíquicos enfrentados por estes cuidadores. A necessidade da atuação de uma equipe multidisciplinar foi evidenciada nestes autores, com o intuito de prestar uma rede de apoio e orientação para estes cuidadores, além de deixar uma reflexão sobre o cuidado do cuidador.

CONCLUSÃO

Diante do presente estudo, é possível considerar que cuidadores apresentam sobrecarga de trabalho que afetam a qualidade de vida, no entanto, os cuidadores informais evidenciam maior sobrecarga e redução da qualidade de vida. Estes estudos apontam, que a maioria dos cuidadores são mulheres, principalmente no contexto informal e que o afeto mascara a sobrecarga vivenciada.

Faz-se necessária, então, a implementação de ações frente a este contexto, como a criação de políticas públicas e a formação profissional, para que possa oferecer suporte necessário aos familiares, uma vez que a legislação informa que o cuidado ao idoso deve ocorrer preferencialmente no seu domicílio, mas não aponta orientações quanto à melhor forma disto acontecer.

Também sugerem-se investimentos em estratégias de intervenção e promoção à saúde através da atuação de profissionais da saúde que possam reconhecer o cotidiano, os esforços vivenciados e os fatores de riscos existentes, entre eles, a falta de percepção da sobrecarga pelos cuidadores, que ocorre devido ao afeto existente entre o cuidador e o idoso cuidado,

realizando orientações e incentivos ao autocuidado, com intuito de minimizar a sobrecarga física, emocional e social, melhorando, desta forma, a qualidade de vida dos cuidadores e, consequentemente, dos idosos cuidados.

Na literatura ainda existem lacunas devido à pouca quantidade de estudos que apresentam instrumentos que avaliam diretamente a relação entre a sobrecarga vivenciada no trabalho com a qualidade de vida dos cuidadores, levando em consideração que esses possíveis estudos auxiliariam o raciocínio clínico dos profissionais envolvidos, podendo trazer elucidações a respeito de determinada estratégia a ser implementada em cada condição vivenciada. Com isto, sugerem-se novos estudos para que se possa reduzir cada vez mais as lacunas presentes, a fim de melhorar as condições de trabalho e evitar o desgaste físico e emocional dos cuidadores de idosos.

REFERÊNCIAS

1. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. Rev Bras Promoç. Saúde, Fortaleza, 29(Supl): 118-127, dez., 2016. DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p118.

2. Couto AM, Caldas CP, Castro EAB. Home care for dependent elderly patients by caregivers with overload and stress. Rev Fun Care Online. 2019 jul/set; 11(4):944-950. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019. v11i4.944-950.

3. Barbosa, L. de M., Noronha, K., Spyrides, M. H. C., Araújo, C. A. D. de. (2017). Qualidade de vida relacionada à saúde dos cuidadores formais de idosos institucionalizados em Natal, Rio Grande do Norte. Revista Brasileira De Estudos De População, 34(2), 391-414. https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0004.

4. Diniz MAA, Melo BRS, Neri KH, Casemiro FG, Figueiredo L, Gaioli CCLO et al. Estudo comparativo entre cuidadores formais e informais de idosos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 Nov [citado 2020 Nov 16]; 23(11): 3789-3798. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018001103789&ln g=pthttps://doi.org/10.1590/1413-812320182311.16932016.

5. Reis E, Dourado VZ, Guerra RLF. Quality of life and risk factors for the health of formal caregivers of elderly people. Estud. Interdiscipl. Envelhec. 2019; 24(1): 47-61. ID: biblio- 1046484.

6. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet]. 2018 Apr [cited 2020 Nov 16]; 21(2): 194-204. https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155.

7. Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O'Dwyer G, Lima IS, Andrade MKN et al. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2016 [citado 2020 Nov 17] 32(6):e 00060115. https://doi.org/10.1590/0102- 311X00060115.

8. Santos SMC, Oliveira LS, Santos MCS, Carneiro SR, Santos LLS, Teodori RM. Avaliação da sobrecarga de trabalho e da qualidade de vida de cuidadores de idosos institucionalizados. Fisioterapia Brasil, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 433-441, out. 2017. Doi: http://dx.doi.org/10.33233/fb.v18i4.1203.

9. Dias LB., Castiglioni L., Tognola WA, Bianchin MA. (2018). Sobrecarga no cuidado de paciente idoso com demência. Revista Kairós: Gerontologia, 2018 v21(1), 169-190. doi: https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p169-190.

10. Araújo MGO, Dutra MOM, Freitas CCSL, Guedes TG, Souza FS, Baptista RS. Caring for the carer: quality of life and burden of female caregivers. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0334.

11. Garbaccio JL, Tonaco LAB. Characteristics and Difficulties of Informal Caregivers in Assisting Elderly People / Características e Dificuldades do Cuidador informal na Assistência ao Idoso. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], 2020; 11(3): 680-686. Doi:http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.680-686.

12. Prado AS, Carvalho SMR, Carvalho TR, Lopes FS, Nobre TAO, Lopes BS. (2017). Relação entre esgotamento profissional, qualidade de vida e tempo de serviço em cuidadores de idosos. Revista Kairós: Gerontologia, 2017 v20(3), 179-189. doi:https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i3p179-189.

13. Sampaio LS, Santana PS, Silva MV, Sampaio TSO, Reis LA. Qualidade de vida e depressão em cuidadores de idosos dependentes. Rev. APS. 2018 jan/mar; 21(1): 112 - 121). DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16235.

18

Qualidade de vida, escolaridade e classe social entre idosos praticantes e não praticantes de canto coral

Ana Caroline de Paula
UFPR

Fabio Ricardo Hilgenberg Gomes
UNICENTRO

Gerson Flores-Gomes
UFPR

Crismarie Casper Hackenberg
UFPR

Mariana Lacerda Arruda
UNESPAR

Taís Glauce Fernandes de Lima Pastre
UNIBRASIL

Aline Bichels
UFPR

Valdomiro de Oliveira
UFPR

Gislaine Cristina Vagetti
UNESPAR

doi 10.37885/210203101

RESUMO

Objetivo: comparar qualidade de vida (QV), escolaridade e classe social entre idosos praticantes e não praticantes de canto coral. **Métodos:** pesquisa descritiva comparativa do tipo transversal com amostra intencional. Participaram da pesquisa 96 idosos com idade entre 60 e 90 anos, distribuídos em três grupos: grupo canto coral, grupo controle I - atividade física (GCI) e grupo controle II - não praticantes de canto coral e/ou atividade física (GCII), oriundos de diferentes regiões de Curitiba. Instrumentos de coleta de dados: questionário sociodemográfico, classificação econômica, WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD. A análise descritiva foi exposta em média e desvio padrão das variáveis investigadas. Para a análise comparativa foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e verificada pelo teste de Bonferroni. **Resultados:** em todos os domínios da QV avaliados pelo WHOQOL-BREF o GCC teve melhores médias em relação ao GCII. O GCI apresentou maior média de escolaridade, que teve predominância em ensino médio completo e superior completo. Em relação à classe social, a média dos grupos foi classe B. Na análise comparativa foi possível identificar diferenças significativas entre os grupos em relação ao domínio Funcionamento do Sensório ($X^2(2)=8,85$; $p=0,01$), Participação Social ($X^2(2)= 6,70$; $p=0,03$), domínio Morte e Morrer ($X^2(2)= 8,30$; $p=0,01$), Escolaridade ($X^2(2)= 9,76$; $p=0,008$) e Classe social ($X^2(2)=6,73$; $p=0,03$), e na interação entre os grupos, no domínio Funcionamento do Sensório ($p=0,01$) e domínio Morte e Morrer ($p=0,01$). **Considerações finais:** considera-se que participar de atividades regulares destinadas aos idosos, como o canto coral, podem ser ferramentas para melhor percepção de QV de idosos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Escolaridade, Nível Social, Canto Coral, Pessoa Idosa.

INTRODUÇÃO

Sabendo que a expectativa de vida do ser humano tem aumentado a cada ano, e consequentemente a porcentagem da população idosa mundial, as pesquisas atuais buscam estudar o envelhecimento considerando as dimensões individuais, bem como ponderar o contexto social em que essas pessoas estão inseridas. A OMS (2005) apresenta algumas questões fundamentais para se pensar o envelhecimento: Como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento? Como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para as pessoas idosas? E como manter e/ou melhorar a qualidade de vida no envelhecimento?

Conquistar um envelhecimento saudável significa preservar ou reduzir as perdas da capacidade funcional e da autonomia. A pessoa idosa, frequentemente, possui fragilidades, doenças crônicas, menos recursos sociais e financeiros, e mais gastos com tratamentos e medicações, portanto para colocar em prática as ações necessárias para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida é necessário que os cuidados com a pessoa idosa sejam estruturados de forma diferente da que é proposta ao adulto mais jovem, as particularidades devem ser consideradas e avaliadas (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Cada vez mais o lazer, as atividades prazerosas e coletivas têm se mostrado eficientes para a percepção da qualidade de vida (QV) das pessoas idosas, como música, dança, teatro, artes visuais, entre outras. Uma dessas atividades é o canto coral, que envolve uma prática musical coletiva que proporciona momentos de aprendizagem cultural e histórica, bem como o aprendizado dos elementos da própria música, como: ritmo e gêneros musicais, melodias e letras, harmonias e arranjos.

Em pesquisa realizada por Prazeres et al. (2013), com mulheres idosas que praticavam o canto coral, constatou-se mudanças positivas nas áreas cognitivas e límbicas ao final da coleta de dados, o que as motivaram a continuar com a atividade. Os relatos das participantes apresentavam o canto coral como uma atividade prazerosa, que propicia um estado de felicidade, que diminui as dores físicas e consequentemente reduz a quantidade necessária de medicamentos. Ainda foram constatadas melhoras como: manutenção da memória, liberação das emoções, conscientização das emoções, fortalecimento da autoestima, satisfação pessoal, integração social, e sobretudo a possibilidade de ressignificação na vida dessas pessoas. Sendo assim, Prazeres et al., (2013) consideram que a música permite sentir, recordar, expressar e o distanciar do cotidiano.

Segundo Aquino et al. (2016), o canto coral possibilita a humanização e a socialização entre pessoas idosas, devido às oportunidades que a prática em grupo proporciona, a relação com o outro e com a comunidade na qual está inserido. A pessoa acaba sendo estimulada a se manter ativa, assim pode desenvolver sua autoestima e valorizar sua contribuição ao

grupo. Além disso, essa prática musical se torna uma aliada à promoção do bem-estar vocal da pessoa em processo de envelhecimento, pois orienta sobre os cuidados necessários para um hábito saudável, e o que pode ser prejudicial e deve ser evitado.

Nessa pesquisa, os mesmos autores, consideram o canto como um motivador que encoraja as pessoas idosas a serem mais ativas fisicamente e socialmente. Ao analisar as características da voz falada de mulheres idosas que participam de um coral, quando comparada às características de mulheres que não praticam essa atividade, constatou-se uma melhor qualidade vocal, em decorrência de menor rugosidade e tensão, apresentou maior índice de hábitos considerados saudáveis, como a realização de atividades físicas e ingestão de água, que são fatores que podem ajudar a retardar o processo de envelhecimento e consequentes alterações vocais (AQUINO et al., 2016).

Com isso, observa-se que programas que promovam a QV são importantes para a população idosa, pois como apresenta Vagetti (2012), estes programas impactam a saúde e aspectos da vida como a interação social do idoso com o meio ambiente, desenvolvendo o pertencimento ao grupo e melhorando esta estima e confiança geral. Vagetti (2012, p. 16) reforça que a QV "é um importante componente para determinação do estado de saúde, principalmente durante o processo de envelhecimento. Contudo, conceitos relativos à QV ainda são muito divergentes", pois envolvem inúmeros aspectos da vida de cada pessoa.

No presente estudo foi investigada a percepção da qualidade de vida entre idosos praticantes e não praticantes de canto coral, e duas variáveis foram adicionadas à discussão: escolaridade e classe social. Um dado relevante para a compreensão do estudo em relação às variáveis, principalmente ao que se refere à escolaridade e classe social, apontadas nos estudos de Lima-Costa (2004) diz que a pobreza está relacionada a vários comportamentos que afetam negativamente a saúde. Segundo Marmot (1999) citado por Lima-Costa (2004) no Reino Unido, por exemplo, os mais pobres fumam e bebem mais, têm uma dieta menos adequada, são mais sedentários e obesos. Isso indica que a pobreza está intimamente ligada às condições de saúde do indivíduo e/ou de populações.

Quanto as pesquisas nesta temática, a revisão de Bornholdt (2019) reforça a necessidade de mais investigações da participação de idosos em grupos de canto coral e os possíveis benefícios desta prática, pois de 1987 a 2017, apenas 8 trabalhos do Banco de Teses e Dissertações da CAPES tratavam do canto coral e a pessoa idosa. Destes trabalhos, observam-se três frentes de pesquisa: aspectos psíquicos, físicos e sociais.

Considerando este cenário de pesquisa e as variáveis, serão apresentados neste estudo os resultados e análises obtidas a partir da comparação feita entre variáveis dependentes e independentes e se existe diferença significativa entre a qualidade de vida, escolaridade e classe social entre idosos praticantes e não praticantes de canto coral.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo comparar a qualidade de vida, escolaridade e classe social entre idosos praticantes e não praticantes de canto coral.

MÉTODOS

Este estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Paraná, e aprovado sob o parecer número sob 3.077.043. A pesquisa caracterizou-se como descritiva comparativa do tipo transversal e com amostra intencional. Participaram do estudo 96 idosos de ambos os sexos, os quais foram alocados em três grupos, sendo:

a. Grupo Canto Coral (GCC): 32 idosos participantes de grupos de canto coral amador na cidade de Curitiba, há no mínimo 1 ano, com ensaios regulares semanais de no mínimo 60 minutos, e que não praticassem atividades físicas estruturadas e regulares.
b. Grupo Controle I – Atividade Física (GCI – AF): 32 idosos participantes de grupos de atividades físicas estruturadas, ou seja, com acompanhamento ou instrução de profissionais, com encontros semanais de no mínimo 60 minutos, em ambientes não formais na cidade de Curitiba, e que não participassem de grupos de canto coral.
c. Grupo Controle II – Não Praticantes (GCII – NP): 32 idosos participantes de grupos de convivência na cidade de Curitiba, e que não participassem de nenhuma das atividades anteriores: canto coral e atividade física estruturada.

Todas estas atividades são oferecidas em Curitiba, em espaços públicos ou privados. Para atender ao objetivo deste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

– Sociodemográfico: instrumento utilizado para verificar o perfil e registrar os dados pessoais dos idosos, como: idade, sexo e nível escolar. Adaptado do questionário BOAS (*Brazil Old Age Schedule*), desenvolvido por Veras e Dutra (2008).
– Classificação econômica: foi aplicado o instrumento da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa ABEP (2018), para verificação da classificação econômica dos idosos. O critério de corte Brasil segue a pontuação “A” (43-100 pontos), “B1” (37-42 pontos), “B2” (26-36 pontos), “C1” (19-25 pontos), “C2” (15-18 pontos), “D” (11-14 pontos) ou “E” (0-10 pontos), (ABEP, 2018). Para fins de análise no presente estudo, as classes econômicas serão agrupadas em classe de renda média domiciliar, A: 20.888 reais, B1: 9.254,00 reais, B2: 4.852,00 reais, C1: 2.705,00 reais, C2:

1.625,00 reais, D-E: 768,00 reais.

– WHOQOL-BREF: questionário utilizado para verificar a percepção da QV, com 26 itens (escala Likert de cinco pontos), das quais duas questões gerais sobre qualidade de vida e as 24 demais divididas em quatro domínios: (a) físico; (b) psicológico; (c) relações sociais; (d) meio ambiente. O instrumento não possui um ponto de corte, entretanto quanto mais alto seu escore, melhor é a percepção da QV, portanto quanto mais próximo de 100 o resultado, melhor a QV do entrevistado.
– WHOQOL-OLD: baseia-se nos mesmos princípios do WHOQOL-BREF, sendo desenvolvido pelo grupo de QV da Organização Mundial da Saúde para a avaliação da QV de idosos. A versão final do módulo do WHOQOL-OLD contém seis facetas de 4 itens cada (o módulo consiste em 24 itens) avaliados pela escala Likert (1 a 5 pontos).

Para definir o número de participantes foi realizado o cálculo amostral *a priori*, tendo como base dados de um estudo comparativo com três grupos de pessoas idosas, aplicado na cidade de Curitiba, pois com a lacuna da literatura em estudos que relacionem a QV de idosos praticantes de canto coral, buscou-se um estudo com perfil próximo para este cálculo.

Para encontrar o tamanho do efeito f(0,43), utilizaram-se as médias dos grupos do escore geral do questionário WHOQOL-OLD da dissertação de Krawutschke (2017). Utilizou-se a calculadora GPower 3.1.9.4, adotando os valores 0,05 para alfa e 0,80 para beta. O número total estimado da amostra foi 78 participantes, divididos em 3 grupos de 26 pessoas. Com isso, optou-se coletar o mínimo de 30 participantes por grupos, considerando a possibilidade de desistências ou erros no preenchimento dos questionários, que invalidassem a participação.

Procedimentos

Os idosos foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa. Após a entrega do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) receberam os questionários para serem respondidos individualmente, auto aplicados, em espaço reservado no dia da sua prática de acordo com o grupo a qual pertencia, no decorrer dos meses de março a novembro de 2019. Foram considerados critérios de inclusão: homens ou mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, que aceitassem participar da pesquisa e participassem de um dos grupos: canto coral, atividade física, não praticantes. Foram excluídos da pesquisa homens ou mulheres com idade inferior a 60 anos, que não entregassem assinado o TCLE, não se enquadrassem nos grupos supracitados, ou ainda, participassem concomitantemente dos grupos.

Análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados utilizando o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 24.0. A análise descritiva foi exposta em média e desvio padrão das variáveis investigadas. Para inferência estatística foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis para comparar a qualidade de vida, classe social e escolaridade entre os grupos participantes, a interação entre os grupos foi verificada pelo teste de Bonferroni, com significância de $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

A idade média dos participantes foi de 70,10 ± 7,61 anos, e por grupo, de 69,8 ± 6,9 anos (GCC), 70,16 ± 8,33 anos (GCI) e 70,3 ± 7,6 anos (GCII). Participaram o total de 15 homens (15,62%) e 81 mulheres (84,38%), tendo a predominância da cor branca (89,58%), naturais do Paraná (51,04%), casados (48,96%). As características sociodemográficas dos participantes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Curitiba, Paraná (n=96).

	N	%
Sexo		
Masculino	15	15,62
Feminino	81	84,38
Cor/raça		
Branca	86	89,58
Preta	0	0,00
Amarela	4	4,17
Parda	6	6,25
Naturalidade		
Bahia	1	1,04
Paraná	49	51,04
Pernambuco	1	1,04
Rio Grande do Sul	6	6,25
Rio de Janeiro	3	3,12
Santa Catarina	14	14,58
São Paulo	8	8,33
Não informado	14	14,58
Estado Civil		
Casado(a)	47	48,96
Viúvo(a)	27	28,12
Divorciado(a)/Separado(a)	10	10,42
Nunca casou	12	12,50
Escolaridade		
Analfabeto	1	1,04
Primário Incompleto	6	6,25
Primário Completo/Ensino Fundamental	14	14,58
Ensino Fundamental Completo/Ensino Médio Incompleto	13	13,54

	N	%
Ensino Médio Completo/ Superior Incompleto	20	20,83
Superior Completo	20	20,83
Curso Técnico Incompleto	1	1,04
Curso Técnico Completo	4	4,17
Pós-Graduação	17	17,71

Na avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF) o GCC teve melhores médias na qualidade de vida geral e em todos os domínios em relação ao GCII, já em relação ao GCI as médias se mostraram próximas. Na avaliação da qualidade de vida específica do Idoso (WHOQOL-OLD), o GCC mostrou melhores médias nos domínios Autonomia, Atividades Passadas-Presentes-Futuras e Participação social em relação ao GCII, já em relação ao GCI, o GCC não apresentou melhores médias que este grupo.

Em relação aos anos de estudo o GCI apresentou maior média deste aspecto (M=13,1±4,6), tendo o GCII a menor média (9,3±6,1) e o GCC a média de 12±4,4 anos de estudo, sendo a escolaridade máxima predominante ensino médio completo (20,83%) e superior completo (20,83%). Em relação à classe social, em média, todos os grupos pertencem à classe econômica B. Demais informações encontram-se na tabela 2.

Tabela 2. Análise descritiva da Qualidade de vida e seus domínios dos idosos praticantes e não praticantes de Canto Coral de Curitiba, Paraná- Brasil (n=96).

	Canto Coral		Controle I		Controle II	
	M	Dp	M	Dp	M	Dp
QVG	75,39	2,60	75,78	2,74	71,78	2,31
Físico	75,66	2,14	75,44	2,47	70,20	2,66
Psicológico	73,82	1,43	73,82	1,93	71,09	2,33
Social	70,83	2,36	69,79	3,32	69,79	2,58
Ambiental	71,58	1,85	71,29	1,84	70,60	1,40
QVG-Old	72,16	1,55	76,95	1,80	73,14	1,61
Funcionamento do sensório	75,97	3,15	87,30	2,07	83,20	2,97
Autonomia	68,75	2,83	72,46	2,46	64,84	4,01
PPF	70,50	2,02	74,21	2,39	67,77	2,43
Participação Social	71,67	1,88	74,60	2,26	65,82	2,63
Morte e Morrer	73,24	3,39	78,71	3,74	86,52	2,43
Intimidade	72,85	3,43	74,41	2,88	70,70	3,15

Na análise comparativa foi possível identificar diferenças significativas entre os grupos em relação ao domínio Funcionamento do Sensório ($X_2(2)= 8,85$; p=0,01), domínio Participação Social ($X_2(2)= 6,70$; p=0,03), domínio Morte e Morrer ($X^2(2)= 8,30$; p=0,01), Escolaridade ($X^2(2)= 9,76$; p=0,008) e Classe social ($X^2(2)=6,73$; p=0,03).

Na análise de interação entre os grupos foi possível verificar que houve diferença estatística significante entre os grupos, no domínio Funcionamento do Sensório (p=0,01) para o Grupo Canto Coral e grupo Controle I, e no domínio Morte e Morrer (p=0,01) para o Grupo Canto Coral e grupo Controle II. Outras diferenças ocorreram entre os grupos controle, no

domínio Participação Social, na Escolaridade e Classe social. Demais informações encontram-se na tabela 3.

Tabela 3. Análise comparativa das variáveis qualidade de vida, classe social e escolaridade de idosos praticantes e não praticantes de Canto Coral de Curitiba, Paraná- Brasil (n=96).

	X2(2)	P
QVG	2,28	0,32
Físico	1,96	0,37
Psicológico	0,30	0,86
Social	0,31	0,85
Ambiental	0,05	0,97
QVG-Old	4,24	0,12
Funcionamento do Sensório	8,85	0,01[a]
Autonomia	1,82	0,40
PPF	1,76	0,41
Participação Social	6,70	0,03[b]
Morte e Morrer	8,30	0,01[c]
Intimidade	0,58	0,74
Escolaridade	9,76	0,00[d]
Classe Social	6,73	0,03[e]

Teste de Bonferroni: [a] GCC > GCI; [b] GCII> GCI, [c] GCC> GCII, [d] GCII> GCI, [e] GCI> GCII.

DISCUSSÃO

A proposta deste estudo foi comparar domínios da QV, escolaridade e classe social entre idosos praticantes e não praticantes de canto coral.

Os resultados expuseram que idosos praticantes de canto coral (GCC) apresentaram médias mais altas de QV do que idosos do GCII, e médias próximas aos idosos do GCI, não sendo encontradas diferenças significativas na comparação das médias gerais. Foram encontradas diferenças significativas na comparação de alguns aspectos da QV entre os três grupos. Quanto à escolaridade, as maiores médias encontradas foram do GCI, seguidas do GCC e GCII. Na classe social, as médias entre grupos demonstraram homogeneidade, tendo a classe B como predominante entre os grupos.

Qualidade de vida

Considerando-se nesse estudo todos os aspectos analisados referentes à QV, o grupo de praticantes de canto coral apresentou médias mais altas do que o grupo controle não-praticante (GCII). Assim, poderíamos inferir que a participação ativa em uma atividade poderia impactar na QV geral de idosos. Johnson, Louhivuori e Siljander (2016) observaram que idosos praticantes de canto coral obtiveram médias significativamente mais altas da QV e satisfação com a saúde quando comparados a idosos que não praticavam canto coral, ou ainda, que não tivessem uma prática ativa de algum hobby.

Sobre a prática de atividades de longo prazo por idosos, Coulton et al. (2015) reforçam que além da saúde mental e benefícios na QV de idosos, apresentam-se melhorias em sintomas depressivos, ansiedade e nos aspectos físicos da QV. O estudo sugere que mais benefícios são encontrados no decorrer dos meses, e com isso, a importância da prática regular e contínua (COULTON et al., 2015). Confirmando essa hipótese, Cohen et al. (2006) descobriram que idosos que cantaram em um coro comunitário por um ano tiveram menos quedas do que o grupo controle sem a prática de canto coral.

Sobre os domínios da QV, o Funcionamento do Sensório apresentou diferença significativa na comparação entre praticantes de canto coral e grupo controle I (GCI). Este domínio corresponde aos sentidos (visão, audição, paladar, olfato, tato) que impactam a vida como um todo, tanto na independência quanto nas relações interpessoais. Os praticantes de canto coral apresentaram melhor percepção neste domínio, o que pode indicar que a prática do canto coral impacta os sentidos. Esses resultados corroboram com Yinger (2014), que afirma que a prática do canto coral com idosos exige uma série de adaptações devido às mudanças sensoriais causadas pelo envelhecimento, e estas adequações irão possibilitar um ambiente de aprendizagem e desenvolvimento musical podendo impactar positivamente as percepções visuais, auditivas e táteis.

Na QV, o domínio Morte e Morrer corresponde às percepções quanto à finitude, medo da dor e das perdas, sendo um fator observado da escala WHOQOL-OLD. Neste estudo foram aplicadas na amostra de idosos duas escalas WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, sendo raros os estudos na literatura com as duas escalas aplicadas concomitantemente em praticantes idosos de canto coral. A escala WHOQOL-BREF é mais mencionada em estudos realizados sobre QV e a prática coral (PENTIKÄINEN et al., 2021; JOHNSON; LOUHIVUORI; SILJANDER, 2016; REAGON et al., 2016).

No presente estudo foi encontrado um valor no domínio Morte e Morrer da QV significativamente maior em praticantes do canto coral do que no grupo controle dos não praticantes (GCII). A maior pontuação no domínio 'morte e morrer' indica muitas preocupações e medos no grupo de cantores. Em estudo realizado com idosos portugueses e brasileiros, os autores concluíram que os idosos brasileiros não estão preocupados com a morte ou com medo de morrer, mas são mais acometidos pelo medo de sofrer antes de morrer, o que se reflete na sua percepção sobre a sua qualidade de vida (ERMEL et al., 2017). Não sendo encontrados outros estudos sobre esse domínio de QV em praticantes idosos de canto coral, seriam necessários outros estudos futuros com amostra de cantores para serem identificadas as causas dessa pontuação mais elevada no domínio Morte e Morrer.

Sobre o Domínio Físico na QV esse estudo não encontrou diferenças significativas entre os praticantes de coral e o GCI e GCII. Segundo Johnson, Louhivuori e Siljander (2016) as

pesquisas sobre canto coral e bem-estar vem se concentrando principalmente no bem-estar psicológico e social e menos nos aspectos físicos da QV, observaram que grupos de coralistas relataram maior QV física, mas não psicológica, quando comparados com controles pareados. Esse benefício nas atividades físicas da prática coral poderia ser explicado pelo acúmulo de estímulos motores na prática coral: controle de postura, aquecimento vocal, exercícios respiratórios.

A atividade do canto coral, realizada de forma regular, poderia ter um grande potencial de influência sobre o bem-estar físico dos idosos (JOHNSON; LOUHIVUORI; SILJANDER, 2016) atuando positivamente sobre a QV. Nesse sentido, o presente estudo não encontrou diferença significativa da QV geral e no domínio físico entre o grupo de prática de canto coral e os demais grupos, sendo recomendados novos estudos de investigação dos impactos da prática do canto coral no bem-estar físico e na saúde física.

Para Johnson, Louhivuori e Siljander (2016), as variáveis sociodemográficas estão fortemente associadas à melhor QV e saúde, destacando a idade e escolaridade que impactam aspectos físicos e psicológicos. Após controlar estas variáveis, os idosos praticantes de canto coral participantes do estudo conduzido por Johnson, Louhivuori e Siljander (2016) relataram melhores médias de QV do que a população em geral.

Escolaridade

A escolaridade é uma variável que entende o percurso de formação do participante, em anos de frequência em instituições de ensino. No Brasil, em média, a escolaridade dos idosos é prevalente no ensino fundamental incompleto, especialmente as mulheres idosas e moradores das zonas rurais (VAGETTI et al., 2013; GARBACCIO et al., 2018).

Um dado significante sobre a escolaridade é o achado deste estudo, que apresentou médias maiores de escolarização do que a realidade brasileira. A maior parte dos participantes (57,30%) apresentaram escolaridade superior a 12 anos de estudo, sendo que 20,83% da amostra tinha 11 anos de escolaridade e possuíam ensino médio completo, que somados ao que possuíam ensino superior totalizou 41,66% do total dos participantes. O GCII possuía médias menores de escolarização (9,3±6,1) do que GCC (12±4,4) e do que o GCI (13,1±4,6), fator que pode exercer impacto direto na QV destes participantes.

Para Oliveira et al. (2019), o nível de escolaridade impacta em diversos aspectos da vida da pessoa idosa como a renda e o acesso a serviços. Maior escolaridade pode estar associada a maiores rendas e com isso, melhores condições de vida durante o envelhecimento, oportunizando um envelhecimento mais saudável, com menor incidência de doenças e com mais qualidade de vida. O que é indicado no estudo de Sousa et al. (2020) que observaram com um estudo transversal baseado nos dados coletados na Pesquisa Nacional

de Saúde (PNS) de 2013, com uma amostra de 59.758 adultos participantes e descobriram que quanto maior o nível de escolaridade, classe social e renda, maior também é a autoavaliação de saúde.

A escolaridade pode ser significativa inclusive quando esta é representada indiretamente no núcleo familiar. O estudo de Brandt, Tejedo-Romero e Araújo (2020) experimentou 3.263 alunos matriculados em IES públicas e privadas, em todas as regiões do país e teve como objetivo analisar os fatores que influenciam o desempenho acadêmico dos alunos dos cursos de graduação em administração pública no Brasil. Testou a correlação de 11 variáveis sociodemográficas e encontrou significância na correlação positiva entre as variáveis classe social (renda), gênero e horas de estudo no desempenho acadêmico e negativamente com etnia, idade e região do país. Indiretamente, a escolaridade dos pais também foi significativa no desempenho acadêmico dos filhos. Neste caso, a escolaridade agiu de forma indireta na qualidade de vida dos próprios idosos, filhos e netos.

Vagetti et al. (2013) analisaram quais domínios da QV estavam associados à percepção de saúde de idosas em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, e encontraram uma relação positiva entre a variável Escolaridade e Escore Geral do WHOQOL-OLD, Funcionamento do Sensório, Autonomia e Intimidade e, também, que a percepção de saúde negativa deste grupo estava relacionada com a baixa escolaridade e a condição socioeconômica precária da população idosa.

Classe social

Pode ser possível encontrar um viés nos estudos que comparam a escolaridade com a classe social, tendo em vista que o instrumento de categorização da classe social normalmente utilizado é o da ABEP (PILLI et al., 2019) que considera entre seus indicadores para o constructo, o nível de escolaridade do responsável financeiro do domicílio.

No presente estudo, diferentemente da média brasileira avaliada pela ABEP (classe C), a classe social predominante na média dos grupos foi a classe social B, com 36 participantes nas classes B e B1 (37,50% do total) e de aposentados, 73 participantes neste tipo de ocupação ou 76,04% do total, tendo como principal remuneração a própria aposentadoria (73,96%), sendo 67,71% dos participantes sem remuneração extra (ARRUDA, 2019; VAGETTI, et al., 2013). Também foi possível perceber que o GCI, o mesmo grupo que possuía maiores médias de escolaridade, apresentou uma classificação econômica melhor do que o GCC e GCII.

O estudo de Arrospide et al. (2019) testou 18.450 participantes na Espanha, com o objetivo de identificar desigualdades na saúde analisando os efeitos interativos de gênero, idade, nível educacional, classe social, índice de massa corporal e doenças crônicas

na QV relacionada à saúde, e encontrou que 46,7% dos participantes possuíam classe social baixa e 23,3% baixa escolaridade. O baixo autoconceito sobre a obesidade destes participantes, condição que está diretamente relacionada à baixa classe social e à baixa escolaridade, reduziu os indicadores da QV percebida.

Considerando que a renda influencia no acesso a serviços e atividades, e que para a promoção da QV de idosos são necessárias ações acessíveis para este público, Coulton et al. (2015) destacam a importância de verificar o custo-benefício das atividades destinadas aos idosos. Observaram, em estudo conduzido na Inglaterra, que a atividade de canto coral tem um custo econômico acessível aos participantes, e ainda, que atividades oferecidas sem custo aos participantes tendem a ter maior adesão pelos idosos.

O presente estudo apresentou limitações, como a dificuldade de encontrar dados sobre o número de participantes de grupos de canto coral na cidade de Curitiba. Em países como a Finlândia, com uma forte tradição de canto coral, em que esta é uma atividade curricular e há o mapeamento dos grupos nas cidades, como em Jyväskylä, há seis corais amadores destinados a adultos mais velhos (JOHNSON et al., 2013), tornando viável a observação dos efeitos desta prática. Apesar dos instrumentos utilizados terem sido adequados aos participantes, a investigação sobre a participação ativa em atividades de lazer ou culturais precisam ser investigadas em estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta deste estudo foi comparar domínios da QV, escolaridade e classe social entre idosos praticantes e não praticantes de canto coral, tendo a participação de 96 idosos divididos em três grupos, sendo um grupo de canto coral e dois grupos controle. A opção por dois grupos controles se deu ao fato da escassez de estudos comparativos, ou mesmo intervenções com as variáveis estudadas: qualidade de vida, canto coral, idosos, escolaridade, classe social, sendo assim, com dois grupos controles buscou-se maior fidedignidade aos resultados.

Devido a qualidade de vida ser um conceito amplo e abrangente, faz-se necessário investigar a sua percepção nos mais diversos grupos, a fim de compreender quais as necessidades, anseios e sentimentos em relação aos aspectos gerais de sua vida. Destaca-se que neste estudo foram utilizados dois questionários do grupo WHOQOL: o BREF e o OLD, buscando melhor compreensão das percepções das pessoas idosos.

Os participantes apresentaram uma realidade econômica e estudantil que favorece o acesso à informação e aos serviços que proporcionam uma boa percepção da QV. Os resultados obtidos sugerem que a participação em um grupo de canto coral, pode ser uma ferramenta para contribuir com a melhor percepção de alguns aspectos da QV de idosos,

como no Funcionamento Sensório, aspecto este defendido por pesquisas anteriores como beneficiado pela prática de canto coral.

Acredita-se que os resultados obtidos estão de acordo com a literatura apresentada. Não como há extrapolar estes dados para a população geral devido ao número da amostra e limitações apresentadas, porém, com dois grupos controles, pode-se observar resultados significativos. Ressalta-se a importância e necessidade de mais estudos investigativos, sejam eles comparativos, intervenções e revisões da literatura sobre a temática.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os idosos e idosas que aceitaram participar voluntariamente deste estudo, bem como às instituições e professores que permitiram a condução da pesquisa em seu espaço profissional.

REFERÊNCIAS

1. ARROSPIDE, A. *et al.* Inequalities in health-related quality of life according to age, gender, educational level, social class, body mass index and chronic diseases using the Spanish value set for Euroquol 5D-5L questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 17, n. 69, p. 1-10, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12955-019-1134-9.

2. ARRUDA, M. L. **A influência da Musicoterapia na percepção da qualidade de vida de pessoas idosas**. 121f. Dissertação (Mestrado). Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, 2018.

3. AQUINO, F. S. *et al.* Características da voz falada de idosas com prática de canto coral. **CoDAS**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 446-453, Aug. 2016. Disponível em: . http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20162015109

4. BORNHOLDT, J. H. **Canto coral com idosos: o que falam os regentes e as rotinas de ensaio.** 149 f. Dissertação (Mestrado em Música). Setor de Artes, Comunicação e Design, Universidade Federal do Paraná, 2019.

5. BRANDT, J. Z.; TEJEDO-ROMERO, F; ARAUJO, J. F. F. E. Fatores influenciadores do desempenho acadêmico na graduação em administração. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 46, n. e202500, 2020. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/s1678-4634202046202500

6. COHEN, G. D. *et al.* The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. **Gerontologist,** v. 46, n. 6, p. 726–734. 2006. Disponível em https://doi.org/10.1093/geront/46.6.726

7. COULTON, S. *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental helath-related quality of life of older people: randomised controlled trial. **The British Journal of Psychiatry,** v. 207, n. 3, p. 250-255, 2015. Disponível em https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.129908

8. ERMEL, R. C. *et al.* Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. **REAS - Revista Eletrônica Acervo Saúde,** v. 9, n. 2, p. 1315-1320, 2017. Disponível em https://doi.org/10.25248/reas98_2017

9. GARBACCIO, J. L. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 724-732, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0149

10. JOHNSON, J. K. *et al.* Quality of life (QOL) of older adult community choral singers in Finland. **International Psychogeriatrics**, v. 25, n. 7, p. 1055-1064, Jul. 2013. Disponível em:https://doi.org/10.1017/S1041610213000422 .

11. JOHNSON, J. K., LOUHIVUORI, J., SILJANDER, E. Comparison of well-being of older adult choir singers and the general population in Finland: a case-control study. **Musicae Scientiae,** v. 21, n. 2, p. 1-17, 2016. Disponível em https://doi.org/10.1177/1029864916644486

12. KRAWUTSCHKE, A. **Percepção de qualidade de vida em idosas que exercem e não exercem a prática corporal.** 2017. 89 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

13. LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? - Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 14, n. 4, p. 201-208, 2004. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v13n4/v13n4a02.pdf

14. OLIVEIRA, J. S. *et al.* Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **Journal of Health and Biological Sciences,** v. 7, n. 9, p. 395-398, 2019. Disponível em http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2343.p395-398.2019

15. OMS - Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

16. PILLI, L. et al. **Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2019**. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. [eletrônico]. 2019.

17. PENTIKÄINEN, E. *et al.* Beneficial effects of choir singing on congnition and well-being of older adults. Evidence from a cross-sectional study. **PLoS ONE,** v. 16, n. 2, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245666

18. PRAZERES, M.M. *et al.* O Canto como Sopro da Vida: um estudo dos efeitos do Canto Coral em um grupo de coralistas idosas. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 4, p.175-193, 2013. Online ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP. Disponível em: https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i4p175-193

19. REAGON, C. *et al.* A mixed-method systematic review to investigate the effect of group singing on health related quality of life. **Complementary Therapies in Medicine,** v. 27, p. 1-11, 2016. Disponível em https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.03.017

20. SOUSA, J. L. D. *et al.* Marcadores de desigualdade na autoavaliação da saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 36, n. 5, 2020. ISSN 1678-4464. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00230318.

21. VAGETTI, G. C. **Qualidade de vida em uma amostra de idosas de Curitiba-PR: associação com variáveis sociodemográficas e a prática habitual de atividade física**. Tese de doutorado, UFPR, 2012. Disponível em: http://www.pgedf.ufpr.br/downloads/TESES/2012/R%20-%20T%20-%20GISLAINE%20CRISTINA%20VAGETTI.pdf

22. VAGETTI, G. C. *et al.* Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, [online], v. 18, n. 12, p. 3483-3493, 2013. ISSN 1413-8123. DOI: 10.1590/S1413-81232013001200005.

23. VERAS, R.; DUTRA, S. **Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS.** Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2008.

24. VERAS, R. P., OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, pp. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018.

25. YINGER, O. S. Adapting choral singing experiences for older adults: the implications of sensory, perceptual, and cognitive changes. **International Journal of Music Education.** v. 32, n. 2, p. 203-212, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1177/0255761413508064

19

Relação entre velocidade da marcha e equilíbrio dinâmico e sua interferência no risco de queda em idosos sedentários

Davi Santana Sousa
UNIT/LBMAT/ITP

Hanna Beatriz de Melo Moraes e Silva
UNIT

Italo Tavares Felix
UNIT

Aida Carla Santana de Melo Costa
UNIT

10.37885/210203213

RESUMO

O aumento significativo de idosos na população atribui ao século XXI uma demanda maior de atenção e cuidados específicos para essa faixa etária. Diante do processo de envelhecimento, o indivíduo apresenta o comprometimento de algumas estruturas fisiológicas importantes para o desempenho da marcha, especialmente a habilidade do sistema nervoso central de processar sinais vestibulares, visuais e proprioceptivos responsáveis pela manutenção do equilíbrio corporal, gerando, ocasionalmente, a instabilidade postural na posição de pé e quando há alterações bruscas de posição, o que altera a percepção do corpo em relação ao espaço. Vale ressaltar que as modificações da marcha no idoso se processam em relação a fatores tanto fisiológicos quanto emocionais. As alterações na marcha podem ser percebidas ou constatadas pelas modificações motoras que incidem diretamente nas condições emocionais que o idoso elabora em relação às suas possibilidades psicomotoras, o que interfere na realização de algumas tarefas específicas. Este trabalho objetivou investigar a influência da velocidade da marcha e do equilíbrio postural dinâmico no risco de acidentes por queda em idosos. Este é um estudo do tipo transversal, observacional e de campo, com abordagem quantitativa e amostra recrutada por conveniência, realizado no período de seis meses a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), composta por idosos, com idade compreendida entre 60 e 80 anos, que estejam de acordo com a realização da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para avaliação, foram submetidos ao teste de velocidade da marcha de 6 Versão 07jul15. 3 metros, à escala de equilíbrio de Berg e ao teste Timed Up and Go (TUG). Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel® Office 2016 e, posteriormente, analisados através de frequência absoluta e relativa e apresentados sob a forma de tabelas e figuras, sendo considerados como significância estatística aqueles que apresentarem $p < 0,05$. Por fim, concluiu-se que independente do sexo, as correlações entre os testes se fazem coerentes, mostrando que quanto maior o déficit de equilíbrio, menor será a velocidade da marcha manifestada no grupo feminino e, consequentemente maior o risco de queda, corroborando com a hipótese inicial da pesquisa.

Palavras-chave: Avaliação, Fisioterapia, Idoso, Marcha.

INTRODUÇÃO

A sucessão de variações demográficas no mundo atual está pondo em prova a capacidade em que a sociedade terá que possuir para enfrentar algumas disfunções em prol de uma melhor qualidade de vida. A principal transformação demográfica da atualidade à qual o planeta está exposto é o envelhecimento da população. Visto por muitos como uma espécie de senilidade demográfica e por outros como uma consequência do século passado, o fato é que o processo de envelhecimento populacional anuncia muitos desafios a superar (CAMARANO, 2002).

O envelhecimento pode ser definido como um processo sócio vital multifacetado ao longo de todo o curso da vida. A velhice denota o estado de "ser velha", condição que resulta do processo de envelhecimento que gerações vivenciaram e vivenciam dentro de contextos sociais, políticos e individuais diversos (LIMA et al., 2008; NERI, 2006). Os idosos podem apresentar doenças crônicas que perpetuam por toda a vida, exigindo acompanhamento e cuidados constantes, medicação contínua e exames de rotina. Atualmente, já se sabe que a senilidade não constitui uma doença, mas uma etapa da vida com características e valores específicos em que ocorrem alterações em diversos âmbitos, como na estrutura orgânica, metabólica, osteomuscular e neuromuscular, acometendo mecanismos funcionais que podem gerar dificuldade na marcha e no equilíbrio e, posteriormente, afetar características emocionais do indivíduo (FREITAS, 2002).

A diminuição do desempenho da marcha é um processo comum no envelhecimento, sendo frequentemente associada a vários efeitos adversos à saúde, como fragilidade, quedas, hospitalizações e qualidade de vida insatisfatória. Reconhecida como medida de desempenho da mobilidade, a velocidade da marcha tem sido diretamente relacionada às habilidades cognitivas de um indivíduo (BRAMELL-RISBERG, 2012).

O equilíbrio é um processo complexo que depende da integração da visão, da sensação vestibular e periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares e, particularmente, da força muscular e do tempo de reação. Um declínio da função relacionado à idade pode ser demonstrado em todas as partes desses sistemas tendo como resultado o fato de que um terço da população acima de 65 anos sofre quedas a cada ano

Segundo um levantamento de 2009, realizado pelo Ministério da Saúde, cerca de um terço das pessoas com mais de 65 anos sofre, pelo menos, uma queda em um período de um ano. Em Minas Gerais, 8.677 idosos já foram internados por queda nesse ano, segundo a Secretaria de Estado de Saúde (SES). Em 2015, foram 14.307 internações. O problema

disso é que as quedas nos idosos quase sempre são acidentes muito graves, gerando repercussões importantes e, com o crescente envelhecimento da população, a preocupação aumenta (SODRÉ, 2016).

Diante do exposto, considera-se que a queda é um fator relevante a ser averiguado visto que acomete desde o princípio a senilidade, podendo acarretar comorbidades substanciais e até mesmo em casos mais graves a mortalidade, sendo assim a análise da velocidade da marcha, do equilíbrio e sua influência ao risco de quedas é de essencial importância, uma vez que isso trará oportunidades para uma proficiência quando o assunto for se tratar de prevenir esse tipo de acontecimento consternador.

A pesquisa consiste de 6 etapas que foram planejadas para ocorrer ao longo dos 12 meses, seguindo com a pesquisa bibliográfica em todo o período, porém o treinamento dos procedimentos e recrutamento dos voluntários foram concluídos com excelência; mantemos agora a coleta de dados até o 9º mês. Em seguida, foram analisados os dados coletados, bem como redigidos os resultados, finalizando o artigo.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caráter transversal, observacional e de campo, com abordagem quantitativa, com 40 indivíduos, de ambos os sexos com idade entre 60 e 80 anos. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Grupo I, composto por idosos do sexo masculino; e Grupo II, constituído por indivíduos na terceira idade do sexo feminino.

LOCAL DA PESQUISA E CARACTERIZAÇÃO

A pesquisa foi realizada na Universidade Tiradentes (UNIT), campus Farolândia, Aracaju, Sergipe, Brasil. A escolha deste local se deu pelo fato de que a mesma dispôs do espaço físico apropriado para a execução dos testes selecionados para o estudo. Toda a parte de busca bibliográfica foi realizada na mesma, visto que possui um acervo satisfatório e de fácil acesso aos pesquisadores.

CASUÍSTICA

A amostra foi por conveniência, composta por idosos, com idade compreendida entre 60 e 80 anos, que estevam de acordo com a realização da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos do estudo idosos que apresentavam limitações osteomusculares para desempenharem a marcha, com presença de

déficit cognitivo ou visual, submetidos a cirurgias ortopédicas recentes, história de labirintite ou utilização de órteses em membros inferiores.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para avaliação e, em seguida, foi obtido o parecer favorável de número 3.119.741. O estudo seguiu os termos da Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde. Os idosos foram inseridos no estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os indivíduos inseridos no estudo foram submetidos à avaliação de equilíbrio através da escala de Berg, bem como de velocidade da marcha, através do teste de velocidade de 6 metros, e do risco de quedas e fragilidade, através do teste Timed Up and Go.

Sabe-se que todos os instrumentos de avaliação supracitados são validados no Brasil. A Escala de Equilíbrio de Berg (EEB), criada em 1992 por Katherine Berg, tem tido ampla utilização para avaliar o equilíbrio de indivíduos da terceira idade acima dos 60 anos. Esta escala foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Miyamoto et al.2004, em sua dissertação de mestrado, sendo, portanto, a versão brasileira um instrumento confiável para ser utilizado na avaliação do equilíbrio de pacientes idosos.

Para a realização do Teste de Velocidade da Marcha de 6 metros (TVM6), foi solicitado que o paciente deambulasse dez metros, o mais rápido possível, porém sem correr. Procedeu-se à medição do tempo, em segundos, entre o segundo metro e o oitavo metro, já que os dois primeiros metros (período de aceleração) e os dois últimos (período de desaceleração) não foram incluídos no cálculo. O valor da velocidade obtida pela divisão da distância de seis metros pelo tempo em segundos, sendo que um valor menor ou igual a 0,8 m/s corresponderia a um fraco desempenho físico. Para a quantificação do tempo referente à distância percorrida, utilizou-se um cronômetro digital (CASIO HS-3V-1; CASIO, São Paulo, Brasil).

O Timed Up and Go (TUG) é um teste de avaliação da mobilidade e capacidade funcional do idoso, podendo indicar seu grau de fragilidade, com objetivo principal de avaliar o risco de quedas em idosos. Para sua realização, foi solicitado ao idoso que se levantasse sem apoio, caminhasse e retornasse ao local de origem, sentando-se novamente. Foram avaliados o tempo de percurso e as condições em que o idoso realiza o trajeto de 3 metros de distância.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente, os dados coletados foram transportados para uma planilha de dados no programa Excel for Windows 10, onde foi realizada a estatística descritiva, com a média e o desvio padrão. Posteriormente, foram feitas análises no programa GraphPad Prisma 6. Todas as variáveis foram testadas quanto à normalidade através do teste de D'Agostino & Pearson. Para comparação entre os grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney (variáveis não-paramétricas). Foi utilizado o teste de correlação de Pearson. O nível de significância foi fixado em $p<0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a coleta de dados, procedeu-se à análise dos mesmos. Na Tabela 1, foi realizada a análise de frequência absoluta e relativa dos pacientes de acordo com os escores do teste *Time Up and Go* (TUG) nos grupos masculino e feminino, sendo observado um percentual mais representativo no que diz respeito ao risco moderado de queda em ambos os grupos analisados, sendo predominante no grupo feminino (70%).

Tabela 1. Frequência absoluta e relativa dos pacientes de acordo com os escores do Time Up and Go (TUG) teste.

TUG teste	Masculino – n (%)	Feminino – n (%)
Baixo Risco de Queda	3 (15%)	3 (15%)
Moderado Risco de Queda	11 (55%)	14 (70%)
Alto Risco de Queda	6 (30%)	3 (15%)

Na Tabela 2, foi analisado o equilíbrio dos pacientes através da escala de equilíbrio de BERG, evidenciando-se similaridade de resultados no que se refere à ausência de déficit de equilíbrio (45%) e deficiência grave de equilíbrio (45%) em indivíduos do sexo masculino. Entre os indivíduos do sexo feminino, a maioria (75%) apresentou equilíbrio preservado.

Tabela 2. Frequência absoluta e relativa dos pacientes de acordo com os escores da Escala de Equilíbrio de BERG.

Escala de Equilíbrio de BERG	Masculino – n (%)	Feminino – n (%)
Déficit de Equilíbrio Grave	9 (45%)	1 (5%)
Déficit de Equilíbrio Leve	2 (10%)	4 (20%)
Indivíduos Independentes	9 (45%)	15 (75%)

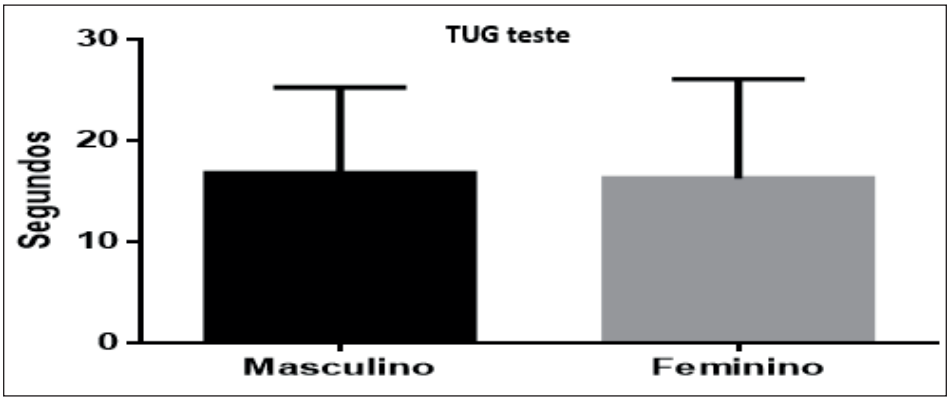
Na Tabela 3, são apresentadas as médias e desvio padrão dos valores correspondentes à avaliação de risco de queda, equilíbrio e velocidade da marcha, respectivamente, nos grupos masculino e feminino.

Tabela 3. Valores dos grupos de acordo com as variáveis estudadas. Dados apresentados em média ± desvio padrão. TUG = Time Up and Go teste. BERG = Escala de Equilíbrio de Berg. TVM = Teste de Velocidade de Marcha. S = segundos. M/S = metros/segundos.

Variáveis	Masculino	Feminino
TUG (s)	16,87 ± 8,44	16,33 ± 9,80
BERG	43,2 ± 6,90	49 ± 5,58
TVM (m/s)	7,9 ± 3,49	8,76 ± 4,95

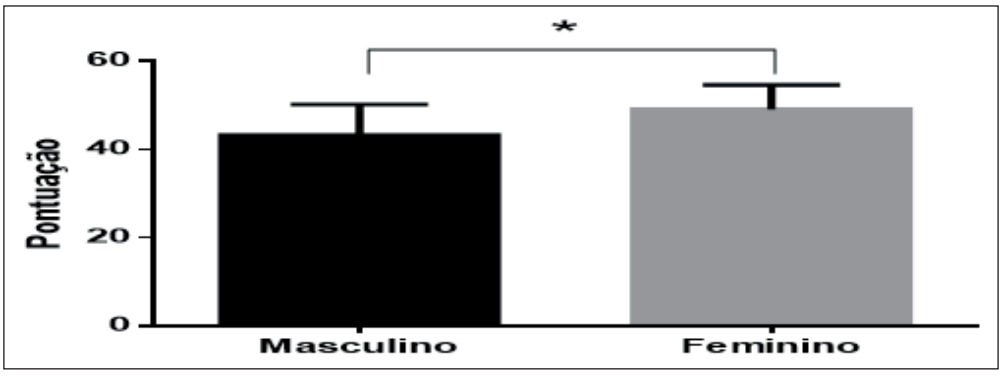
A partir da Figura 1, com base no Time Up and Go (TUG) teste, observou-se uma similaridade nos resultados apresentados em relação ao risco de queda entre homens e mulheres que participaram do estudo.

Figura 1. Resultado do TUG teste por gênero. Dados apresentados em média ± desvio padrão. TUG = Time Up and Go teste.



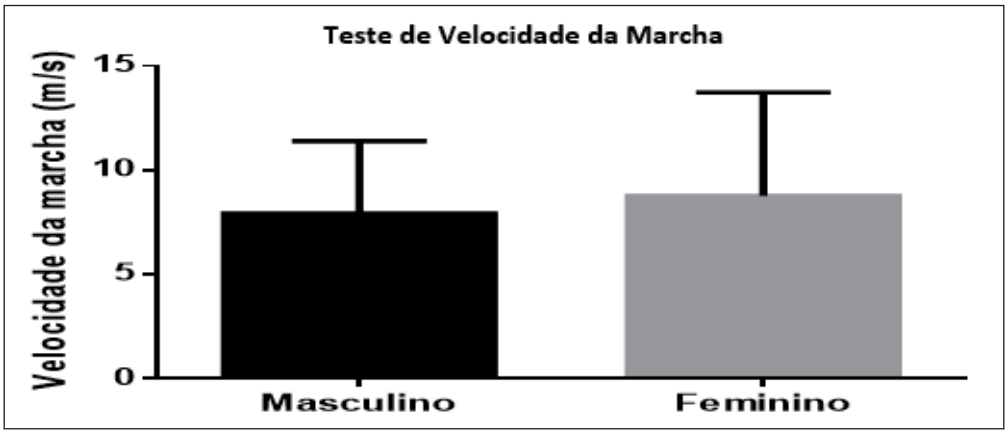
Analisando a Figura 2, de acordo com a Escala de Equilíbrio de BERG, pode-se observar uma superioridade no escore para o sexo feminino, apontando maior déficit de equilíbrio para este grupo, com significância estatística (p=0,005).

Figura 2. Resultado da Escala de Equilíbrio de Berg por gênero. Dados apresentados em média ± desvio padrão. * p= 0,005.



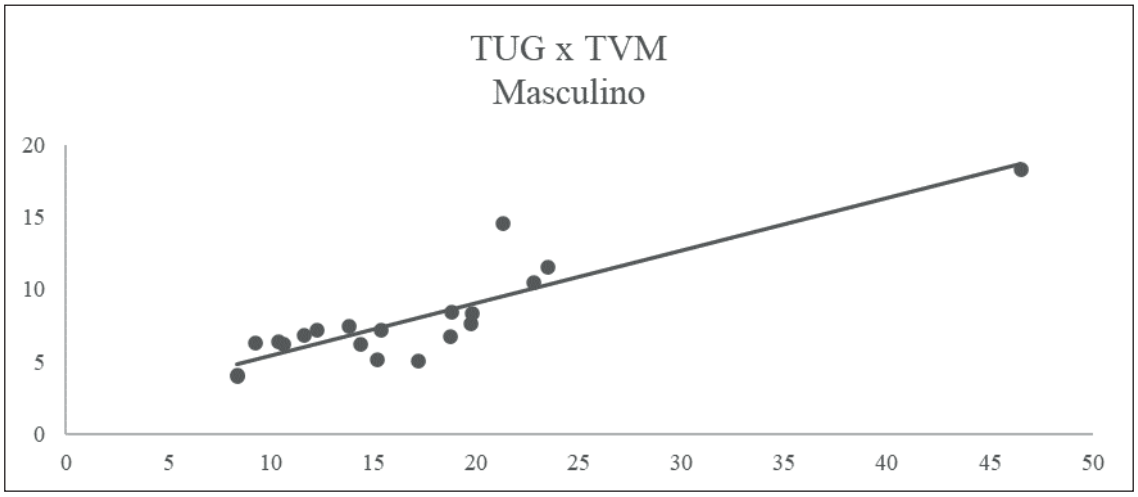
A partir da análise realizada através do Teste de Velocidade da Marcha (TVM), constatou-se melhor resposta para o grupo feminino em relação ao masculino, indicando maior funcionalidade em mulheres idosas neste aspecto avaliado.

Figura 3. Resultado do teste de velocidade da marcha por gênero. Dados apresentados em média ± desvio padrão.



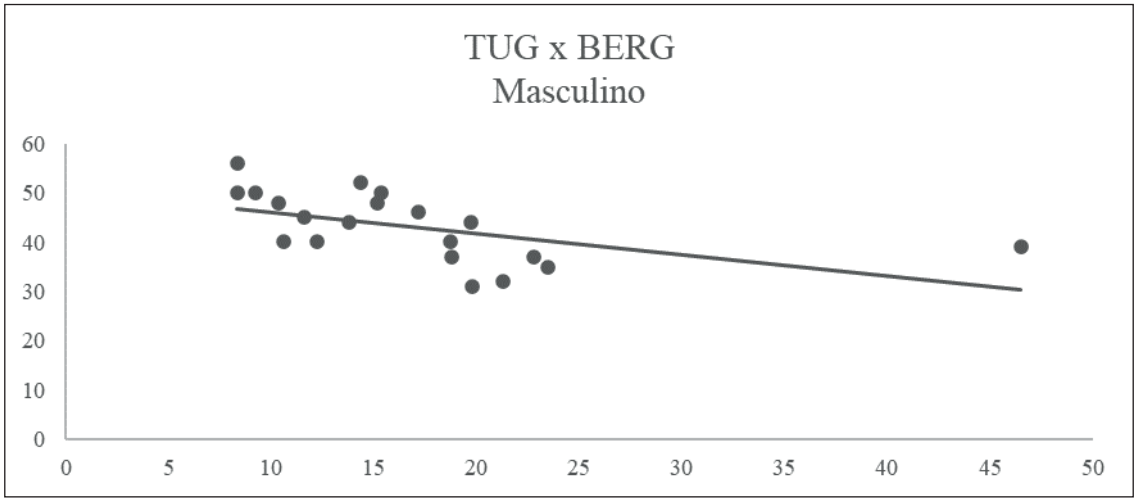
A Figura 4 ilustra a associação entre duas variáveis do estudo (TUG e TVM), constatando uma correlação forte e positiva (R=0,879) e significância estatística (p<0,0001) no grupo masculino, mostrando que quanto maior o risco de queda, mais lenta é marcha apresentada pelo paciente.

Figura 4. Associação entre o TUG teste e o TVM para o gênero masculino. R = 0,879. p < 0,0001. TUG = Time Up and Go teste. TVM = Teste de Velocidade da Marcha.



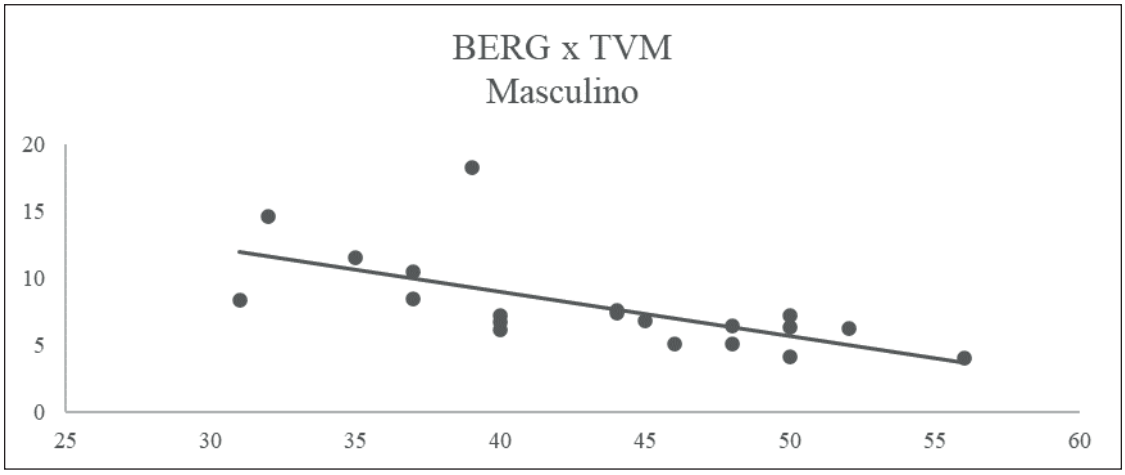
Na Figura 5, foi feita associação entre duas variáveis do estudo (TUG e BERG) no sexo masculino, observando-se correlação baixa e negativa (R=-0,526). Logo, quanto menor a pontuação na escala de BERG, maior o escore apresentado pelo TUG, ou seja, quanto maior o déficit de equilíbrio, maior o risco de queda apresentado por este grupo.

Figura 5. Associação entre TUG teste e BERG para o gênero masculino. R = - 0,526. p < 0,0001. TUG = Time Up and Go teste. BERG = Escala de Equilíbrio de Berg.



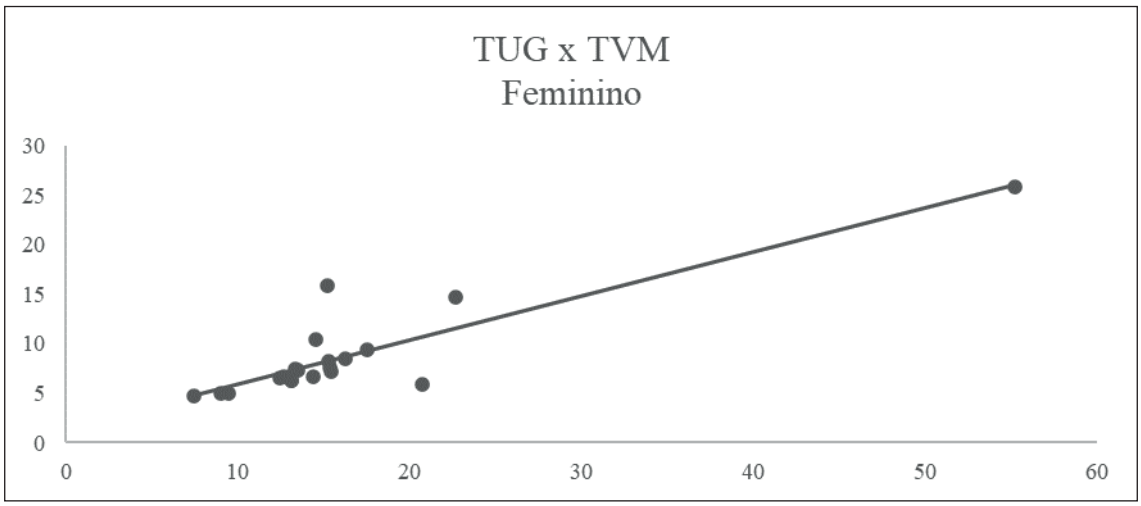
Na Figura 6, a partir da associação entre BERG e TVM, torna-se evidente uma correlação baixa e negativa (R=-0,649) entre essas variáveis, visto que quanto menor a pontuação na escala de BERG, maior a velocidade da marcha, ou seja, quanto maior o déficit de equilíbrio, menor será a velocidade da marcha manifestada pelo paciente.

Figura 6. Associação entre BERG e TVM para o gênero masculino. R = - 0,649. p < 0,0001. BERG = Escala de Equilíbrio de Berg. TVM = Teste de Velocidade da Marcha.



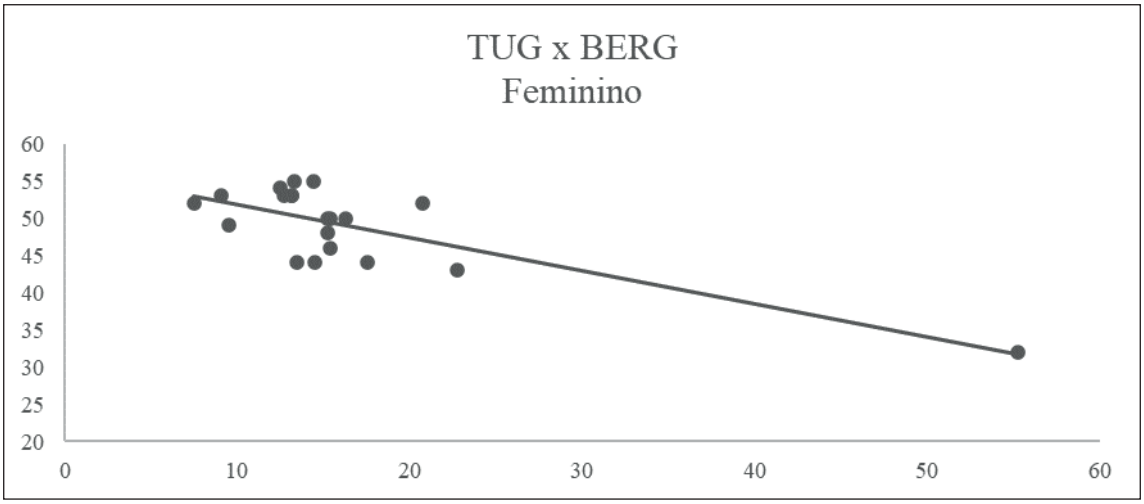
A Figura 7 elucida a associação entre duas variáveis do estudo (TUG e TVM), constatando uma correlação forte e positiva (R = 0,882) e significância estatística (p<0,0001) no grupo feminino, revelando que quanto maior o risco de queda, mais lenta a velocidade de marcha apresentada pela paciente.

Figura 7. Associação entre TUG teste e TVM para o gênero feminino. R = 0,882. p < 0,0001. TUG = Time Up and Go teste. TVM = Teste de Velocidade da Marcha.



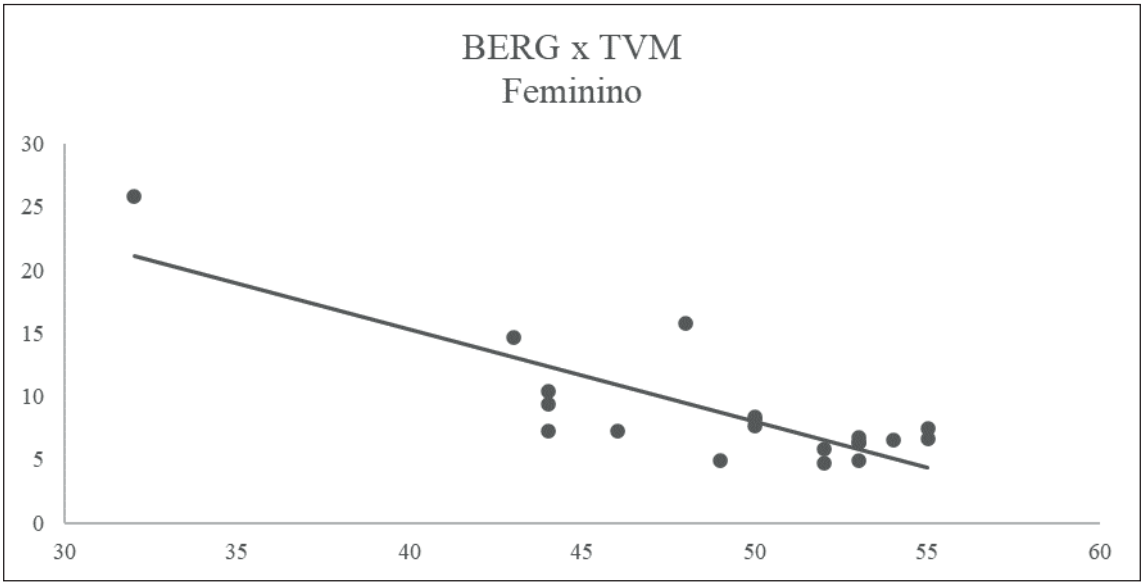
Na Figura 8, foi feita associação entre duas variáveis do estudo (TUG e BERG) no sexo feminino, observando-se correlação forte e negativa (R = -0,780). Logo, quanto menor a pontuação na escala de BERG, maior o escore apresentado pelo TUG, ou seja, quanto maior o déficit de equilíbrio, maior o risco de queda apresentado por este grupo.

Figura 8. Associação entre TUG teste e BERG para o gênero feminino. R = - 0,780. p < 0,0001. TUG = Time Up and Go teste. BERG = Escala de Equilíbrio de Berg.



Na Figura 9, através da associação entre BERG e TVM, é notória uma correlação forte e negativa (R =-0,818) entre essas variáveis, posto que quanto menor a pontuação na escala de BERG, maior ao tempo na velocidade da marcha, ou seja, quanto maior o déficit de equilíbrio, menor será a velocidade da marcha manifestada no grupo feminino.

Figura 9. Associação entre o BERG e o TVM para o gênero feminino. R = - 0,818. p < 0,0001. BERG = Escala de Equilíbrio de Berg. TVM = Teste de Velocidade da Marcha.



CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no presente estudo, foi possível concluir que, independente do sexo, as correlações entre os testes se fazem coerentes, mostrando que quanto maior o déficit de equilíbrio, menor será a velocidade da marcha manifestada no grupo feminino e, consequentemente maior o risco de queda, corroborando com a hipótese inicial da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, L.V. et al. Avaliação da tendência a quedas em idosos de Sergipe. Rev. CEFAC. 2014 Set-Out; v.16, n.5, p.1389-1396.

2. BRAMELL-RISBERG, E.; JARNLO, G.; ELMSTÅHL, S. Separate physical tests of lower extremities and postural control are associated with cognitive impairment. Results from the general population study Good Aging in Skåne Clin Interv Aging [internet]. 2012 [cited 2015 Apr 10]; n.7, p.195–205. Available from: **https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=13148.**

3. BRIDENBAUGH, S.A.; KRESSIG, R.W. Motor cognitive dual tasking: early detection of gait impairment, fall risk and cognitive decline. Z Gerontol Geriatr [internet]. 2015 Jan [cited 2015 Apr 10]; v.48, n.1, p.15-21. Available from: http://link.springer. com/content/pdf/10.1007%-2Fs00391-014-0845-0.pdf.

4. CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. IPEA, textos para Discussão, n. 858, Rio de Janeiro, 2002.

5. FREITAS, E.V. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 624-34.

6. HAYES, K.W.; JOHNSON, M.E. Berg balance scale. American College of Rheumatology 2003; v.4, p.28-30.

7. LENARDT, M.H. et al. Gait speed and cognitive score in elderly users of the primary care service. Rev Bras Enferm. 2015; v.68, n.6, p.851-6. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680623i.

8. MENESES, N. S. Envelhecimento Populacional em Aracaju. Disponível em: **http://observatoriodapopulacaosergipana.blogspot.com.br/2011/11/envelhecimento-populacional-em-aracaju.html.** Acessado em 04/04/2018 as 20:59.

9. MIYAMOTO, S.T. et al. Brazilian version of the Berg balance scale Braz J Med Biol Res, 2004, v.37, p.1411-21.

10. OSTIR, G.V. et al. Women's Health and Aging Study. Reliability and sensitivity to change assessed for a summary measure of lower body function: results from the Women's Health and Aging Study. J Clin Epidemiol. 2002; v.55, n.9, p.916-21. http://dx.doi.org/10.1016/S0895-4356(02)00436-5

11. OVERSTALL PW. The use of balance training in elderly people with falls, Reviews in Clinical Gerontology 2003; 13: 153-61.

12. SANTOS SL, et al. Desempenho da marcha de idosos praticantes de psicomotricidade. Rev Bras Enferm. 2014 jul-ago;67(4):617-22.http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670418

13. SODRÉ, R. Tombos podem levar a sérias complicações para a terceira idade. Disponível em: **http://www.otempo.com.br/interessa/tombos-podem-levar-a-s%C3%A9rias-complica%-C3%A7%C3%B5es-para-a-terceira-idade-1.1376675.** Acessado em 04/04/2018 às 22:38.

14. WITTER, C. et al. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. Estudos de Psicologia I Campinas I, v.30, n.3, p.393-403, julho-setembro 2013.

20

Sarcopenia e polifarmácia em idosos de uma Comunidade Rural

Midiã Vanessa dos Santos Spekalski
UEPG

Clóris Regina Blanski Grden
UEPG

Danielle Bordin
UEPG

Geiza Rafaela Bobato
UNICAMP

Carla Luiza da Silva
UEPG

Rodrigo Bordin
UTFPR

Maria de Lourdes Bernartt
UTFPR

Luciane Patrícia Andreani Cabral
UEPG

10.37885/210404365

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de sarcopenia e polifarmácia, bem como sua relação em idosos de uma área rural. **Método:** Estudo transversal descritivo desenvolvido com 80 idosos, residentes em uma zona rural do município de Ponta Grossa, Paraná. A coleta de dados foi realizada, no interstício de 2018 a 2020, em domicílio, de forma individualizada, diretamente com o idoso, cuidador ou membro da família que residia com idoso. Para a avaliação do indicativo de sarcopenia considerou-se o idoso apresentar uma ou mais das condições inerentes à capacidade aeróbica e muscular (perda de peso não intencional, IMC<22 kg/m2, circunferência da panturrilha < 31 cm e tempo no teste de velocidade da marcha, 4m>5segundos). Para a polifarmácia, considerou-se uso de 5 ou mais medicamentos. Realizou-se teste de Qui-Quadrado e Regressão Logística. **Resultados:** A maioria era do sexo feminino (52,5%), com idade média de 71,1 anos, cor branca (76,2%), casada (62,5%), e com Ensino Fundamental incompleto (66,2%). A prevalência de indicativo de sarcopenia foi de 48% e de polifarmácia 40%. Verificou-se que idosos em uso de polifarmácia dispunham de 5,11 mais chances de dispor de fatores que indicam sarcopenia ($IC_{95\%}$=1,92-13,57) (p=0,001). **Conclusão:** Evidenciou-se a elevada prevalência de sarcopenia e da polifarmácia em idosos residentes da área rural. Os achados apresentados subsidiam a equipe de saúde e gestores para o desenvolvimento de estratégias voltadas à prevenção, ao rastreio precoce e ao acompanhamento da sarcopenia e polifármacia, com objetivo de implementar práticas terapêuticas adequadas para a população idosa.

Palavras-chave: Idosos, Sarcopenia, Polifarmácia, Zona Rural.

INTRODUÇÃO

A transição demográfica, associada ao aumento da expectativa de vida, vem propondo mudanças e novos olhares acerca da saúde da população idosa (OLIVEIRA et al., 2020b). Uma vez que o ritmo de envelhecimento vem aumentando significativamente (OMS, 2018), exigindo maior entendimento dos profissionais de saúde acerca das transformações físico-funcionais que acometem os idosos (SOUZA et al., 2018).

Durante o processo de envelhecimento ocorrem múltiplas alterações fisiopatológicas no organismo, as quais podem contribuir para a ocorrência das síndromes geriátricas, com destaque à sarcopenia e às iatrogenias decorrentes do uso da polifarmácia (OLIVEIRA et al., 2020b).

A sarcopenia, condição comum em idosos, pode ser definida como uma doença muscular caracterizada pela perda progressiva da massa muscular e do desempenho físico (CRUZ-JENTOFT et al, 2019; PARANÁ, 2018a). Esta condição contribui para o decréscimo da capacidade funcional do idoso, com maior risco para desfechos negativos a exemplo de quedas, fraturas e mortalidade (IZZO et al, 2021; CRUZ-JENTOFT et al, 2019).

O Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP), destaca a variação de prevalência dessa condição, entre 1 a 29% nos idosos que vivem na comunidade, 14 a 33% para idosos que vivem em instituições de longa permanência e 10% para idosos em cuidados hospitalares (CRUZ-JENTOFT et al, 2014). No Brasil, o estudo transversal realizado em um ambulatório geriátrico com 150 idosos verificou que 18% dos investigados apresentavam sarcopenia (SANTOS et al., 2016).

A polifarmácia é definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos (PARANÁ, 2018a) e pode ser oriunda de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), hospitalizações e fragilidade, (RAMOS et al., 2016). Quando expostos à polifarmácia, os idosos estão sujeitos a desenvolver iatrogenias, como quadros de confusão mental, quedas e incontinências (MACENA; HERMANO; COSTA, 2018).

Destaca-se que tanto a sarcopenia como a polifarmácia podem acarretar a perda da autonomia, dependência para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) e risco para quedas (KEIHAN et al., 2020), com implicações na manutenção da saúde e na qualidade de vida.

Quando se trata de idosos que residem em área rural, há de se considerar as dificuldades que esses indivíduos vivenciam para o acesso à saúde, ponderando barreiras geográficas, localização dos serviços de saúde, bem como baixa disponibilidade de transporte público ou privado (GRDEN et al., 2019), podendo levar à diminuição no cuidado e avaliação de saúde. Frente ao exposto, torna-se essencial avaliar a sarcopenia e polifarmácia nos idosos, nos diferentes níveis de atenção à saúde, com objetivo de direcionar ações de prevenção,

monitoramento e intervenção para essas condições. Dado o exposto, o objetivo do estudo foi analisar a prevalência de sarcopenia e polifarmácia em idosos de uma comunidade rural.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, exploratório descritivo, desenvolvido junto a idosos (n=80) residentes na zona rural do município de Ponta Grossa, Paraná.

Os critérios de inclusão da amostra incluem possuir 60 anos ou mais, residir na zona rural e no território adscrito de uma Unidade Básica de Saúde. Foram excluídos indivíduos que não estavam no domicílio no momento da consulta e que não aquiesceram à participação no estudo.

A coleta de dados foi realizada, no interstício de 2018 a 2020, em domicílio, de forma individualizada, diretamente com o idoso, cuidador ou membro da família que residia com o idoso. Foi conduzida por pesquisadores treinados e calibrados, com vistas a explanar o objeto da pesquisa, seu caráter de voluntariedade e de não-identificação, assim como sobre a forma de coleta, análise e destino dos dados. Os que aquiesceram à participação, fizeram-no, inicialmente, mediante o preenchimento de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, foram avaliados por meio dos instrumentos próprios e validados, que conta perguntas abertas e fechadas que devem ser respondidas pelo idoso ou acompanhante.

Para angariar as características sociodemográficas e de saúde foi desenvolvido um questionário estruturado contendo variáveis atinentes ao sexo, idade, cor, estado civil, renda, escolaridade, estilo de vida, história pregressa e às dificuldades funcionais.

Para avaliação do sugestivo de sarcopenia, utilizou-se o subitem “capacidade aeróbica e muscular” do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF- 20), instrumento validado e preconizado pela rede de atenção à saúde do idoso do Paraná para avaliar a fragilidade (PARANÁ, 2018). A Capacidade aeróbica e muscular é conformada pela perda de peso não intencional (perdeu mais de 4,5 kg ou 5,0% do peso corporal no último ano ou 3 kg no último mês ou 6 kg nos últimos 6 meses), IMC < 22 kg/m2, circunferência da panturrilha < 31 cm e tempo no teste de velocidade da marcha (4 m) > 5 seg.

A medida da circunferência da panturrilha foi feita com o idoso sentado ou em pé, para garantir que o peso ficasse distribuído equivalentemente em ambos os lados. A medida foi realizada com auxílio de uma fita métrica, aplicada ao redor da região que apresentava maior perímetro visualmente. Quando a circunferência fosse <31 cm, considerava-se redução da massa muscular. Já para o teste de velocidade da marcha, era feita uma marcação de 4 metros no chão, sinalizando o início e o fim. O idoso era orientado a caminhar esta distância com passadas mais aceleradas que o usual, mas sem correr. Assim que o idoso começava

a caminhar, o tempo era cronometrado até o idoso atingir os 4 metros. O tempo considerado normal para o idoso percorrer esta distância é de 0,5 m/s (PARANÁ, 2018)

A avaliação farmacológica contemplou informações relacionadas à farmacoterapia atual (princípio ativo, posologia prescrita e posologia utilizada), contudo para o presente estudo foi considerado apenas a informação referente ao princípio ativo.

Os dados coletados foram tabulados no *software Microsoft Excel* 2013®. Foi utilizado como variáveis de análise a polifarmácia, ou seja, o uso de cinco ou mais medicamentos, conformada a partir da variável farmacoterapia atual, contabilizando o número de fármacos que cada idoso utilizava de forma contínua; e a variável indicativa de sarcopenia, conformada em sim, quando o idoso apresentava uma ou mais das condições supracitadas inerentes à capacidade aeróbica e muscular e não, quando o idoso não apresentava nenhuma das condições.

Os resultados foram analisados por meio de frequência absoluta e relativa. Para verificar associação entre as variáveis foi realizado o teste qui-quadrado e de regressão logística. O modelo teve capacidade explicativa de 68,8%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres humanos de uma Instituição de Ensino Superior (CAAE:99995518.4.0000.0105), respeitando os ditames da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde e a Declaração de Helsinki.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados

A amostra final compreendeu 80 idosos, com predomínio do sexo feminino (52,5%), com idade média de 71,1 anos, casados (62,5%), de cor branca (76,2%), com Ensino Fundamental incompleto (66,2%), renda de até 2 salários mínimos (83,8%), apresentando-se na condição de aposentados ou pensionistas (83,8%) e não necessitavam de cuidador (86,2%). Pode-se constatar que 48,8% dos idosos avaliados tinham indicativo de sarcopenia e 40,0% faziam uso da polifarmácia (Tabela 01).

abela 01. Perfil sociodemográfico de idosos que residem em uma área rural de um município de médio porte. Ponta Grossa-PR (2020) (n=80).

Variáveis		Total n (%)
Idade	Média	71,1 anos
Sexo	Feminino	42 (52,5)
	Masculino	38 (47,5)
Cor	Branco	61 (76,2)
	Outros	19 (23,8)
Escolaridade	Analfabeto	18 (22,5)
	Ensino Fundamental Incompleto	53 (66,2)
	Ensino fundamental completo	9 (11,2)
Estado Civil	Casado	50 (62,5)
	Outros	30 (37,5)
Renda média mensal	Até 2 salários mínimos	67 (83,8)
	2 a 5 salários mínimos	13 (16,2)
Aposentado ou pensionista	Sim	67 (83,8)
	Não	13 (16,2)
Tem cuidador	Não necessita	69 (86,2)
	Sim	11 (13,8)
Indicativo de sarcopenia	Não	41 (51,2)
	Sim	39 (48,8)
Presença de Polifarmácia	Não	48 (60,0)
	Sim	32 (40,0)

Fonte: Os autores, 2021.

A análise demonstrou que idosos que faziam uso de polifarmácia dispunham de 5,11 mais chances de dispor de fatores que indicam sarcopenia (p=0,001) (Tabela 02).

Tabela 02. Análise de associação entre sarcopenia e polifarmácia. Ponta Grossa, Paraná, Brasil, 2020 (n=80)

Indicativo de sarcopenia				
Polifarmácia	**Sim n(%)**	**Não n(%)**	**Total n(%)**	**p valor**
Não	16 (41,0)	32 (78,0)	48(60,0)	**p<0,001**
Sim	23 (59,0)	9 (22,0)	32(40,0)	
Polifarmácia		**OR (IC 95%)**		**p valor**
Não		1,00		**0,001**
Sim		5,11 (1,92-13,57)		

Fonte: Os autores, 2021.

Discussão

A prevalência de sarcopenia encontrada no presente estudo apresentou-se maior em comparação ao estudo transversal realizado com idosos da zona urbana da Suécia, em que 29% dos investigados apresentavam sarcopenia (FAXÉN-IRVING et al., 2021). Ainda, na pesquisa populacional realizada com 438 pessoas, acima de 60 anos, na zona urbana de Florianópolis, evidenciou que 33,3% dos idosos eram sarcopênicos (PELEGRINI et al., 2018).

Compreende-se que a heterogeneidade dos valores de prevalência pode estar relacionada aos critérios de avaliação e à classificação adotados pelos estudos.

Especialmente nos idosos que vivem na zona rural, a maior prevalência de sarcopenia pode ser atribuída às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (PINTO et al., 2016), situação que impossibilita, muitas vezes, a avaliação multidimensional e a prevenção das síndromes geriátricas que afetam os idosos (PARANÁ, 2018b).

Autores relatam que mundialmente a prevalência de sarcopenia tem alta variabilidade, entre 10% a 40%, com base nas diferentes características da população e nos diferentes critérios para avaliá-la, com destaque para os altos índices na população idosa (MAYHEWet al, 2019; CRUZ-JENTOFT et al, 2019). Vale considerar que a etiologia da sarcopenia é multifatorial, sendo as principais causas: diminuição das células musculares e neurônios motores, diminuição da secreção de hormônios e da síntese de proteínas do músculo esquelético, perda de peso associada à insegurança alimentar, falta de atividade física e fragilidade (KAKEHI et al., 2021). Assim, esta condição contribui para desfechos adversos em saúde, deixando os idosos mais suscetíveis à dependência e à incapacidade funcional, aumentando as chances do indivíduo sofrer quedas, fraturas e ser hospitalizado (CONFORTIN et al., 2018; KEIHAN et al., 2020).

Além disso, devido à redução generalizada de massa muscular, idosos que apresentam sarcopenia estão mais susceptíveis a apresentar disfagia e disfunção respiratória, levando a desnutrição e perca de autonomia (KAKEHI et al., 2021; SANTOS et al., 2016). Ressalta-se, assim, a importância de um acompanhamento multiprofissional abordando aspectos biopsicossociais de indivíduos acima de 60 anos, uma vez que poderão ser evitadas outras comorbidades.

Relativo à polifármacia, a prevalência encontrada entre os idosos da área rural também foi significativamente maior aos dados apresentados no estudo transversal realizado com 299 idosos na zona urbana no município de Airaquara-Bahia, no qual constatou-se que 29% dos idosos utilizavam cinco ou mais medicamentos (SALES; SALES; CASOTTI, 2017). Na pesquisa censitária realizada com 573 idosos na área urbana do no município de Cuiabá/MT, houve prevalência de 10,3% de polifarmácia (ALMEIDA et al., 2017). Autores destacam que idosos que residem em áreas rurais tendem a fazer maior uso da polifamácia, uma vez que possuem menor acessibilidade aos serviços de saúde (ARAUNA et al., 2020). Uma investigação transversal realizada com idosos residentes de uma área rural da Espanha evidenciou a prevalência de polifarmácia em 56% dos idosos (POLANCO; UNIDAD, 2018), corroborando com a alta prevalência encontrada na zona rural investigada.

O uso de cinco ou mais medicamentos é um importante fator de risco para o desenvolvimento de iatrogenias (SILVA; AGUIAR, 2020). Durante o processo de envelhecimento

ocorrem importantes modificações nos sistemas hepático e renal, podendo influenciar na farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos (OLIVEIRA et al., 2020a).

Assim, apesar do uso concomitante de medicamentos pela população idosa ser necessário, devido à elevada carga de doenças crônicas, os profissionais de saúde devem ficar atentos, haja vista que a polimedicação pode levar a possíveis interações e reações adversas medicamentosas, aumentando o número de idosos hospitalizados (BONGIOVANI et al., 2021).

Quando relacionados, a polifarmácia contribuiu significativamente para a presença de sarcopenia, que leva à perda de peso não intencional, bem como interfere na capacidade cognitiva e funcional do idoso, resultando na perda de massa muscular (MAIA et al., 2020). Como consequência, pode ocorrer a diminuição das atividades básicas de vida diária, aumentando o nível de dependência e quedas, expondo o idoso ao uso de múltiplos medicamentos simultaneamente (MAIA et al., 2020; PAGNO et al., 2018).

A diminuição da massa muscular também pode estar associada ao declínio da força, condição que auxilia para que ocorram percas da densidade óssea, tornando o indivíduo dependente e sedentário (KAKEHI et al., 2021). A independência e a falta de atividades físicas corroboram para a incidência de doenças crônico-degenerativas, como doenças cardiovasculares (PANISSET et al., 2012). Assim, o sedentarismo e a obesidade podem estar relacionados com a sarcopenia. Em idosos obesos, ocorre a diminuição da massa muscular e o tecido adiposo acaba desempenhando papel central na função dos músculos, condição que acarreta piora do desenvolvimento cognitivo e na presença de multimorbidade, potencializando o uso da polifarmácia (SCHNEIDER; BEATRIZ; FRANZ, 2020).

Ademais, residir na zona rural contribui para o desenvolvimento da sarcopenia, aumentando as chances do uso de cinco ou mais medicamentos, uma vez que os idosos encontram dificuldades para o acesso saúde. As barreiras encontradas por idosos residentes da área rural implicam para a não realização de atividades educativas, bem como de intervenções, uma vez que não são assistidos frequentemente por uma equipe multiprofissional em saúde (FURTADO et al., 2016)

Assim, evidencia-se a necessidade da realização da avaliação multidimensional do idoso, uma vez que será possível ter o reconhecimento prévio das demandas de saúde, funcionais e biopsicossociais desta população, proporcionando melhor qualidade de vida, principalmente daqueles que residem na área rural e carecem de atendimentos em saúde. Desta forma, os profissionais de saúde podem elucidar, juntos aos gestores do município, estratégias para o uso racional de medicamentos, fortalecimento da condição funcional, bem como formas de abranger a população que reside em zona rural, a fim de evitar possíveis iatrogenias.

Caracterizaram-se em limitações do estudo a abrangência da amostra ser com idosos de uma única localidade rural, permitindo considerar os resultados encontrados apenas para a população em questão. Ainda, trata-se de um estudo transversal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito. Porém, os achados demonstrados, aqui, são de extrema relevância para o aprofundamento do conhecimento acerca da temática.

CONCLUSÃO

Evidenciou-se a elevada prevalência de sarcopenia e da polifarmácia em idosos residentes da área rural. Os achados apresentados subsidiam a equipe de saúde e gestores, para o desenvolvimento de estratégias voltadas à prevenção, ao rastreio precoce e ao acompanhamento da sarcopenia e da polifármacia, com objetivo de implementar práticas terapêuticas adequadas à população idosa.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, A. DE 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.
2. ARAUNA, D. et al. Polypharmacy is associated with frailty, nutritional risk and chronic disease in chilean older adults: Remarks from piei-es study. **Clinical Interventions in Aging**, v. 15, p. 1013–1022, 2020.
3. BERLEZI, E. M. et al. Study of the fragility phenotype among elderly residents in the community. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 11, p. 4201–4210, 2019.
4. BONGIOVANI, L. F. L. DE A. et al. Multimorbidade y polifarmacia en ancianos residentes en la comunidade. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 349–354, 2021.
5. CRUZ-JENTOFT, A. et al. Prevalence of and interventions for sarcopenia in ageing adults: A systematic review. Report of the International Sarcopenia Initiative (EWGSOP and IWGS). **Age and Ageing**, v.43, n.6 p748-759, 2014.
6. CRUZ-JENTOFT, A. et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2). **Age and Ageing**, United Kingdom, v. 48, n. 1, p. 16-31, Jan. 2019.
7. CONFORTIN, S. C. et al. Sarcopenia and its association with changes in socioeconomic, behavioral, and health factors: The epifloripa elderly study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. 1–13, 2018.
8. FAXÉN-IRVING, G. *et al.* A desnutrição, a sarcopenia e a fragilidade se sobrepõem em residentes de lares de idosos ?. **J Frailty Aging,** v.10**,** p. 17–21, 2021.

9. FURTADO, G. E. et al. Association among nutritional status and handgrip strength in elderly people living in rural areas. **Motricidade**, v. 12, p. 22–29, 2016.

10. GRDEN, C. R. . et al. Atuação Da Residência Multidisciplinar Em Saúde Do Idoso Em Uma Comunidade Rural. **Revista Conexão UEPG**, v. 15, n. 2, p. 187–192, 2019.

11. IZZO, A.; MASSIMINO E.; RICARDDI G et al. Narrative Review on Sarcopenia in Type 2 Diabetes Mellitus:Prevalence and Associated Factors. **Nutrients**, v.13, p.183, 2021.

12. KAKEHI, S. et al. Rehabilitation Nutrition and Exercise Therapy for Sarcopenia. **The World Journal of Men's Health**, v. 39, p. 1–10, 2021.

13. KEIHAN, V. et al. Circunferência da panturrilha como preditor de ausência de sarcopenia em idosos institucionalizados . Um estudo transversal. **Nutrição, saúde e atividade física**, v. 25, n. 11, p. 167–172, 2020.

14. MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, 2018.

15. MAIA, L. C. et al. Frailty among the elderly assisted by primary health care teams. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5041–5050, 2020.

16. MAYHEW, A.J.; AMONG, K.; PHILLIPS S et al. The prevalence of sarcopenia in community-dwelling older adults, an exploration of differences between studies and within definitions: A systematic review and meta-analyses. **Age Ageing**, v.48, p.48–56, 2019.

17. OLIVEIRA, A. P. Z. et al. Fragilidade em idosos residentes em município de pequeno porte. **Estudos Interdiciplinares de Envelhecimento**, v. 24, n. 3, p. 110–114, 2019.

18. OLIVEIRA, G. L. et al. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, p. 1–10, 2020a.

19. OLIVEIRA, N. C. et al. Sarcopenia e estado nutricional de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil. **Estudos Interdiciplinares de Envelhecimento**, v. 25, n. 2, p. 21–36, 2020b.

20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2018.

21. PAGNO, A. R. et al. Drug therapy, potential interactions and iatrogenesis as factors related to frailty in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 5, p. 588–596, 2018.

22. PANISSET, J. D. Á. et al. Exercício Físico Resistido: Um Fator Modificável Na Sarcopenia Em Idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 17, n. 2, p. 293–304, 2012.

23. PARANÁ, Linha guia da saúde do idoso. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. **Superintendência de Atenção em Saúde**, p.149, 2018.

24. PARANÁ, Avaliação Multidimensional do idoso. Secretaria do Estado de Saúde do Paraná. **Superintendência de Atenção em Saúde**, p.24, 2018.

25. PELEGRINI, A. et al. Sarcopenia: prevalence and associated factors among elderly from a Brazilian capital. **Fisioterapia em Movimento**, v. 31, n. 0, p. 1–8, 2018.

26. PINTO, A. H. et al. Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545–3555, 2016.

27. POLANCO, H. O.; UNIDAD, T. Originales Consumo de fármacos en mayores de 65 años en una zona rural. **Metas Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 14–20, 2018.

28. RAMOS, L. R. et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil : um desafio em saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl 2, p. 1–13, 2016.

29. SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. **Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 26, n. 1, p. 121–132, 2017.

30. SANTOS, A. D. A. DOS et al. Sarcopenia en pacientes ancianos atendidos ambulatoriamente: prevalencia y factores asociados. **Nuticion Hospitalar**, v. 33, n. 2, p. 255–262, 2016.

31. SCHNEIDER, R. H.; BEATRIZ, L.; FRANZ, B. Influência da obesidade nos critérios de classificação de sarcopenia em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 3, p. 1–12, 2020.

32. SILVA, E. M. DE A.; AGUIAR, R. S. Fatores Relacionados á Polimedicação em idosos e a segurança do paciente: uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, v. 6, n. 4, p. 4127–4133, 2020.

33. SOUZA, M. G. DE et al. Risco de sarcopenia e condições de saúde em idosos institucionalizados com osteoporose. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 2, n. 12, p. 588–596, 2018.

21

Senso de humor no envelhecimento: uma revisão de escopo

Paulo César Lopes Silva
ULSBA, ICS/UCP

Marta Regina Soares de Assunção
ICS/UCP

Luís Manuel Mota de Sousa
CHRC, UE

Cristina Maria Alves Marques-Vieira
CIIS, ICS/UCP

Helena Maria Guerreiro José
UCISA:E, UALG

10.37885/210404073

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento reveste-se de particularidades nas quais o senso de humor parece interferir. **Objetivo:** Mapear a produção científica sobre os fatores associados ao senso de humor enquanto resposta humana e os seus efeitos nas pessoas idosas. **Método:** Revisão de escopo alargada segundo a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. Foram pesquisados artigos publicados em português, inglês e espanhol, sem espectro temporal definido nas plataformas *Scopus, Web Of Science, CINAHL, MEDLINE, B-ON* e *Google Acadêmic*o. **Resultados:** Foram identificados 228 artigos e incluídos 18 destes. Foi encontrada informação sobre o senso de humor relacionado com a longevidade; a mortalidade; o bem-estar; a saúde; a depressão; a ansiedade; a satisfação com a vida; as relações interpessoais; a qualidade de vida; o enfrentamento; a personalidade; e o gênero. **Considerações Finais:** O senso de humor é um fenômeno que carece de aprofundamento conceitual. Da análise dos temas emergentes identificados evidencia-se que estes se relacionam entre si e com o senso de humor. Revisão registada na plataforma *Open Science Framework* (OSF) com o código osf.io/acm89.

Palavras-chave: Senso de Humor e Humor Como Assunto, Saúde do Idoso, Longevidade, Expectativa de Vida.

INTRODUÇÃO

Estudos desenvolvidos na população idosa comprovam que o aumento do cortisol sérico conduz a um aumento do estresse (CASTRO VAZ et al., 2013; SHOLL-FRANCO et al., 2014; SHIMANOE et al., 2021) e, simultaneamente, ocorre uma sobrecarga emocional que apresenta uma forte correlação positiva com o aparecimento de fragilidades e limitações, podendo originar instabilidade psicológica, tendência para o isolamento, e para o aparecimento de síndromes depressivas e distúrbios psicossomáticos (MACENA; HERCULANO; COSTA, 2018). Tais achados levam a refletir sobre fatores ou estratégias que possibilitem aos idosos ultrapassar positivamente o processo de envelhecimento. A promoção do senso de humor parece contribuir favoravelmente na vivência destas alterações comuns no processo de envelhecimento, podendo desempenhar um papel fundamental para a longevidade e um envelhecimento ativo. Esta ideia é suportada por GIBSON (2019) que afirma que o humor pode apresentar-se como um mecanismo de defesa que mantém afastados pensamentos negativos funcionando como promotor do envelhecimento bem-sucedido.

A avaliação da qualidade de vida do idoso reporta frequentemente para o conceito de dignidade humana que, por sua vez, engloba cuidados com a saúde, o culto da sabedoria, o direito ao não sofrimento e, principalmente a busca pelo bem-estar psicossocial e pela felicidade (NETO et al., 2020). Diversos estudos têm destacado estes aspectos e merecem especial atenção, nomeadamente os que abordam práticas que se centram na esfera humana da pessoa idosa e suas relações interpessoais (XAVIER et al., 2020).

O processo de envelhecimento reveste-se de particularidades nas quais o senso de humor parece interferir. Esta variável tem sido amplamente estudada e tem merecido especial atenção nesta população (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Pesquisas na área do humor têm sido desenvolvidas, nos mais diversos contextos, com o intuito de incrementar a qualidade de vida e a longevidade. As suas conclusões permitem justificar a premissa que o humor é benéfico para a saúde e que as pessoas com elevado senso de humor podem ter a perceção de que são mais saudáveis, ainda que, de forma objetiva possam não o ser, para além disto, estas pessoas traduzem menor preocupação com a saúde e sintomas de doença, neste sentido, talvez o humor contribua para uma melhor qualidade de vida, sem tornar fisicamente as pessoas mais saudáveis (MARTIN; FORD, 2018a).

O humor, enquanto intervenção, promove o bem-estar físico e psicológico, o alívio da tensão e fortalecimento do sistema imunitário, incrementa a saúde percebida através da redução de eventos adversos como a dor, o estresse, a ansiedade (SOUSA; JOSÉ, 2016).

Peritos no fenómeno do humor referem que os aspectos emocionais do humor apresentam uma maior expressão no desenvolvimento da competência social do que nos aspectos cognitivos e atitudinais, apontando para evidências de que as competências interpessoais apresentam fortes correlações positivas entre a gestão emocional e a qualidade dos relacionamentos interpessoais (YIP, MARTIN, 2006).

Espera-se que, no processo de envelhecimento, os idosos inseridos num contexto possam exprimir a sua criatividade e entusiasmo. O senso de humor pode ser a peça fundamental que ajuda a atingir esse objetivo. Os profissionais de saúde e os cuidadores devem estar cientes dos desafios e de como o desenvolvimento do senso de humor pode influenciar o ajuste positivo (DE ALMEIDA; NUNES, 2020), principalmente nesta etapa da vida (MONAHAN, 2014).

OBJETIVOS

Identificar a produção científica sobre os fatores associados ao senso de humor enquanto resposta humana e os seus efeitos nas pessoas idosas e identificar os efeitos do humor nas pessoas idosas.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi a revisão de escopo. Estas revisões possibilitam estudar questões gerais e mapear as evidências científicas produzidas por diversas fontes, sendo cada vez mais comum o recurso a esta metodologia (POLLOCK *et al.*, 2021). Ao extrair a essência de um conjunto diversificado de evidências, de forma a atribuir significado e importância a uma determinada área de interesse da disciplina (DAVIS, DREY, GOULD, 2009; POLLOCK *et al.*, 2021), identifica lacunas no conhecimento onde é necessário desenvolver mais estudos de investigação (POLLOCK*et al.*, 2021).

Este tipo de revisão pretende "mapear" a literatura de relevo numa área de interesse, permitindo aos pesquisadores verificar se é necessário realizar uma revisão sistemática. A revisão de escopo partilha várias características com a revisão sistemática uma vez que também segue um método sistemático, transparente e replicável (SOUSA et al., 2018a).

Decorre em cinco etapas: identificação da questão de pesquisa; identificação dos estudos relevantes; seleção de estudos; mapeamento dos dados; e compilação, resumo e relato dos resultados (ARKSEY; O'MALLEY, 2005).

A revisão de escopo seguiu as indicações presentes no *JBI Manual for Evidence Synthesis* (PETERS *et al.*, 2020) e atendeu às atualizações metodológicas desta técnica de pesquisa (PETERS *et al.*, 2021). Assim, a partir do *framework* - Paciente (P), Conceito (C [1]) e Contexto (C [2]), isto é, PCC (PETERS et al., 2020), surgiu a seguinte questão de pesquisa: Qual o conhecimento produzido sobre o senso de humor (C [1]) em contexto de saúde (C [2]) nas pessoas idosas (P)?

A pesquisa eletrônica foi realizada no mês de março de 2021 utilizando as seguintes bases de dados: Scopus (Elsevier) e Web of Science (Clarivate Analytics), e as

seguintes plataformas: EBSCO Host® (CINAHL Complete e MEDLINE Complete), Biblioteca do Conhecimento Online (BOn) (em todas as suas bases de dados) e Google Acadêmico.

Os descritores utilizados no estudo foram obtidos na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram utilizadas outras palavras-chave, além dos descritores.

Foram utilizadas as seguintes equações booleanas:

S1: AB ((*Sense of Humor*) OR (*Wit and Humor*) OR (*Wit and Humor as Topic*));

S2: AB ((*Elderly*) OR (*Aging*) OR (*Aged*) OR (*Longevity*));

S3: AB ((S1) AND (S2)).

A pesquisa foi conduzida de forma independente por dois pesquisadores da equipe de pesquisa, e a seleção dos estudos seguiu o mesmo método, com a sequência sugerida por diretrizes internacionais atuais (PETERS *et al*., 2020). Os estudos relevantes foram obtidos de forma faseada, desde a leitura do título até a leitura do texto integral.

Este estudo secundário incluiu artigos cujo texto completo foi possível aceder, publicados nas bases de dados anteriormente referidas e redigidos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Os artigos englobados foram estudos primários em torno da população idosa, cujo foco temático fosse o senso de humor, nomeadamente os seus efeitos no processo de envelhecimento.

Estudos que abordavam o humor enquanto intervenção, ainda que na população idosa, não foram incluídos. Não houve limitação temporal na seleção de artigos, considerando o interesse em mapear a evidência produzida e publicada nesta área.

No final do processo de seleção dos artigos houve necessidade de os analisar de forma sistemática. Assim, seguindo a sugestão de (PETERS et al., 2021), coletou-se a seguinte informação: Autor, ano de publicação e país; Objetivos do estudo; população e amostra; métodos/metodologia; tipo de intervenção: resultados e principais achados. Esta informação foi sistematizada numa tabela de forma a possibilitar a organização dos resultados. Seguindo as indicações de PETERS et al. (2020), a revisão foi registada na plataforma *Open Science Framework* (OSF).

Os artigos incluídos foram classificados de acordo com o nível de evidência considerando as diretrizes *JBI Levels of Evidence* (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2021).

Tratando-se de um estudo secundário, cujo desenvolvimento não envolveu diretamente o ser humano, foram garantidos os procedimentos éticos inerentes à investigação, nomeadamente no âmbito do rigor metodológico, na referenciação e respeito pelas ideias dos autores mobilizados.

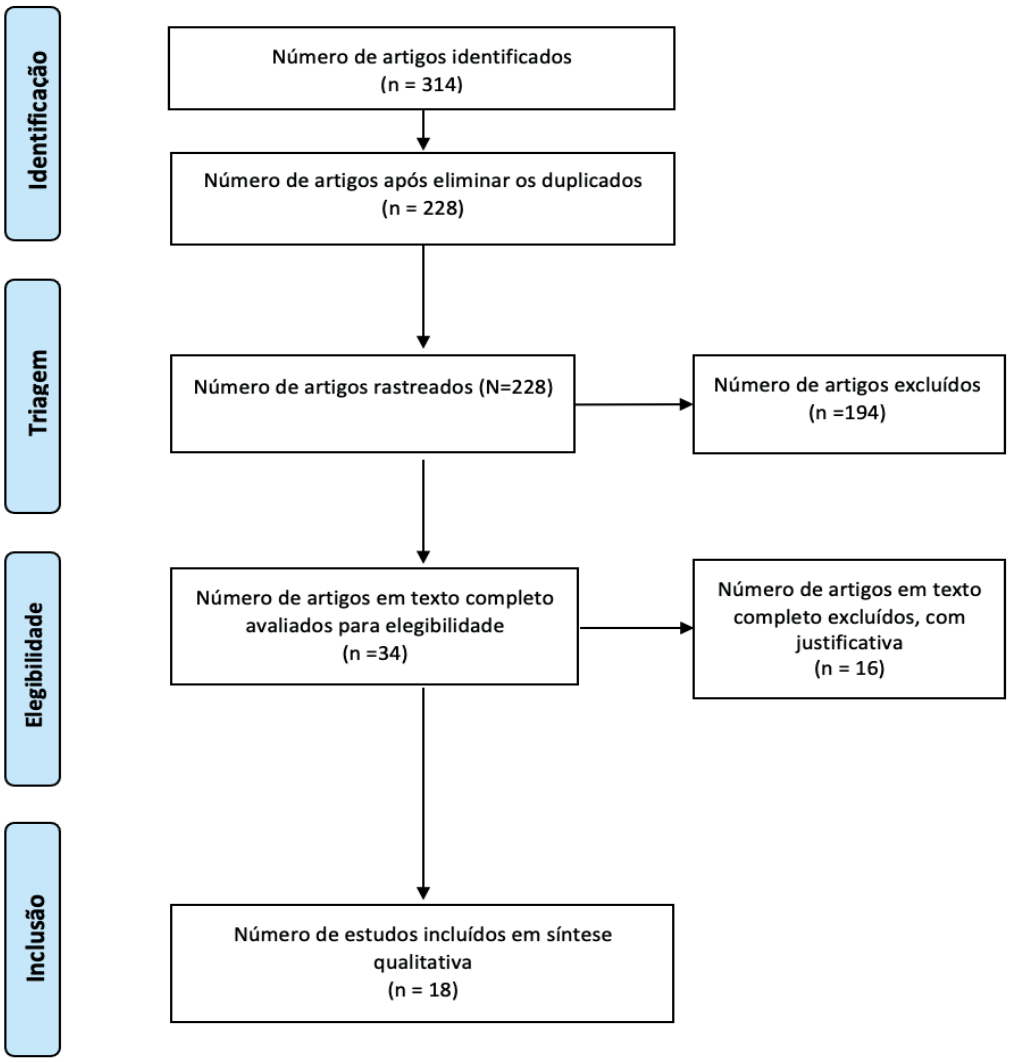
RESULTADOS

Visão Geral

Foram identificados um total de 314 artigos. Depois da remoção dos 86 duplicados, foram analisados 228, tendo sido excluídos 194 por leitura de título (n=165) e resumo (n=29).

Posteriormente, foram analisados de forma integral 34 artigos, dos quais 16 foram excluídos. Esta decisão teve em consideração os seguintes motivos: não responder à questão de investigação ou não atender aos critérios de inclusão. Alguns artigos referiam-se ao humor como intervenção, efeitos do humor e estratégias humorosas; consistiam na validação de escalas relacionadas com a personalidade; reportavam revisões narrativas sem referência à metodologia utilizada, reflexões e opiniões; não abrangiam, na sua amostra, pessoas idosas; abordavam a espiritualidade e o envelhecimento positivo; não dispunham de texto integral ou não estavam redigidos em português, inglês ou espanhol. Obteve-se assim, uma amostra de 18 artigos (figura 1).

Figura 1. Prisma *Flowchart* da seleção de estudos para a revisão de escopo.

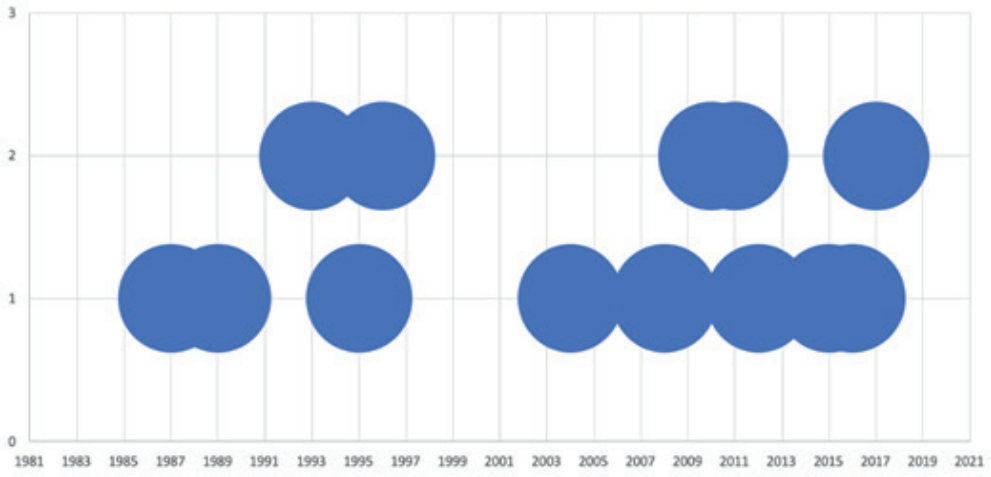


Esta revisão de escopo inclui artigos que recorrem a diversas metodologias. Assim, foram incluídos quatro estudos de natureza qualitativa: dois estudos de caso (LeBLANC, 1987; RYFF, 1989); um descritivo (SCHIAU, 2017), uma teoria fundamentada (LABARCA, 2012) e catorze de natureza quantitativa: nove estudos correlacionais (BOKARIUS et al., 2011; KÖHLER; RUCH, 1996; SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004; THORSON; POWELL, 1996; BRAJKOVIĆ et al., 2011; SCHIAU, 2016; THORSTON; POWELL, 1993a; PROYER, RUCH, MÜLLER, 2010; YOUDER, HAUDE, 1995); três longitudinais (LÓPEZ-BENÍTEZ et al., 2017; ROMUNDSTAD et al., 2015; SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010); um estudo de coorte (THORSTON; POWELL, 1993b); um estudo transversal exploratório (MARZIALI, McDONALD, DONAHUE, 2008).

De acordo com o desenho dos estudos e segundo as diretrizes J*BI Levels of Evidence* (JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2013), três estudos foram classificados com nível 3e (*Oservational study without a control group*) (LÓPEZ-BENÍTEZ et al., 2017; ROMUNDSTAD et al., 2015; SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010); onze com nível 4b (*Cross-sectional study*) (BOKARIUS et al., 2011; KÖHLER; RUCH, 1996; SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004; THORSON; POWELL, 1993b; THORSON; POWELL, 1996; BRAJKOVIĆ et al., 2011; SCHIAU, 2016; THORSTON; POWELL, 1993a; PROYER, RUCH, MÜLLER, 2010; YOUDER, HAUDE, 1995; MARZIALI, McDONALD, DONAHUE, 2008) e quatro com nível 4d (*Case study*) (LeBLANC, 1987; RYFF, 1989; SCHIAU, 2017; LABARCA, 2012)

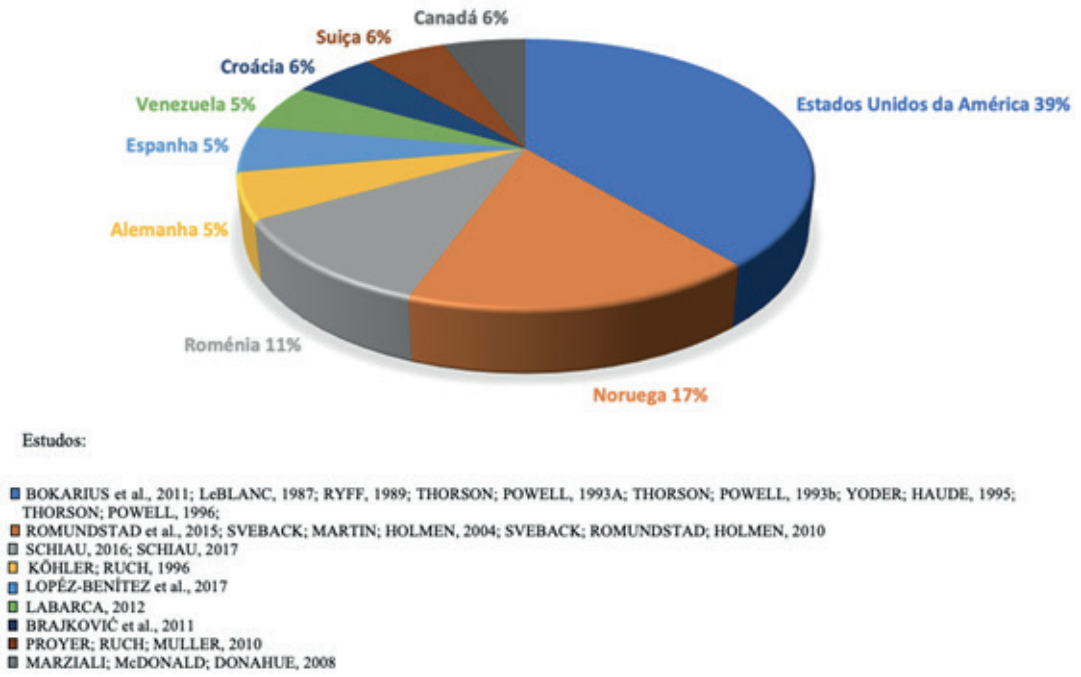
Quanto ao ano de publicação não se verificou a existência de uma distribuição uniforme, nem houve um ano particularmente expressivo de publicações nesta área (figura 2).

Figura 2. Ano de publicação dos estudos selecionados para a revisão de escopo.



Considerando os países de origem dos estudos, os Estados Unidos da América (EUA) emergem com o maior número de publicações (39%) (figura 3).

Figura 3. Países de publicação dos estudos selecionados para a revisão de escopo.



A população em estudo não é homogênea embora todos os estudos abordem a pessoa idosa. Assim, quanto à idade dos participantes: um estudo incluiu participantes acima dos 17 anos (KÖHLER; RUCH, 1996); cinco estudos incluíram participantes acima dos 18 anos (BOKARIUS et al., 2011; LÓPEZ-BENÍTEZ, 2017; THORSTON; POWELL, 1993a; THORSTON; POWELL, 1993b; THORSTON; POWELL, 1996); um estudo incluiu participantes acima dos 19 anos (ROMUNDSTAD et al., 2015); dois estudos incluíram participantes acima dos 20 anos (SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004; SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010); três estudos incluíram participantes acima dos 60 anos de idade (LeBLANC, 1987, LABARCA, 2012; SCHIAU, 2016); seis estudos não especificam a idade dos participantes (RYFF, 1989; BRAJKOVIĆ et al., 2011; SCHIAU, 2017; PROYER; RUCH; MULLER, 2010; YODER; HAUDE, 1995; MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008), embora cinco desses estudos refiram que incluem exclusivamente participantes idosos (RYFF, 1989; BRAJKOVIĆ et al., 2011; SCHIAU, 2017; YODER; HAUDE, 1995; MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008). Quanto ao gênero, apenas um estudo abordou exclusivamente mulheres idosas (SCHIAU, 2017).

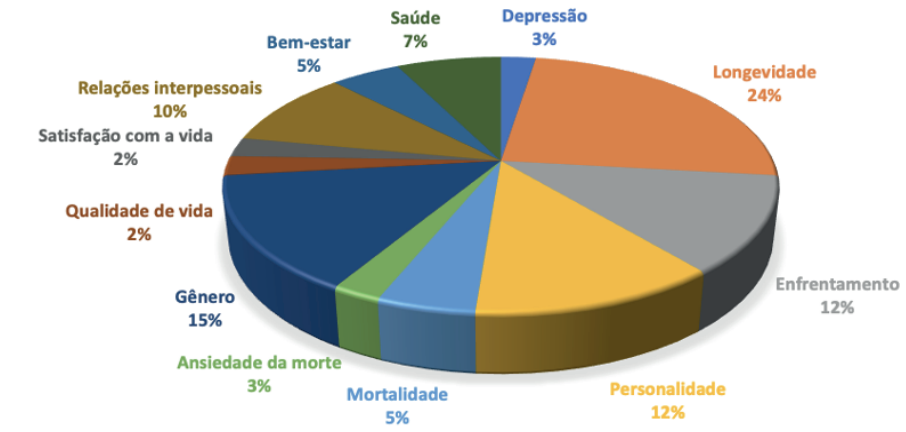
Todos os estudos selecionados exploram o conceito senso de humor. Especificamente, abordam o senso de humor enquanto: disposição para o humor (BOKARIUS et al., 2011), apreciação do humor (THORSON; POWELL, 1993a; KÖHLER; RUCH, 1996) produção do humor (THORSON; POWELL, 1993a; KÖHLER; RUCH, 1996; SCHIAU, 2016; SCHIAU,

2017; YODER; HAUDE, 1995), uso do humor (SCHIAU, 2016) senso de humor como estado psicológico (LÓPEZ-BENÍTEZ et al., 2017), senso de humor como característica de enfrentamento (MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008; THORSON; POWELL, 1993a; RYFF, 1989; THORSON; POWELL, 1993b; THORSON; POWELL, 1996; SCHIAU, 2016), a natureza multidimensional do humor (THORSON; POWELL, 1993a), e senso de humor enquanto qualidade de vida (LABARCA, 2012).

Relativamente ao contexto verificou-se que este é significativamente diverso. Os estudos desenvolveram-se desde um serviço hospitalar (ambulatorial) (BOKARIUS et al., 2011) por comunidade (LeBLANC, 1987; RYFF, 1989; SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004; MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008; SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010; BRAJKOVIĆ et al., 2011; LABARCA, 2012; ROMUNDSTAD et al., 2015; SCHIAU, 2017), à universidade (THORSON; POWELL, 1993b; THORSON; POWELL, 1996; LÓPEZ-BENÍTEZ et al., 2017), às residências para idosos (LeBLANC, 1987; BRAJKOVIĆ et al., 2011) e aos clubes séniores (SCHIAU, 2016). De salientar que em alguns estudos, apesar de ser indicada a forma de seleção dos participantes, não é explícito o contexto (THORSON; POWELL, 1993a; KÖHLER; RUCH, 1996; PROYER; RUCH; MULLER, 2010; YODER; HAUDE, 1995).

Da análise qualitativa aos resultados dos estudos incluídos nesta revisão de escopo, emergiram 12 temas interligados com o senso de humor: a depressão; a longevidade; o enfrentamento; a personalidade; a mortalidade; ansiedade da morte; o gênero; a qualidade de vida; a satisfação com a vida; as relações interpessoais; o bem-estar; e a saúde (figura 3).

Figura 4. Temas emergentes da análise qualitativa dos resultados dos estudos incluídos na revisão de escopo



Estudos:

- BOKARIUS et al., 2011
- LeBLANC, 1987; THORSON; POWELL, 1993a; THORSON; POWELL, 1993b; YODER; HAUDE, 1995; THORSON; POWELL, 1996; SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004; PROYER; RUCH; MULLER, 2010; SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010; LABARCA, 2012; LOPÉZ-BENÍTEZ et al., 2017
- LeBLANC, 1987; RYFF, 1989; THORSON; POWELL, 1993a; THORSON; POWELL, 1993b; MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008
- THORSON; POWELL, 1993b; KÖHLER; RUCH, 1996; THORSON; POWELL, 1996; LABARCA, 2012; LOPÉZ-BENÍTEZ et al., 2017
- SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010; ROMUNDSTAD et al., 2015
- THORSON; POWELL, 1993a
- THORSON; POWELL, 1993a; KÖHLER; RUCH, 1996; THORSON; POWELL, 1996; ROMUNDSTAD et al., 2015; SCHIAU, 2016; SCHIAU, 2017
- LABARCA, 2012
- BRAJKOVIĆ et al., 2011
- PROYER; RUCH; MULLER, 2010; LABARCA, 2012; SCHIAU, 2016
- RYFF, 1989; PROYER; RUCH; MULLER, 2010
- SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004; MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008; LABARCA, 2012

DISCUSSÃO

Os estudos selecionados envolvem **participantes** em diferentes coortes de idade. Embora a maioria dos estudos englobem uma amostra de idosos (LeBLANC, 1987, LABARCA, 2012; SCHIAU, 2016; RYFF, 1989; BRAJKOVIĆ et al., 2011; SCHIAU, 2017; YODER; HAUDE, 1995; MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008), outros referem-se a uma amostra mais abrangente de pessoas adultas (inclui idosos e adultos) (KÖHLER; RUCH, 1996; BOKARIUS et al., 2011; LÓPEZ-BENÍTEZ, 2017; THORSTON; POWELL, 1993a; THORSTON; POWELL, 1993b; THORSTON; POWELL, 1996; ROMUNDSTAD et al., 2015; SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004; SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010), o que limita a generalização dos resultados para a população de pessoas idosas (MALLYA; REED; YANG, 2019). Uma amostra mais diversificada é útil para sustentar as conclusões dos estudos no âmbito do fenômeno senso de humor (YIP; MARTIN, 2006; SVEBAK, 2010). Estudos mais recentes centram-se na exploração da correlação entre o senso de humor e o gênero dos participantes (ROMUNDSTAD et al., 2015; SCHIAU, 2016; SCHIAU, 2017).

De acordo com a teoria do senso de humor de SVEBAK (1974), ter senso de humor é demonstrar capacidade de imaginar realidades (fictício) e de se comportar de acordo com as mesmas dentro da sua esfera social (real), de tal forma que esta não seja levada a um estado de ruptura. Sendo um **conceito** amplamente explorado, a sua natureza multidimensional não permite o alcance de consenso entre a comunidade científica. Trata-se de um conceito multifatorial que atende a aspectos sociais, de desenvolvimento, emocionais, cognitivos e biológicos, que interagem uns com os outros e influenciam o agir humano (GREENGROSS, 2013). Independentemente da idade, o senso de humor parece ser bastante abrangente e permanecer estável ao longo dos grupos etários (PROYER; RUCH; MULLER, 2010). O senso de humor encontra-se positivamente associado ao bem-estar e apresenta-se como uma força de carácter entre os idosos (RUCH; PROYER; WEBER, 2010).

Constatou-se que os estudos se desenvolveram principalmente em **contexto** comunitário. Este fato é defendido por GEIB (2012) ao afirmar que estudos no âmbito da gerontologia devem desenvolver-se em contextos sociais neutros, onde se minimiza a influência de fatores externos.

No sentido de discutir os resultados da análise qualitativa dos estudos incluídos, e de acordo com as sugestões de POLLOCK et al. (2021), nesta seção abordam-se os temas que emergiram da revisão, nomeadamente a longevidade; a mortalidade; o bem-estar; a saúde; a depressão; a ansiedade; a satisfação com a vida; as relações interpessoais; a qualidade de vida; o enfrentamento; a personalidade e o gênero.

Temas emergentes da análise qualitativa dos resultados dos estudos incluídos na revisão de escopo

A **longevidade** tem sido ambicionada em várias esferas, desde a política à saúde pública. Num estudo os autores encontraram nas expressões dos participantes opiniões contraditórias, ressaltando-se a ideia de que mais tempo de vida era desejável, para alguns, quando fosse possível tê-lo com níveis aceitáveis de saúde, isto é, se a pessoa puder viver de forma independente e não em vulnerabilidade e declínio (EKERDT et al., 2017).

Num estudo com idosos entre os 75 e os 82 anos, os mais velhos consideraram importante ter senso de humor, valorização da vida, espírito resiliente e respeito por si mesmo e pelos outros (LeBLANC, 1987). Os participantes consideraram que ter sentido de humor é essencial para viver. Foi a capacidade de rir e não levar a vida tão a sério que permitiu às pessoas idosas "singrar na vida", assim, ter senso de humor revelou-se essencial para o ajuste às mudanças inevitáveis da vida (LeBLANC, 1987).

Também foi verificada uma correlação entre idade e produção de humor, sendo que as pessoas mais velhas mostram menos apreciação do próprio humor e mais apreço por pessoas bem-humoradas (THORSTON; POWELL, 1993a). No entanto, em relação às pontuações na *Multidimensional Sense of Humor Scale* (MSHS) não foram verificadas diferenças significativas nos diversos quartis etários, mesmo nos indivíduos mais velhos, apesar de diferenças ligeiras, estas não foram estatisticamente significativas (THORSTON; POWELL, 1993b). Mais tarde, com recurso à mesma escala (MSHS) foi verificada uma variabilidade ligeiramente maior nas pontuações dos indivíduos mais velhos, mas não foram encontradas diferenças significativas por idade (THORSTON; POWELL, 1996). Apesar disto, a produção do humor parece aumentar ligeiramente com a idade e os participantes mais velhos mostram uma atitude ligeiramente mais negativa em relação às pessoas bem-humoradas do que os sujeitos mais jovens, mas também indicam atitudes ligeiramente mais positivas em relação ao próprio humor (THORSTON; POWELL, 1996).

Noutro estudo onde também foi aplicada a MSHS, os participantes fizeram as suas autoavaliações e apresentaram as suas estimativas para os seus irmãos falecidos, as avaliações médias nas quatro subescalas da escala aplicada, produziram uma diferença significativa ($p < 0,05$) para a subescala de apreciação de humor, esta associação é contraditória a estudos anteriores e, por isso, a associação positiva verificada entre senso de humor e longevidade, é considerada pelos autores limitada e, entre outros aspectos, os resultados podem ter sido enviesados pelo luto vivido pela perda do irmão e a sua influência nas memórias (YODER; HAUDE, 1995).

Num estudo desenvolvido na Noruega, em 2004, concluem que à medida que as pessoas envelhecem, perdem a capacidade de apreciar, expressar e identificar o humor no

seu ambiente (SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004). As pontuações médias do senso de humor diminuem com o avançar da idade, assim, os participantes com 70, ou mais anos, apresentaram a pontuação mais baixa ($p<0,0004$). Este decréscimo foi mais pronunciado nas dimensões da apreciação social do humor e na expressividade do riso, do que na dimensão da sensibilidade da mensagem. De acordo com este estudo, pessoas mais velhas tendem a expressar menos alegria e risos, tendem a apreciar menos o humor e, em menor grau, e são menos propensas a notar o humor no ambiente (SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004).

Esta ideia também emerge num outro estudo realizado na Noruega, onde foi verificado um ligeiro declínio nas pontuações do senso de humor com o avançar da idade (SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010). Também na Suíça, ao serem analisadas as habilidades de humor, se verificou que o riso diminuiu com a idade e os mais velhos riem cada vez com menos facilidade. Apesar disto, o grupo de pessoas mais velhas (com mais de 60 anos) obtiveram a pontuação média mais alta no que respeita ao humor positivo (PROYER; RUCH; MULLER, 2010).

O processo de envelhecimento sendo um processo por vezes difícil pode ser uma experiência mais agradável se vivida com humor, o senso de humor é marcado pelas experiências vividas, devendo ser desenvolvido ao longo da vida (LABARCA, 2012). Num estudo mais recente, com uma amostra abrangente e não exclusiva de pessoas idosas, o avançar da idade foi relacionado a mau senso de humor e menor alegria, isto é, o mau senso de humor tendeu a ser ligeiramente superior entre os participantes mais velhos, enquanto que a alegria foi ligeiramente inferior nestes (LOPÉZ-BENÍTEZ et al., 2017).

Recentemente, um estudo etnográfico desenvolvido por FRIEDMAN e FRIEDMAN (2019), demonstra que não existe evidência científica com robustez para concluir que o riso promove a longevidade e a saúde. Esta conclusão vem suportar a inconsistência apresentada nos estudos identificados na presente revisão.

Uma publicação sobre as tendências atuais na expectativa de vida alertou para uma mudança na tendência habitual em 20 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), verificando-se que o aumento da expectativa de vida nos seis anos mais recentes foi menor do que nos seis anos anteriores e, em alguns países, verificaram-se mesmo diminuições nos últimos seis anos (CRIMMINS, 2021). A contribuir para esta nova tendência está a desaceleração no declínio das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares (CRIMMINS, 2021). CRIMMINS (2021) reforça que para efetivamente prever e projetar a esperança de vida é importante conhecer aprofundadamente como a saúde nos estadios iniciais da vida e na terceira idade estão relacionadas, e de igual forma perceber como é que as alterações nos fatores de risco para doenças crônicas podem

influenciar as tendências e, ainda, saber como é que as características sociais e biológicas do envelhecimento se conjugam para criar diferenças na expectativa de vida.

A **mortalidade** associada ao senso de humor é apresentada em dois estudos. Num deles, os participantes com menos de 65 anos e com altos escores de senso de humor reduziram o seu risco de morte em 32%, enquanto que efeitos não significativos de altos escores de senso de humor foram verificados nos participantes com 74 anos ou mais, no entanto, os efeitos do senso de humor sobre a sobrevivência parecem desaparecer após os 75 anos (SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010).

Num outro estudo a associação entre o senso de humor já foi estabelecida para diferentes causas de morte (ROMUNDSTAD et al., 2015): pontuações elevadas na componente cognitiva do senso de humor foram significativamente associadas a taxas de mortalidade mais baixas em mulheres, o mesmo não se verificou nos homens; a mortalidade por doenças cardiovasculares foi significativamente menor em mulheres com altos escores no componente cognitivo do senso de humor; a mortalidade devido a infeções foi significativamente menor em pessoas com altos escores no componente cognitivo, em ambos os gêneros; os componentes sociais e afetivos do senso de humor não foram associados à mortalidade. Na população total, a associação positiva entre a componente cognitiva do senso de humor e a sobrevivência esteve presente até os 85 anos, a partir desta idade esta associação não se verificou, exceto nas mulheres (ROMUNDSTAD et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a elevada prevalência de doenças crônicas, multi-morbidade e problemas psicossociais nas pessoas idosas requerem ação, incluindo priorização do bem-estar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015a). O bem-estar subjetivo engloba respostas emocionais, domínios de satisfação e o julgamento sobre satisfação global com a vida, sendo composto por afetos agradáveis (como a alegria, o contentamento, o orgulho, o afeto e a felicidade), desagradáveis (como a culpa e a vergonha, a ansiedade e preocupação, a raiva, o estresse e a depressão), satisfação com a vida (como o desejo de mudar, a satisfação com a vida atual, o passado e o futuro) e um domínio de satisfação (como o trabalho, a família, o lazer, a saúde, as finanças e o “eu próprio”) (DIENER et al., 1999; SOUSA et al., 2018b).

Dos pontos de vista sobre o envelhecimento positivo emergem padrões que os adultos de meia-idade e mais velhos podem usar para avaliar as suas próprias vidas e, ao mesmo tempo, fornecem caminhos para desafiar e ampliar pesquisas no âmbito do bem-estar. Neste estudo foram destacadas dimensões do bem-estar que foram alvo de pouca atenção na pesquisa empírica e teórica anterior, são elas: a capacidade de aproveitar a vida e ter senso de humor (RYFF, 1989). Uma investigação com métodos mistos (CRACIUN; GELLERT; FLICK, 2017) veio destacar a correlação entre o envelhecimento positivo e o bem-estar, na medida

em que o aumento de perspectivas positivas sobre o envelhecimento foi associado a um forte aumento no bem-estar, especialmente em grupos vulneráveis, como é o caso dos idosos.

Um estado de espírito lúdico pareceu contribuir para o bem-estar dos idosos. Um escore mais alto de senso de humor em idosos foi associado principalmente à insatisfação com a situação econômica do país, com o governo e a segurança nacional (PROYER; RUCH; MULLER, 2010). Geralmente, o humor foi positivamente associado ao bem-estar pessoal e nacional, no entanto, entre os participantes com mais de 60 anos de idade, o bem-estar nacional (ou seja, satisfação com o governo, segurança ou economia do país) foi negativamente relacionado ao humor (PROYER; RUCH; MULLER, 2010). Estes dados são reforçados por ZINCHENKO et al. (2017) que indicam que o senso de humor traduz uma função social e adaptativa de relevo. Por outro lado, VAN DER WAL e KOK (2019) indicam que gostar de rir ou ter um bom senso de humor não é relevante na aplicação de programas de terapia do riso para a promoção do bem-estar. O simples fato de "rir de nada", por si só, já pode trazer ganhos, e que ter senso de humor pode funcionar como catalisador da implementação de tais programas em terapias de grupo (VAN DER WAL; KOK, 2019).

A **saúde** é algo considerado fundamental para dar vida aos anos. As pessoas idosas quando questionadas sobre a sua vontade de viver mais tempo, referem maioritariamente que só gostariam de viver mais anos se o seu estado de saúde fosse adequado, esta condição de saúde foi expressada como o desejo de se sentir bem para poder aproveitar a vida, não ser um fardo para outros e com a garantia de capacidade funcional e cognitiva (EKERDT et al., 2017).

Com suporte numa amostra populacional de grandes dimensões, foi possível inferir que não existiu uma forte associação entre o senso de humor e a saúde da população em geral (SVEBACK; MARTIN; HOLMEN, 2004).

No entanto, num estudo posterior, o humor de enfrentamento e a autoeficácia demonstraram ser fatores importantes para explicar o estado de saúde em idosos. As correlações entre humor de enfrentamento, autoeficácia e apoio social sugeriram que o senso de humor pode desempenhar um papel importante no reforço de abordagens autoeficazes para a gestão das questões de saúde, assim, o humor parece ser uma estratégia para lidar com as adversidades da vida comuns no envelhecimento (MARZIALI, McDONALD, DONAHUE, 2008).

A saúde surgiu enquanto componente da qualidade de vida, neste âmbito, ter senso de humor e rir possibilitou aos idosos uma melhor qualidade de vida considerando aspectos como a saúde, a libertação, a autoestima e a gestão de crises vitais (LABARCA, 2012).

A **depressão** é um fator que se relaciona de forma negativa, com o envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido é importante o desenvolvimento de ações que potenciem a

diminuição da depressão nesta população, através da promoção do senso de humor (GOLJA; DAUGHERTY; KAVCIC, 2020).

O senso de humor encontra-se fortemente correlacionado à depressão nos indivíduos na faixa etária dos 70 a 80 anos, existindo uma correlação negativa entre a pontuação no DTH (*Disposition Toward Humor Questionnaire)* e a depressão (r=-0,83) (BOKARIUS et al, 2011). Tais valores sugerem que a população mais velha pode ser menos recetiva ao humor no tratamento de síndromes depressivas. Neste estudo em concreto existiram seis participantes nessa faixa etária, onde não se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre o nível de depressão e o senso de humor (r=-0,22), havendo necessidade de confirmar esta tendência com estudos com amostras maiores (BOKARIUS et al, 2011).

De igual forma, observa-se uma tendência para o desenvolvimento do mau senso de humor à medida que a pessoa envelhece, compatível com quadros depressivos. Nesta linha de pensamento, o estudo de LOPÉZ-BENÍTEZ et al. (2017) concluiu que o mau senso de humor teve tendência a ser ligeiramente superior entre os participantes mais velhos, enquanto que a alegria foi ligeiramente inferior nesses mesmos participantes.

A **ansiedade** relativamente à morte é um fenômeno multidimensional, comum e inevitável na vida das pessoas, sendo transversal em diferentes culturas e religiões (PANDYA; KATHURIA, 2021). Nas pessoas idosas, a ansiedade da morte tem elevada incidência devido a aspectos como: a existência de doenças crônicas, problemas físicos, dependência de outros, vivência de perdas significativas, solidão e a hospitalização, que emerge como um fator preditor deste fenómeno entre os idosos (BIDGOL et al., 2020).

Num estudo que objetivou saber se o senso de humor ajuda a lidar com a crise pessoal da morte, foi verificada uma relação significativa, embora moderada, entre a MSHS e a *Revised Death Anxiety Scale* (RDAS) (r=-0,13, p<0,01), isto é, à medida que o senso de humor aumentou, as pontuações na ansiedade da morte diminuíram, esta relação foi mais forte especificamente entre a ansiedade da morte e o humor de enfrentamento, o que significa que aqueles que usaram menos este humor pontuaram mais na ansiedade da morte (THORSTON; POWELL, 1993a). Também foram verificadas correlações negativas significativas entre as pontuações de ansiedade da morte e a apreciação do humor (r=-0,13, p<0,01) e a apreciação de pessoas com senso de humor (r=-0,16, p<0,01) (THORSTON; POWELL, 1993a).

A importância da **satisfação com a vida** na população envelhecida é destacada pela premissa “adicionar vida aos anos em vez de anos à vida” (FORSMAN; NORDMYR, 2017). A satisfação com a vida consiste na forma como o indivíduo avalia positivamente sua própria vida, de acordo com critérios determinados por ele próprio (DIENER et al., 1985) e foi reconhecida como um indicador crítico para o envelhecimento bem-sucedido (DUMITRACHE et al., 2018).

Um estudo correlacional croata (BRAJKOVIĆ et al., 2011), com uma amostra exclusiva de idosos aposentados, observou que: a satisfação com a vida se correlacionou positivamente com o senso de humor ativo (r=0,24; p=0,019), mas não mostrou nenhuma correlação significativa com senso de humor passivo e semi-ativo; as variáveis demográficas avaliadas, a autoavaliação do estado de saúde, a autoavaliação da solidão e senso de humor explicaram 52,8% da variância na satisfação com a vida, sendo que o indicador que se revelou mais significativo foi o senso de humor ativo; a autoavaliação da satisfação com a vida foi positivamente influenciada por viver numa casa de repouso, ter filhos e ter um senso de humor ativo, já uma percepção de saúde pior e a solidão revelaram ter uma influência negativa; por último, um senso de humor ativo contribui para a satisfação com a vida, enquanto a autoavaliação do status de saúde foi menos influente, embora significativa (BRAJKOVIĆ et al., 2011).

No âmbito das **relações interpessoais**, estudos recentes apontam que a promoção do senso de humor favorece a comunicação, a qual desempenha um papel de relevo nas interações humanas (SOUSA et al., 2019; TORRES-VIGIL et al., 2021) e, no contexto da saúde, o humor, tal como o riso, apresenta-se como uma estratégia terapêutica válida que parece promover a harmonia na relação entre pacientes (ZHAO et al., 2019).

O recurso ao humor revela-se uma componente frequente da interação social, servindo diversos propósitos (PAPOUSEK et al., 2017). Num contexto mais pormenorizado, o escopo dos estudos selecionados clarifica o papel do senso de humor nas interações humanas durante o envelhecimento.

O estudo desenvolvido por PROYER, RUCH e MULLER (2010), na tentativa de encontrar fatores que poderiam contribuir para as experiências de humor na idade avançada, pesquisou as diferenças entre variáveis como ser solteiro *versus* ter um parceiro; praticar a sua religião *versus* não praticar a sua religião; nível educacional ou consumo de álcool e nicotina, no entanto, não foram encontradas diferenças significativas. Já face às relações interpessoais, foi verificado que aqueles que mais frequentemente se encontraram com amigos e colegas obtiveram escores mais elevados, nos diferentes aspectos do senso de humor, do que aqueles que se encontram com amigos e colegas com menos frequência (PROYER; RUCH; MULLER, 2010).

Neste sentido, aqueles que frequentemente (mais de uma vez por semana) se encontram com amigos e colegas pontuaram mais alto nas três escalas principais, em comparação com aqueles que não se encontram com amigos (ou que se encontraram menos do que uma vez por semana), ou seja, diversão ($p<0,01$); humor positivo ($p<0,01$) e senso de humor ($p<0,05$). Também foram verificados escores maiores em três habilidades de humor:

humor verbal (p<0,05), encontrando humor na vida quotidiana (p<0,05) e humor sob estresse (p<0,05) (PROYER; RUCH; MULLER, 2010).

LABARCA (2012) concluiu que os idosos que têm senso de humor e riem podem ter uma melhor qualidade de vida considerando aspectos determinantes nas relações sociais.

Mais recentemente, num estudo que teve como principal questão saber se os adultos mais velhos que relatam valorizar o senso de humor se sentem menos sozinhos (SCHIAU, 2016): os participantes traduziram uma atitude positiva em relação ao uso do humor nas relações interpessoais; quanto mais as mulheres usam o humor em suas interações sociais, menos solidão social sentem (r=-0,26, p=0,04); na análise de regressão linear foi verificado que as mulheres, dentro do grupo dos "idosos mais jovens" (60-70 anos), beneficiaram do uso de humor nas interações sociais e que, desta forma, o uso do humor contribuiu para uma diminuição da sensação de solidão; foi encontrada ainda uma correlação entre a produção e o uso interpessoal do humor e solidão social para mulheres idosas. Este achado não deve ser, segundo a autora (2016), necessariamente interpretado como uma causa, pois pode significar que o uso do humor no relacionamento ou nas interações interpessoais das mulheres idosas seja porque já experimentaram conexão social e, portanto, uma sensação reduzida de solidão social. No entanto, também pode significar, que as mulheres idosas deste estudo que tiveram conexões sociais podem ainda ter mais oportunidades de usar o humor nessas interações interpessoais (SCHIAU, 2016).

As conclusões apontadas pelos estudos selecionados confluem com as ideias expressadas por PAPOUSEK et al., (2017) que indicam que ter senso de humor é uma característica que se revela importante para a manutenção do vínculo social e, ao mesmo tempo auxilia na formação, na valorização e manutenção das relações interpessoais e intensifica o sentimento proximidade e inclusão.

A **qualidade de vida** é um conceito subjetivo e multidimensional, podendo ser definido como a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto cultural e sistema de valores no qual vive, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

O senso de humor relaciona-se com o riso (a sua expressão externa), mas não é sinónimo de rir (LABARCA, 2012). Na tentativa de determinar o significado do senso de humor para a pessoa idosa, num estudo de natureza qualitativa emergiu dos resultados uma categoria central - o senso de humor é qualidade de vida, traduzida por seis categorias subsidiárias: o senso de humor muda positivamente o ambiente, o senso de humor promove o sentimento de pertença, ter senso de humor é um sinal de maturidade, exercer o senso de humor é uma libertação sublimada (LABARCA, 2012).

Suportados nesta preocupação, diversos investigadores têm abordado a fragilidade em pessoas idosas como um componente que afeta diretamente a qualidade de vida desta população. Num estudo desenvolvido no âmbito da vulnerabilidade social, numa amostra de idosos, foi aplicada a Escala de Fragilidade de Edmonton (JESUS et al., 2018). Esta escala avalia nove domínios, de entre os quais o senso de humor (FLECK, 1999).

Mais recentemente, uma série de estudos clínicos, mostraram que os protocolos de terapia do humor e do riso melhoram significativamente o bem-estar, reduzindo a depressão e a ansiedade e aumentando o humor positivo, a autoestima, e qualidade de vida percebida entre os idosos (MARTIN; FORD, 2018b).

O **enfrentamento,** nas pessoas idosas, é distinto de outros grupos etários, pois as causas estressoras variam com a idade, neste sentido, as principais perdas associadas ao envelhecimento e à morte envolvem aspectos como a saúde e/ou capacidade física; a funcionalidade; a qualidade das relações emocionais; a morte de entes queridos; a integração social; os bens materiais; a componente financeira; a cognição; a sensação de domínio; a sensação de utilidade, o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida (RIBEIRO et al., 2017).

Diversos estudos identificados na presente revisão de escopo exploram a importância do senso de humor para o desenvolvimento do humor de enfrentamento no senescer. Estudos de abordagem qualitativa, desenvolvidos no final da década de oitenta, salientam esse aspecto sublinhando que ter sentido de humor é essencial para o ajuste às mudanças inevitáveis da vida, funcionando como uma estratégia de enfrentamento (LeBLANC, 1987; RYFF, 1989). Tais dados também são destacados num estudo transversal desenvolvido várias décadas depois (MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008).

RYFF (1989), com recurso a uma amostra mais diversificada (participantes de meia-idade e idosos), concluiu que ambas as faixas etárias deram ênfase ao crescimento contínuo, ao prazer da vida e ao senso de humor como características essenciais para um enfrentamento eficaz.

Já na década de noventa, dois estudos de abordagem quantitativa descrevem uma forte correlação positiva e significativa entre a idade e o humor de enfrentamento (THORSTON; POWELL, 1993a; THORSTON; POWELL, 1993b) com valores de $p=0,065$ e $p<0.01$ respectivamente. Tais achados são concordantes com um estudo posterior, o qual destaca que pessoas mais velhas recorrem com maior frequência ao humor de enfrentamento do que pessoas mais jovens (THORSTON; POWELL, 1996).

Um estudo mais recente abordou especificamente o humor de enfrentamento (MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008), demonstrando que as correlações detetadas entre este tipo de humor, a autoeficácia e apoio social sugerem que o senso de humor pode desempenhar um papel importante no reforço da autogestão na saúde do idoso. Contudo,

um estudo aponta que o fato de pessoas idosas se apresentarem mais receptivas como participantes, pode representar um viés nos resultados de investigação desta natureza (THORSTON; POWELL, 1996).

A **personalidade** é um processo que se desenvolve ao longo de toda a vida de forma dinâmica, resultando da interação permanente, ao longo do tempo, de fatores ambientais, genéticos e biológicos. O processo de desenvolvimento da personalidade é individual, assim, apesar de não serem adequadamente conhecidas as diferenças na direção do desenvolvimento da personalidade e na extensão na qual as mudanças ocorrem, a evidência aponta para a continuidade do processo em todas as fases da vida até à idade avançada (ANDREI, 2020).

A personalidade e o senso de humor estão relacionados de diversas maneiras. A Deferência (um dos traços da personalidade) surgiu fortemente correlacionada ao senso de humor e à produção de humor (THORSTON; POWELL, 1993b). Num estudo posterior, estes autores referem que o humor se apresentou como um recurso para reforçar as normas e valores de um grupo, sendo que a personalidade fez toda a diferença, pessoas com maior criatividade e humor demonstraram características de exibição e de domínio nos traços de personalidade (THORSTON; POWELL, 1996).

A personalidade também foi relacionada ao senso de humor por KÖHLER e RUCH que, em 1996, verificaram as seguintes alterações com o avançar da idade: diminuição da iniciação do humor; diminuição nos parâmetros de qualidade da produção do humor; aumento dos traços de personalidade Psicótico e Extrovertido e aumento dos traços de personalidade de Dominância.

Considerando a natureza evolutiva da personalidade já apontada, num estudo de natureza qualitativa, com pessoas idosas, os achados indicam que o senso de humor evolui com pessoas idosas, os achados indicaram que o senso de humor evolui com a personalidade e permite expressá-la (LABARCA, 2012). Já mais recentemente foram apontadas as três bases temperamentais do senso de humor como estado psicológico: a alegria, a seriedade e o mau senso de humor (LOPÉZ-BENÍTEZ et al., 2017).

As diferenças de **gênero** e o senso de humor têm sido abordados, por exemplo, em estudos desenvolvidos na década de 90 onde foi demonstrado que estas não eram muito significativas (KÖHLER; RUCH, 1996; THORSTON; POWELL, 1993a). Contudo, com a progressão da investigação nesta área, evidenciam-se algumas diferenças.

São relatadas duas diferenças significativas nas subpontuações de humor: as mulheres produzem menos humor do que os homens (THORSTON; POWELL, 1996; SHIAU, 2016) e estas utilizam mais o humor de enfrentamento do que os homens (THORSTON; POWELL,

1993a; THORSTON; POWELL, 1996). Maiores escores de repulsa ao humor sexual, assim como no humor em geral, foram verificados nas mulheres (KÖHLER; RUCH, 1996).

Apesar disto, num estudo realizado na Roménia, verificaram-se diferenças em relação ao sentido de humor de homens e mulheres contrariando estes resultados (SCHIAU, 2016): os homens relataram usar o humor com mais frequência do que mulheres, em todas as dimensões incluídas no estudo; os homens usaram e produziram mais humor em seus relacionamentos do que as mulheres; os homens relataram usar um pouco mais de humor para adaptação a diferentes situações (humor de enfrentamento). A diferença entre os dois grupos (homens e mulheres) foi pequena e insignificante (p=0,051): os homens relataram usar mais humor para negociação e propósitos assertivos (p=0,04); os homens com maior escolaridade foram mais propensos a usar humor adaptativo (r=0,47, p=0,01) (SCHIAU, 2016).

Um estudo longitudinal retrospetivo demonstrou que existiu significância na interação sexo/idade em duas componentes do senso de humor: na componente cognitiva e na componente afetiva, onde as mulheres de idade avançada (superior a 90 anos) tiveram uma pontuação média particularmente alta no humor cognitivo (ROMUNDSTAD et al., 2015). Quanto aos homens, estes relataram mais lacunas na memória do que as mulheres em todas as cortes de idade adulta, sugerindo que a demência pode ser um dos primeiros indicadores de declínio do senso de humor (ROMUNDSTAD et al., 2015).

Um estudo de abordagem qualitativa relata as diferenças de gênero na produção e uso social do humor (SCHIAU, 2017): as mulheres referiram usar a fofoca nas suas conversas humorísticas e consideraram que os homens usam o humor para se gabar; as mulheres tiveram a percepção de que o humor masculino se baseia na afirmação de status, isto porque, acreditam que os homens criam principalmente humor sobre tópicos relacionados com sexo e sexualidade, acrescentam ainda que esse tipo de humor masculino provém de uma crise de masculinidade na vida adulta. Já quanto ao seu humor, as mulheres admitem produzir humor com temática sexual, mas, ao fazê-lo, são “mais delicadas” e não “tão vulgares quanto os homens” (SCHIAU, 2017).

Confluindo com os dados mencionados pelos estudos selecionados, um estudo recente de natureza quantitativa veio demonstrar que não foram detetadas fortes evidências sobre a diferença de gênero na apreciação do humor, mas que, de forma geral, os homens relataram uma maior atração pelo humor agressivo e autodestrutivo, componentes que envolvem produção de humor (LUEVANO et al., 2021).

Limitações e indicações dos autores dos estudos incluídos

Os artigos selecionados apontam para a necessidade de desenvolver estudos com amostras de maiores dimensões (YODER; HAUDE, 1995; MARZIALI; McDONALD; DONAHUE,

2008), particularmente aqueles cujos participantes não foram exclusivamente pessoas idosas (BOKARIUS et al., 2011; THORSON; POWELL, 1993b). Deve-se atender ao cálculo do tamanho amostral, pois este confere validade interna ao estudo (BRITO et al., 2016).

As pesquisas devem ser focadas em investigação de natureza teórica e empírica com o intuito de definir de forma mais concreta o construto, identificando claramente os seus componentes, não obstante foi sugerido o recurso a tecnologia mais avançada de construção de instrumentos para mensuração do senso de humor (KÖHLER; RUCH, 1996). A investigação nas diferentes disciplinas de aplicação do senso humor também deve ser aprofundada (KÖHLER; RUCH, 1996). A este respeito, YODER e HAUDE (1995) mencionaram a necessidade da inclusão de outras variáveis, para além das avaliadas na MSHS, nos estudos que procurem apoiar uma associação entre senso de humor e longevidade. E ROMUNDSTAD et al., (2015) sugeriram alteração de três componentes no questionário *Sense of Humor Questionnaire* (SHQ), nomeadamente, cognitivo, social e afetivo. É neste sentido que são importantes estudos de adaptação cultural destes instrumentos como é o caso do estudo desenvolvido por JOSÉ e PARREIRA (2008) onde se realiza a análise fatorial confirmatória da MSHS numa amostra por acessibilidade e bastante diversificada.

Há necessidade de desenvolver estudos empíricos (nomeadamente estudos longitudinais) sobre o humor entre os idosos (PROYER; RUCH; MULLER, 2010; LÓPEZ-BENÍTEZ et al., 2017) e com mais momentos de avaliação (LÓPEZ-BENÍTEZ et al., 2017). Neste sentido, verificou-se que a maior parte dos estudos foram desenvolvidos com desenhos transversais, podendo as conclusões serem limitadas, por isso, são sugeridas abordagens longitudinais para conclusões mais sólidas (THORSON; POWELL, 1993b). Também são sugeridas abordagens metodológicas que possibilitem observar as diferenças nos tipos de senso de humor usado por homens e mulheres idosos (THORSON; POWELL, 1996; SCHIAU, 2017), bem como comparar grupos com diferentes características étnicas e culturais (THORSON; POWELL, 1993b).

O recurso a instrumentos de recolha de dados, como a entrevista guiada, também foi sugerido, no sentido de possibilitar a obtenção dos significados subjetivos dos participantes sobre o senso de humor e os aspectos que parecem relacionar-se com esta dimensão, proporcionado assim percepções mais específicas sobre o valor das crenças pessoais no enfrentamento (MARZIALI; McDONALD; DONAHUE, 2008). Esta ideia já era defendida por LeBLANC (1987) que concluiu que a pesquisa sobre as atitudes face aos idosos e ao processo de envelhecimento deveria ser aprofundada com recurso a entrevistas não estruturadas, conduzindo a uma prática mais adaptada. A evolução dos instrumentos de coleta de dados também se espera útil no sentido de caracterizar o tipo de humor que os idosos consideram agradável, e que o mesmo possa ser terapêutico (BOKARIUS et al., 2011).

Foi sugerido ainda que sejam estudadas as causas de morte, considerando a possibilidade que algumas delas sejam mais influenciadas pelo senso de humor do que outras (SVEBACK; ROMUNDSTAD; HOLMEN, 2010). Em 1989 já havia sido apontado que as relações interpessoais carecem de maior ênfase na investigação no sentido de ser possível a compreensão das principais características do envelhecimento positivo (RYFF, 1989). Futuras investigações devem superar o estudo das percepções, incidindo sobre a comunicação embasada no humor (SCHIAU, 2017).

CONCLUSÕES

A análise efetuada às publicações incluídas nesta revisão de escopo, permite concluir que o senso de humor é um fenômeno que carece de aprofundamento conceitual. Apesar de vários estudos englobarem pessoas idosas, a forma como o senso de humor se relaciona com o processo de envelhecimento ainda é pouco evidente e, sendo um fenômeno multidimensional, necessita da inclusão das várias variáveis que o influenciam, que ultrapassam as escalas usadas.

Os temas emergentes nesta revisão de escopo encontram-se relacionados com o senso de humor, no entanto, é evidente que eles próprios relacionam-se entre si.

A realização desta revisão de escopo possibilita a reflexão sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa, nomeadamente no âmbito da esfera emocional e interpessoal, na qual o senso de humor assume um papel relevante. De igual forma, é importante uma abordagem multidisciplinar deste fenômeno para a promoção efetiva e abrangente do envelhecimento positivo, desde a fase inicial da vida, possibilitando o desenvolvimento do humor nas pessoas e seus familiares.

Observa-se a inclusão de estudos não recentes o que constitui uma limitação da revisão de escopo apresentada. Esse fato aponta, por si só, para a necessidade de desenvolver pesquisas mais recentes nessa linha de investigação.

REFERÊNCIAS

1. ANDREI, F. Personality Development. *In*: CARDUCCI, B.J. et al. (eds) **The Wiley Encyclopedia of Personality and Individual Differences: Models and Theories**, 2020, p. 335-338, DOI: 10.1002/9781118970843.ch234.

2. ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International journal of social research methodology**, v.8., n.1, p.19-32, 2005. DOI: 10.1080/1364557032000119616.

3. BIDGOL, Z. Z. et al. Death Anxiety and Its Predictors Among Older Adults. **Journal of Holistic Nursing And Midwifery**, v.30, n.2, p.101-110, 2020. Disponível em: http://hnmj.gums.ac.ir/article-1-1385-en.html. Acesso em: 23 abr. 2021.

4. BOKARIUS, A. et al., Attitude toward humor in patients experiencing depressive symptoms. **Innovations in Clinical Neuroscience**, V.8, N.9, p. 20-23, 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3196329/. Acesso em 4 abr. 2021.

5. BRAJKOVIĆ, L. et al., Life satisfaction in persons of the third age after retirement. **Collegium Antropologicum**, v.35, n.3, p. 665–671, 2011. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/51770201_Life_Satisfaction_in_Persons_of_the_Third_Age_after_Retirement. Acesso em: 14 abr. 2021.

6. BRITO, C. J. et al. (2016). Dimensionamento de amostras e o mito dos números mágicos: ponto de vista. **Revista Andaluza de Medicina Del Deporte**, v.9 n.1, 29–31, 2016. DOI: 10.1016/j.ramd.2015.02.007

7. CRACIUN, C; GELLERT, P.; FLICK, U. Aging in Precarious Circumstances: Do Positive Views on Aging Make a Difference? **The Gerontologist**, v.57, n.3, p. 517-528, 2017. DOI: 10.1093/geront/gnv135.

8. CRIMMINS, E. M. Recent trends and increasing differences in life expectancy present opportunities for multidisciplinary research on aging. **Nature Aging**, v.1, p. 12-13, 2021. Disponível em: https://www.nature.com/articles/s43587-020-00016-0. Acesso em: 22 abr. 2021

9. DAVIS, K.; DREY, N.; GOULD, D. What are scoping studies? A review of the nursing literature. **International journal of nursing studies**, v.46, n.10, p.1386-1400, 2009. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.02.010.

10. DE CASTRO VAZ, F., et al., Cortisol e atividade física: será o estresse um indicador do nível de atividade física espontânea e capacidade física em idosos? **Brasília Médica**, v.50, n.2, p. 143-152, 2013. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v50n2a09.pdf. Acesso em 14 abr. 2021.

11. DE ALMEIDA, C. V.; NUNES, C. Humor Is Important in Healthcare Relationship? The Perceptions of Doctors and Nurses. **Open Access Library Journal**, v. 7., n.05, p. 1-16, 2020. DOI: 10.4236/oalib.1106372.

12. DIENER, E. D. et al. The satisfaction with life scale. **Journal of Personality Assessment**, v.49, n.1, p.71-75, 1985. DOI: 10.1207/s15327752jpa4901_13.

13. DIENER, E. D. et al. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, v.125, n.2, p. 276-302, 1999. Disponível em: https://media.rickhanson.net/Papers/SubjectiveWell-BeingDiener.pdf. Acesso: 25 abr. 2021.

14. DUMITRACHE, C. G.; RUBIO, L.; RUBIO-HERRERA, R. Extroversion, social support and life satisfaction in old age: A mediation model. **Aging & Mental Health**, v.22, n.8, pp.1069–1077, 2018. DOI: 10.1080/13607863.2017.1330869

15. EKERDT, D. et al. Is longevity a value for older adults? **Journal of Aging Studies**, v.43, p.46-52, 2017. DOI: 10.1016/j.jaging.2017.10.002.

16. FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace - Revista Científica Internacional**, v.1, n.20, 2012. DOI: 10.6020/1679-9844/2007. Acesso em: 24 abr. 2021.

17. FLECK, M. P. D. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Brazilian Journal of Psychiatry**, v.21, n.1, p. 19-28, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

18. FRIEDMAN, H. H.; FRIEDMAN L. W. Laughing Matters: When Humor Is Meaningful. **Journal of Intercultural Management and Ethics**, n.4, p.55-72, 2019. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3418980. Acesso em: 22 abr. 2021.

19. FORSMAN, A. K.; NORDMYR, J. Psychosocial links between Internet use and mental health in later life: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. **Journal of Applied Gerontology**, v.36, n.12, p.1471–1518, 2017. DOI: 10.1177/0733464815595509.

20. GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, p.123-133, 2012. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n1/123-133/. Acesso em: 23 abr. 2021.

21. GIBSON, J. M. Positive psychology. *In*: GIBSON, J. M. **An introduction to the psychology of humor.** Nova York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2019. p. 168-184.

22. GOLJA, K.; DAUGHERTY, A. M.; KAVCIC, V. Cognitive reserve and depression predict subjective reports of successful aging. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.90, n.104137, p.1-7. 2020. DOI: 10.1016/j.archger.2020.104137.

23. GREENGROSS, G. Humor and aging-a mini-review. **Gerontology**, v.59, n.5, p. 448-453, 2013. DOI: https://doi.org/10.1159/000351005.

24. JESUS, I. et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.27, n.4, e4300016, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072018004300016

25. JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBI Levels of Evidence**, 2013. Disponível em: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf. Acesso em: 4 abr. 2021

26. JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **JBI EBP Database Guide**. Adelaide: JBI, The University of Adelaide, 2021. Disponível em: http://ospguides.ovid.com/OSPguides/jbidb.htm#rf. Acesso em: 24 abr. 2021.

27. JOSÉ, H.; PARREIRA, P. Adaptação para Português da Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS). **Revista Referência**, s.II, n.6, p.7-18, 2008. Disponível em: http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/060718.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

28. KÖHLER, G.; RUCH, W. Sources of variance in current sense of humor inventories: How much substance, how much method variance?. **Humor**, v.9, n 3/4, p. 363-397, 1996. DOI: 10.1515/humr.1996.9.3-4.363

29. LABARCA, C. M. Sentido del humor en el adulto mayor. **Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales**, v.14, n.3, p. 400-414, 2012. Disponível em:http://ojs.urbe.edu/index.php/telos/article/view/2127/1989. Acesso em: 4 abr. 2021

30. LeBLANC, D. Case studying the philosophy, integrity, and emotional health of the elderly. **Educational Gerontology**, v.13, n.5, p. 387-402, 1987. DOI: 10.1080/0360127870130502.

31. LÓPEZ-BENÍTEZ, R. et al., Assessing the ‘’humorous temperament’’: Construction of the facet and standard trait forms of the State-Trait-Cheerfulness-inventory - STCI. **Humor-International Journal Of Personality Assessment**, v.101, n.1, p.84-95, 2017. DOI: 10.1080/00223891.2017.1368022.

32. LUEVANO, V. X. et al., Attachment as a predictor of attraction to humor styles. **Personality and Individual Differences**, v. 173, p. 110634, 2021, DOI: 10.1016/j.paid.2021.110634.

33. MACENA, W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento. **Revista Mosaicum**, v. 15, n. 27, p. 223-238, 2018. DOI: 10.26893/rmv15i27.64. Acesso em: 10 abr. 2021.

34. MALLYA, S.; REED, M.; YANG, L. A theoretical framework for using humor to reduce the effects of chronic stress on cognitive function in older adults: An integration of findings and methods from diverse areas of psychology. **Humor**, v.32, n.1, p.49-71, 2019. DOI:10.1515/humor-2017-0068

35. MARTIN, R. A.; FORD, T. E. The Clinical Psychology of Humor: Humor and Mental Health. *In:* MARTIN, R. A.; FORD, T (eds.). **The psychology of humor, an integrative approach**. 2. ed. Londres: Elsevier Inc., 2018b. p.283-318.

36. MARTIN, R. A.; FORD, T. E. The Clinical Psychology of Humor: Humor and Physical Health. *In:* MARTIN, R. A.; FORD, T (eds.). **The psychology of humor, an integrative approach**. 2. ed. Londres: Elsevier Inc., 2018a. p.319-336.

37. MARZIALI, E.; McDONALD, L.; DONAHUE, P. The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. **Aging & Mental Health**, v. 12, n. 6, p. 713–718, 2008. DOI:10.1080/13607860802154374.

38. MONAHAN, K. The use of humor with older adults aging in place. **Social Work in Mental Health**. v.13, n.1, p.61-69, 2015. DOI: 10.1080/15332985.2014.918922.

39. NETO et al., Envelhecimento ativo: Dignidade e Longevidade com Qualidade de Vida. **International Scientific Journal**, v.15, n.2, p. 162-176, 2020. Disponível em: http://revista.srvroot.com/isp/index.php/isp/article/view/957. Acesso em: 24 abr. 2021.

40. PANDYA, A-K.; KATHURIA, T. Death Anxiety, Religiosity and Culture: Implications for Therapeutic Process and Future Research. **Religions**, v.12, n.1, p.1-13, 2021. Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-1444/12/1/61. Acesso em: 23 abr. 2021.

41. PAPOUSEK, I. et al. The Use of Bright and Dark Types of Humour is Rooted in the Brain. **Scientific reports**, v.7, n.42967, p. 1-8, 2017. DOI: 10.1038/srep42967. Acesso em: 25 abr. 2021.

42. PETERS, M. D. J., et al., Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI Evidence Synthesis**, v.18, n.10, p. 2119-2126, 2020. DOI: 10.11124/JBIES-20-00167.

43. PETERS, M. D. J., et al. Scoping Reviews (2020 version). *In:* AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Editors). **JBI Manual for Evidence Synthesis**, JBI, 2020. Disponível em: https://wiki.jbi.global/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews. Acesso em: 4 abr. 2021.

44. POLLOCK, D., et al., Undertaking a scoping review: A practical guide for nursing and midwifery students, clinicians, researchers, and academics. **Journal of advanced nursing**, v. 77, n.4, p.2102-2113, 2021. DOI: 10.1111/jan.14743. Acesso em: 11 abr. 2021.

45. PROYER, R.T., RUCH, W., MÜLLER, L.Sense of humor among the elderly: Findings using the German version of the SHS. **Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie**, v.43, n.1, p. 19-24, 2010. DOI: 10.1007/s00391-009-0082-0.

46. RIBEIRO, M. et al. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 869-877, 2017, DOI: 10.1590/1981-22562017020.170083. Acesso em: 25 abr. 2021

47. ROMUNDSTAD, S. et al., A 15-Year Follow-Up study of sense of humor and causes of mortality: the Nord-Trondelag health study. **Psychosomatic Medicine**, v.78, n.3, p. 345-353, 2015. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000275

48. RUCH, W.; PROYER, R. T.; WEBER, M. Humor as a character strength among the elderly. Theoretical considerations. **Zeitschriftfür Gerontologie und Geriatrie**, v.43, n.1, p.8-12, 2010. DOI: 10.1007/s00391-009-0080-2.

49. RYFF, C. D. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. **Psychology and aging**, v. 4, n.2, p. 195-201, 1989. DOI: 10.1037//0882-7974.4.2.195

50. SCHIAU, I. Humor, loneliness and interpersonal communication: A quantitative study of Romanian older adults. **Romanian Journal of Communication and Public Relations**, v.18, n.1, p. 89-106, 2016. DOI: 10.21018/rjcpr.2016.1.204.

51. SCHIAU, I. Women gossip and men brag: perceived gender differences in the use of humor by Romanian older women. **Română de Comunicare şi Relaţii Publice**, v.19, n.1, p.69-76, 2017. DOI: 10.21018/rjcpr.2017.1.231.

52. SHIMANO, C., et al., Perceived stress, depressive symptoms, and cortisol-to-cortisone ratio in spot urine in 6878 older adults. ***Psychoneuroendocrinology***, v.125, p.105125, 2021. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2020.105125. Acesso em: 24 abr. 2021.

53. SHOLL-FRANCO, A., et al., Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. **Ciências & Cognição**, v.1, p. 34-53, 2004. Disponível em: http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v01/cec_vol_1_m1147.pdf. Acesso em: 19 abr. 2021

54. SOUSA, L. M. M; JOSÉ, H. M. G. Benefícios do humor na saúde: Revisão Sistemática da Literatura. **Enformação**, v.7, p. 22-32, 2016. Disponível em: https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/992/1/enformacao_07_2016_Benef%C3%ADcios%20do%20humor%20na%20saúde.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

55. SOUSA, L. M. M. et al., Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, Porto, Portugal, v. 1, n. 1, p. 45–54, 2018a. DOI: 10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391. Disponível em: https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20. Acesso em: 24 abr. 2021.

56. SOUSA, L. M. M. et al. Subjective Wellbeing Assessment in People with Chronic Kidney Disease Undergoing Hemodialysis. *In* RATH, T. (ed.). **Chronic Kidney Disease - from Pathophysiology to Clinical Improvements.** 2018b. p. 281-292 DOI: 10.5772/intechopen.71194

57. SOUSA, L. M. M. et al. Humor intervention in the nurse-patient interaction. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v.72, n.4, p.1078-1085, 2019. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2018-0609. Acesso em 25 abr. 2021

58. SVEBAK, S. The Sense of Humor Questionnaire: Conceptualization and Review of 40 Years of Findings in Empirical Research. **Europe's Journal of Psychology**, v.6, n.3, p. 288-310, 2010. DOI: 10.5964/ejop.v6i3.218

59. SVEBAK, S. A theory of sense of humor. **Scandinavian Journal of Psychology**, v.15, n.1, p.99-107, 1974. DOI:10.1111/j.1467-9450.1974.tb00561.x

60. SVEBAK, S.; MARTIN, R. A.; HOLMEN, J. The prevalence of sense of humor in a large, unselected county population in Norway: Relations with age, sex, and some health indicators. **Humor-international journal of humor research**, v. 17, n. 1-2, p. 121-134, 2004. DOI: 10.1515/humr.2004.001.

61. SVEBAK, S.; ROMUNDSTAD, S.; HOLMEN, J. A 7-year prospective study of sense of humor and mortality in an adult county population: The hunt-2 study. I**nternational Journal of Psychiatry in Medicine**, v.40, n.2, p. 125-146, 2010. DOI: 10.2190/PM.40.2.a

62. ROMUNDSTAD, S. et al*.,* A 15-Year Follow-Up Study of Sense of Humor and Causes of Mortality: The Nord-Trøndelag Health Study. **Psychosomatic Medicine**, v. 78, n. 3, p. 345-353. 2010. DOI: 10.1097/psy.0000000000000275.

63. THORSON, J.A.; POWELL, F.C. Relationships of death anxiety and sense of humor. **Psychological reports**, 72 (3 Pt 2), p. 1364-1366, 1993a. DOI: 10.2466/pr0.1993.72.3c.1364

64. THORSON, J.A.; POWELL, F.C. Sense of humor and dimensions of personality. **Journal of Clinical Psychology**, v.9, n.6, p. 799-809, 1993b. DOI: 10.1002/1097-4679(199311)49:6<799::AID-JCLP2270490607>3.0.CO;2-P

65. THORSON, J.A.; POWELL, F.C. Women, aging, and sense of humor. **Humor**, v.9, n.2, p. 169-186. 1996. DOI: 10.1515/humr.1996.9.2.169.

66. TORRES-VIGIL, I. et al. The role of empathic nursing telephone interventions with advanced cancer patients: A qualitative study. **European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society**, [s.l.], v.50, p.101863, 2021. DOI: 10.1016/j.ejon.2020.101863. Acesso em: 25 abr. 2021.

67. XAVIER, L. G. S., et al. Conceito de cientificidade na conceituação e reflexões do envelhecimento: narrativas pertinentes. **Revista Diálogos Possíveis**. v. 19, n. 2, jul/dez. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/349439577_Conceito_de_cientificidade_na_conceituacao_e_reflexoes_do_envelhecimento_narrativas_pertinentes

68. YIP, J. A.; MARTIN, R. A. Sense of humor, emotional intelligence, and social competence. **Journal of research in personality.** v.40, n.6, p.1202-1208, 2006. Disponível em: http://www.jeremyyip.org/uploads/1/2/6/7/12676056/yip_martin_2006.pdf. Acesso em: 24 abr. 2021.

69. YODER, M. A.; HAUDE, R. H. Sense of humor and longevity: older adults' self-ratings compared with ratings for deceased siblings. **Psychological reports**, 76 (3 Pt 1), p. 945-946, 1995. DOI: 10.2466/pr0.1995.76.3.945.

70. VAN DER WAL, C.N.; KOK, R. N. Laughter-inducing therapies: Systematic review and meta-analysis. **Social Science & Medicine**, n.232, p.473-488, 2019. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.02.018.

71. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Social Science & Medicine**, v.41, n.10, p.1403-1409, 2015b. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-k

72. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. 2015a. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=7609D6C7218136BCDEDE3DC09523B35A?sequence=1. Acesso em: 23 abr. 2021.

73. ZHAO, J. et al. Effect of humour intervention programme on depression, anxiety, subjective well-being, cognitive function and sleep quality in Chinese nursing home residents. **Journal of Advanced Nursing (John Wiley & amp; Sons, Inc.)**, [s. l.], v.76, n.10, p. 2709–2718, 2020. DOI 10.1111/jan.14472. Acesso em: 25 abr. 2021.

22

Sobre a morte e o morrer para fisioterapeutas que cuidam de pacientes oncológicos em fase terminal: um estudo qualitativo

Mayara do Socorro Brito dos Santos
UFPA

Edilene do Socorro Nascimento Falcão Sarges
UFPA

Victor Augusto Corrêa Cavaleiro
UFPA

10.37885/210404245

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população tem criado novas demandas diante das quais o sistema de saúde deverá se reorganizar. À medida que uma doença progride, torna-se maior a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida. **Objetivo:** Compreender como reagem à morte os fisioterapeutas que cuidam de pacientes oncológicos em fase terminal. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, no qual participaram quatro fisioterapeutas da equipe de Cuidados Paliativos, do Hospital Ophir Loyola. As informações foram colhidas através de uma entrevista semiestruturada e analisadas por conteúdo. **Resultados e discussão:** Os relatos dos fisioterapeutas geraram quatro categorias de análise: Relação profissional-paciente: o processo de cuidar e suas dificuldades; Sentimentos e seus significados em relação ao processo de morte e morrer; O apoio encontrado na equipe multiprofissional; Tríade equipe de saúde - paciente – família: os desafios e as expectativas encontradas em relação ao futuro do paciente. **Conclusão:** Em geral, a relação entre o fisioterapeuta e o paciente é de extrema importância para ambos, mesmo que alguns profissionais prefiram manter levantado um escudo de proteção emocional entre si. Diante de uma morte, o apoio da equipe multiprofissional faz-se fundamental para compartilhar experiências e suportar a dor da perda. E não se deve esquecer que é necessário ao profissional ser verdadeiro e sincero, fornecendo informações concretas e reais, para que as relações tanto com o paciente quanto com seus familiares sejam de total confiança.

Palavras-chave: Fisioterapia, Cuidados Paliativos, Relação Profissional-Paciente, Envelhecimento, Morte/Luto.

INTRODUÇÃO

De 1940 a 2015, a esperança de vida no Brasil para ambos os sexos passou de 45,5 anos para 75,5 anos, um aumento de 30 anos. A população muito idosa, àquela de 80 anos ou mais, terá um grande e rápido crescimento, levando a um processo de transição demográfica e de envelhecimento populacional.[1, 2]

O envelhecimento da população tem criado novas demandas diante das quais o sistema de saúde deverá se reorganizar. Em 2030, ao alcançar os 60 anos, os brasileiros conseguirão viver duas décadas adicionais; as decisões sobre prevenção e tratamento de doenças, portanto, deverão se basear não na idade, mas na expectativa de vida dos indivíduos. A abordagem de idosos com múltiplas comorbidades crônicas deve ser interdisciplinar envolvendo necessariamente uma equipe gerontológica, cujos objetivos devem ser melhorar a qualidade de vida do paciente e sua família, evitar a iatrogenia, prevenir as complicações de doenças estabelecidas e aumentar, preservar ou recuperar a capacidade funcional.[3]

Entende-se por doenças crônico-degenerativas aquelas de curso evolutivo e incapacitante, que não são passíveis de cura, como por exemplo, as que acometem os sistemas cardiovascular, respiratório, osteoarticular, as demências, o câncer, etc.; essas doenças podem acometer pessoas de todas as faixas etárias, porém o envelhecimento é o maior fator de risco para sua ocorrência.[4]

À medida que uma doença progride, torna-se maior a necessidade de cuidados paliativos, o que os torna quase que exclusivos ao final da vida; a proposta de cuidados paliativos configura-se como uma atenção a todos os pacientes com doenças graves, progressivas e incuráveis, que ameacem a continuidade da vida, com o objetivo de oferecer qualidade de vida ao paciente e à família, buscando a prevenção e o alívio do sofrimento, além do tratamento impecável da dor e de outros sintomas, sejam esses de natureza física, psicossocial, espiritual, entre outras.[5]

Inseridos dentro de uma visão holística, que considera não somente a dimensão física, como também as preocupações psíquicas, sociais e espirituais dos pacientes, os cuidados paliativos não têm como objetivo prolongar a vida e alcançar a cura das doenças, mas sim oferecer o melhor tratamento visando proporcionar conforto e evitar sofrimento, não importando o tempo de vida restante do paciente.[6, 7]

E o fisioterapeuta? Como lida e encara a morte?

Mesmo no avanço da profissão, e com a ampliação das áreas de atuação, pouco se menciona especificando a fisioterapia em Cuidados Paliativos. O fisioterapeuta é um dos profissionais de saúde que mais convive com o paciente, muitas vezes com períodos de cronicidade; e é no sentido da cronicidade que muitas vezes o fisioterapeuta se vê atendendo

em Cuidados Paliativos, fazendo-se necessário que esteja preparado para compreendê-lo e cuidá-lo em sua globalidade.[8]

Diante da escassez de pesquisas e discussões no que tange aos pacientes em estágio terminal, e especificamente, no campo da Fisioterapia, esta pesquisa também se faz necessário, pois os cursos de graduação raramente abordam as necessidades dos pacientes terminais, e tampouco, o tema morte. Neste ensejo, considerando que todos os profissionais da saúde estão sujeitos a se depararem com pacientes nesta situação, verifica-se que precisam de um preparo para lidar com situações de perda, morte, morrer e luto.[9]

Sendo assim, este estudo teve o objetivo de compreender como reagem à morte os fisioterapeutas que cuidam de pacientes oncológicos em fase terminal.

MÉTODO

Para a realização da pesquisa, optou-se por um estudo qualitativo de caráter exploratório, com utilização de um roteiro de entrevista semi-estruturado.

Participaram da pesquisa quatro fisioterapeutas do Hospital Ofhir Loyola, instituição referência no Estado do Pará para tratamento oncológico; os profissionais selecionados trabalhavam na equipe de cuidados paliativos, e para a realização desta pesquisa não foi estabelecido um número pré-determinado de colaboradores, pois realizou-se conforme o interesse e a disponibilidade dos mesmos, além da saturação dos dados.

Os critérios de inclusão na amostra foram: 1) Estar atuando como fisioterapeuta de cuidados paliativos na assistência aos pacientes idosos fora de possibilidades de cura há pelo menos dois anos; 2) Aceitar participar da pesquisa e estar de acordo com as condições descritas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas em um ambiente cedido pela instituição, sendo este uma sala silenciosa e tranquila a fim de que os entrevistados ficassem à vontade. A coleta de dados ocorreu durante três semanas, onde cada entrevista individual foi realizada de acordo com a disponibilidade dos fisioterapeutas e da pesquisadora. Os relatos foram gravados, e posteriormente, transcritos na íntegra e analisados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Minayo[10]. As categorias de análise surgiram a partir de temas emergentes.

A pesquisa foi aprovada pela Diretoria de Ensino e Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, órgãos ligados ao Hospital Ophir Loyola e a Universidade Federal do Pará (CEP/ICS- UFPA), respectivamente. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido e foram respeitadas as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Visando garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por pseudônimos baseados em nomes de planetas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os quatro entrevistados, dois eram mulheres e dois eram homens, com tempo de atuação em cuidados paliativos com média de 3,75 anos, variando de 2 a 6 anos. Quando questionados sobre os setores em que atuavam, as respostas foram: clínica cirúrgica cardíaca e torácica, clínica de hematologia, clínica de Mastologia e ginecologia e visitas domiciliares.

As entrevistas realizadas originaram quatro categorias de análise referentes aos cuidados fisioterapêuticos de pacientes idosos em cuidados paliativos: Relação profissional-paciente: o processo de cuidar e suas dificuldades; Sentimentos e seus significados em relação ao processo de morte e morrer; O apoio encontrado na equipe multiprofissional; Tríade equipe de saúde - paciente – família: os desafios e as expectativas encontradas em relação ao futuro do paciente, como descrito a seguir.

Relação profissional-paciente: o processo de cuidar e suas dificuldades

Cuidar de um paciente em fase terminal requer não somente o conhecimento técnico por parte do profissional, como também a sensibilização para lidar com as fragilidades físicas e emocionais que estão envolvidas no processo de finitude; ser terapeuta de um paciente que agoniza é nos conscientizar da singularidade de cada indivíduo e é também uma tomada de consciência de nossa própria finitude, de nosso conjunto limitado de dias[11].

Trabalhar com pessoas que estão vivenciando o processo de finitude significa ser também capaz de vincular-se com o outro, de permanecer ao seu lado até o fim: enfrentando todas as etapas desta luta até mesmo diante da perda que se anuncia; é demonstrar ao doente que ele é um ser único e especial, e que o profissional está ali também para lhe escutar, lhe compreender, lhe fazer companhia, e quem sabe, até para não o julgar por temer a morte.

Mais que aplicar determinada técnica e utilizar determinado aparelho, trabalhar com cuidados paliativos significa se tornar responsável por todos aqueles a quem cativa, porque é somente o tempo que nos dedicamos àquela pessoa é que a torna única em nossas vidas, como podemos observar na fala a seguir:

> *Depende muito: depende de quanto tempo eu investi naquele paciente, quanto tempo eu passei com ele, porque as vezes o médico já indica muito tardiamente, quando chego para avaliar e volto no outro dia, o paciente já não se encontra mais lá. E isso acaba interferindo no fato de que eu não crio vínculos, mas à medida que você conhece um paciente logo que foi colocado nos cuidados paliativos, a gente acaba passando mais tempo com ele e vai criando um vínculo maior com esse paciente. – Marte.*

Com a hospitalização, o paciente é submetido a um espaço estranho, a uma rotina diferente e a contatos com pessoas desconhecidas que vão cuidar dele e, com isso, ele pode

tornar-se desconfiado, melancólico e algumas vezes hostil à abordagem médica. Logo, os vínculos servem à função de os manterem a salvo naquele novo mundo e é o que nos faz ser importantes e merecedores de seu carinho e sua confiança.[12, 13]

Marcucci [6] afirma que a impossibilidade de cura não significa a deterioração da relação profissional-paciente, mas sim o estreitamento da mesma, trazendo certamente benefícios para ambos os lados; podemos observar esse estreitamento nos relatos a seguir:

> *A minha relação com o paciente ela não muda independente dele descobrir que é cuidados paliativos (...) mantenho o mesmo relacionamento e não deixo de falar, de me envolver, de conversar com o paciente, porque eu acho que esse momento é o momento que ele mais precisa da gente! – Vênus.*

> *(...) nós devemos ter a melhor relação possível em termos de cuidados, que é a sensibilidade em relação a esse paciente, dando aquele suporte (...) e particularmente, eu tenho uma grande interatividade com esses pacientes. – Mercúrio.*

Araújo[14] afirma que ao manter o contato por meio do olhar, por exemplo, o profissional passa a mensagem silenciosa de que se importa não apenas com o que o paciente está falando, mas também com o que ele está sentindo e expressando. Preocupar-se com o paciente enquanto ser humano, com sentimentos e emoções e não apenas com um sintoma ou um órgão comprometido, facilita, assim, o cuidado integral, humanizado e holístico do mesmo.

Engana-se o profissional que pensa que dele o paciente somente espera a cura, ou que só ela serve; muitos doentes querem apenas ser acompanhados com amor, que para muitos é a mais profunda fonte de prazer, e se possível, sem dor até o fim de suas vidas. Logo, eles sentem-se muito bem ao ver que no final de sua jornada houve amor, dedicação e compromisso, e isso os ajuda a sentir que a vida valeu a pena e se sentem mais tranquilos para partir.[15]

Sentimentos e seus significados em relação ao processo de morte e morrer

Mesmo que o fisioterapeuta tenha conseguido amenizar a dor emocional de seu paciente, tal fato não ameniza a tristeza que esses profissionais podem apresentar diante desse processo de morte e morrer:

> *É doloroso pra gente, porque é um paciente que a gente se dedica muito achando que faz a nossa parte; claro que independente disso ele vai evoluir ou não, mas infelizmente a gente fica deprimido, porque a gente descobre que ele é um paciente de cuidados paliativos que infelizmente vai evoluir a óbito, ele não vai sair dali, não vai ter uma sobrevida maior que outros pacientes. – Vênus.*

Ao analisarmos esse relato, percebemos que até mesmo o profissional, que sabe que não há expectativa de uma mudança no quadro de saúde do doente, mantém a esperança de que se reverta à doença, que se descubra alguma saída, que esse paciente ganhe uma chance de sobrevida.

Pois, ao lidar com o paciente diariamente, todo profissional anseia por ver a melhora do mesmo; saber que seus esforços e empenho estão contribuindo para a recuperação daquela vida produz um misto de satisfação e orgulho pelo trabalho bem feito que esteja sendo realizado, mas quando o prognóstico do paciente se torna sombrio, o que antes era motivo de prazer e realização profissional torna-se motivo de culpa e tristeza por não conseguir obter a recuperação prevista, desejada e ansiada por todos.

Somente quando se deparam com o fato de que por mais que tentem eles não possuem o controle sobre o processo de vida e morte de seus pacientes, é que são obrigados a encarar o fato de não serem Deus e aí sucumbirem aos sentimentos de frustação pessoal, derrota e impotência diante do inevitável.

Talvez, mesmo na equipe de cuidados paliativos, cujo fim do paciente é do conhecimento de todos, a morte ainda é um desafio diário a ser combatido e vencido, porque ao se ganhar mais algumas horas, alguns dias, semanas ou meses de vida para o doente, equivale-se a adiar e enganar a morte por mais um tempo, e isso, inconscientemente, é uma maneira frágil de negar o desconhecido e incontrolável ato de morrer.

É como uma guerra invisível chegando ao fim: não é apenas uma batalha perdida, representa também as limitações que temos como profissionais e como ser humano.

O sentimento de frustação, por vezes não pode ser evitado visto que mesmo sabendo que um dia o tão temido momento da partida iria chegar, a verdade é que ninguém quer que ele aconteça, ninguém de fato está preparado para deixar o morto partir:

> *Eu te confesso que fico bem abalada emocionalmente! Porque a gente sabe que aquilo pode acontecer, mas digamos assim, ninguém quer, ninguém quer que aquilo chegue naquele momento! É muito triste. Quando a gente começa a trabalhar com isso, a gente se frustra, é frustrante, mas a gente tenta superar, tentar se fazer um pouco de forte pra que a gente não se abata, não comprometa a evolução dos outros pacientes. – Vênus.*

Por estes motivos o profissional de saúde prefere manter levantado seu escudo de proteção emocional, como forma de não se desequilibrar, de não se fragilizar diante da sociedade, e com o passar do tempo passa a encarar tal fato como normal. Podemos claramente observar através das falas a seguir:

> *Atualmente, devido ao longo período de experiência que eu já tenho na área, é normal, pelo fato de eu não me envolver. Certo ponto eu chego a ser frio: não vou negar, que as vezes sentimos tristeza em relação a perda do pa-*

ciente, mas não chega ser um desequilíbrio; a vida continua e amanhã já tô atendendo um novo paciente sem problema nenhum. – Mercúrio.

Acho que antes eu reagia até ficar mais sentido. Não que a pratica tenha me deixado ficar com o coração mais duro, mas acho que a gente começa a encarar de forma diferente e a ser mais passivo ou mais quieto pra poder não transparecer nossa fragilidade para os acompanhantes desse paciente que morreu. – Terra.

O apoio encontrado na equipe multiprofissional

Há uma urgência latente no desafio para cuidar das dores daqueles que se dedicam diariamente a cuidar do próximo; o profissional de saúde ainda é herdeiro da mitificação social e institucional criada ao seu redor sob a figura de um salvador, e é apenas diante das perdas que ele se reconhece como não sendo um ser onipotente como até então se iludia desde o percurso de sua formação. Porém, um fato intrigante que se estabeleceu com o passar dos anos, é que se nem mesmo as famílias dos pacientes podem vivenciar abertamente o seu estado de luto e pesar, como poderiam tais profissionais vivenciar os seus?

Porque as manifestações aparentes de luto e de dor, hoje em dia não inspiram mais a pena da sociedade e sim são encaradas como sinal de perturbação e repugnância, principalmente vinda dos profissionais. Afinal, destes esperam-se uma compostura racional necessária para lidar com tais situações e não que os mesmos não controlem suas emoções; anseia-se sim por uma postura mais humanizada, mas também esperam de deles uma frieza, um conhecimento técnico e uma capacidade para utiliza-los nos momentos certos.[15].

Então, o que se deve esperar dos profissionais diante da morte?

Por causa de todos esses questionamentos, dúvidas, angústias e anseios que é necessário acolher este profissional que está sob estresse nos momentos finais da vida do paciente, e é para isto também que serve o importantíssimo trabalho da equipe multiprofissional, não só para cuidar do paciente e sua família, como também cuidar uns dos outros, de seus próprios integrantes; e a diferença de se trabalhar dentro deste contexto é facilmente percebida, conforme os relatos abaixo:

Trabalho numa equipe com todo suporte emocional que é necessário, porque a gente precisa também. Não só eles, como a gente também! Então, a gente conversa muito com a psicóloga; a gente trabalha numa equipe onde a gente tem realmente a atuação da psicóloga que dá suporte pro paciente, e a gente consegue de uma forma ou de outra expor todos os sentimentos que a gente tem! E aí, cada um fala da sua parte, e a gente consegue, assim, trabalhar muito bem nesse sentido. – Vênus.

Talvez seja um fator que me faça ainda optar em estar nos cuidados paliativos, porque foi aqui que eu consegui ver a equipe multiprofissional funcionando. Eu vejo que sou escutado, eu partilho também minhas opiniões quando se precisa; e isso me agrada e é um dos motivos que me fazem ter satisfação de trabalhar lá. – Terra.

Muitas vezes, nos esquecemos que a equipe não está imune ao estresse vivido pelos doentes, e devido ao fato deles terem de lidar com diversos casos diariamente faz-se necessário que os mesmos tenham um suporte psicológico e emocional dentro de seu ambiente de trabalho. Poder compartilhar as diferentes vivências com os demais colegas é de um caráter terapêutico único, pois nos mostra que não estamos sós nessa batalha que é encarar o fim da vida.

Falar, ouvir, chorar, apoiar uns aos outros permite que os profissionais saiam de suas redomas de isolamento e os ajudam a lidar com suas limitações pessoais e profissionais, a melhorar o cuidado com seus pacientes, a confrontar as dores alheias e se solidarizar com as mesmas, a construir espaços de acolhimento para esses cuidadores afim de que possam juntos enfrentar o medo de criar intimidade com a pessoa sob seus zelos.

Não é somente na graduação que se faz necessário legitimar e discutir sobre os assuntos de finitude da vida; no dia a dia das clínicas e dos hospitais a morte é vivenciada por etapas, que provocam grande vulnerabilidade a todos os envolvidos nesse processo e a solidão diante das dificuldades, de não saber confortar nem ficar ao lado do paciente à beira da morte e de não poder salvá-lo, chegam muitas vezes a provocar o adoecimento deste profissional, seja de caráter físico e/ou emocional.

Nesse momento, a insuficiência teórica alia-se a ausência de especialistas que o ajudem a enfrentar seus medos e preconceitos diante da morte e do morrer. Logo, é indispensável que se tenha um momento de trocas de experiências, de desabafos entre todos da equipe médica, para que o ato de "acostumar-se" com as doenças, com os sofrimentos e as mortes, venha significar a aprender lidar com as emoções e não apenas tentar inutilmente eliminá-las, permitindo, assim, que haja a diferenciação da dor do outro sem que para isso se corte o laço de identificação com o paciente.[16]

Tríade equipe de saúde - paciente – família: os desafios e as expectativas encontradas em relação ao futuro do paciente

Coelho et al[17] preconiza humanizar o relacionamento do profissional de saúde com a família, a fim de que se estabeleça vínculo de confiança e zelo, evitando assim sentimentos de raiva ou desconfiança ao sanar as dúvidas dos familiares não deixando equívocos ou engano. Segue abaixo o relato:

> *(...) sempre me recepcionaram, apesar da situação de cuidados paliativos, do paciente terminal... (...) me tratavam como uma pessoa assim, magnífica pra eles. Porque viam que eu dava aquele carinho, que dava aquele suporte, aquele conforto para aquele paciente (...) – Mercúrio.*

A família é a célula social, cuja formação individual deu início e constitui uma referência importante em toda vida, inclusive no final dela; por conta disso, é comum a reivindicação da presença de seus membros em situações positivas, que trazem alegria, e nas difíceis, quando o sofrimento parece requerer ser compartilhado. O câncer é a doença que mais faz sofrer a família devido aos seus importantes remanejamentos psicofamiliares, e por isso a família também deve ser tida como "doente" e assim ser acompanhada pela equipe médica.[15, 18]

É necessário que o profissional seja verdadeiro e sincero, fornecendo informações concretas e reais, para que as relações uns com os outros sejam de total confiança, tanto com o paciente quanto com seus familiares. Só quando esse vínculo é criado que se torna possível discutir e tomar determinadas ações a respeito do rumo do tratamento do enfermo, tal como ponderar sua transferência do hospital para sua residência se assim for de sua vontade e possível. Conforme podemos verificar no relato a seguir:

> *(...) e a gente ver que eles se sentem bem melhor em casa, e eles tem uma maior abertura; são mais acessíveis quando estão em casa do que estão no ambiente hospitalar com esse profissional (...) na residência, ele meio que esquece esses problemas; aquela dor que existia dentro do hospital, é bem menor em casa... Por quê? Porque ele tem o cuidado da família, cuidado do cuidador; ele tá naquela residência, naquele castelo dele. – Mercúrio.*

Perceber a diferença do bem-estar do paciente nos diferentes ambientes é muito importante para o profissional e a família do doente, porque enquanto pudermos preservar a autonomia das tomadas de decisões dele, será melhor para o seu emocional. Há pessoas que se sentem mais seguras, que se esquecem dos problemas, das dores, quando retornam ao seu lar, a sua casa, apesar dos sintomas como dor, náuseas e vômitos ainda persistirem, o paciente por vezes prefere retornar a sua residência do que permanecer sob os cuidados do ambiente hospitalar, principalmente em se tratando de idosos.

Portanto, a equipe não pode deixar de se perguntar mesmo quando o paciente atingir o estágio final da doença, o que o doente deseja fazer nessas circunstancias? E como podemos atuar? Porque nem sempre é tão simples ou possível resolver todos os problemas do paciente, sejam ele de ordem física, emocional, existencial ou espiritual, mas é importante para o doente perceber ao menos que suas vontades ainda são levadas em consideração pela família e pela equipe, que entendemos que nem sempre que o que achamos ser o melhor para ele é o que o paciente deseja para si.

CONCLUSÃO

Ao fim deste estudo, podemos considerar que trabalhar tão de perto com o processo de morte e morrer nos leva a reconhecer a importância da vida, seja enquanto profissionais,

seja enquanto pessoas, mas também, nos leva a refletir que pesquisar e estudar o tema morte, dentro de uma sociedade, cuja falta de reflexões sobre a finitude e perdas humanas causam a sensação de inquietação a respeito da efemeridade da vida, é uma forma de se observar a angustia de quem está morrendo, de se compartilhar a dor inominável do ser enlutado, e assim, dar voz ao discernimento sobre o processo de finitude que parece estar tão distante do cotidiano, enquanto que na verdade seu som está apenas encoberto pelo silencio que o medo do desconhecido e incontrolável ato de morrer provoca em nossas consciências humanas.

Não podemos nos esquecer que cuidar de um paciente em Cuidados Paliativos requer não somente o conhecimento técnico especifico, como também a sensibilização para lidar com as fragilidades físicas e emocionais envolvidas neste processo. Para isso, as habilidades de comunicação são essenciais ao profissional de saúde que convive com o paciente, porque elas o permitem ter um melhor acesso a essa abordagem emocional e com isso criar um vínculo especial com o paciente.

Dentro da abordagem da fisioterapia é quase impossível não se vincular com o enfermo, pois o tempo de convivência, o toque e a escuta a eles cedidos auxiliam para que haja uma relação mais afetiva e calorosa com este paciente; é claro que ter um maior tempo de atendimento não é suficiente para indicar a existência de um vínculo criado entre o profissional e o doente, não podemos nos esquecer e refletir o quanto aquele profissional conhece e se deixou conhecer pelo paciente.

Porém, mesmo esperando-se uma postura mais humanizada por parte dos profissionais de saúde, a sociedade também exige silenciosamente que ele adote uma postura de frieza diante destes momentos de perda para que não abata ainda mais a família enlutada e os demais pacientes que ainda permanecem sob seus cuidados. Assim, o estado de luto e de dor é evitado pela maioria destes profissionais, que relutam em demonstrá-lo e senti-lo como forma de superar o mais rápido possível esta perda, e por isso, muitos preferem manter levantado seu “escudo” de proteção emocional como forma de não se fragilizar diante da sociedade.

O problema está que no decorrer do tempo, tal muralha emocional passa a ser encarada como normal, podendo levar a equipe de saúde a não receber o suporte psicológico adequado e necessário para o seu ambiente de trabalho, por aparentarem lidarem bem com as perdas dos pacientes; logo seus estresses, medos, angústias e receios vivenciados não são compartilhados e reconhecidos pelos demais membros do hospital, podendo acarretar até mesmo em adoecimento para o corpo e para mente deste profissional.

Deseja-se que trabalhar com a finitude nos permita desnudarmos e expor-nos por completo as suas implicações, e com o avançar do tempo, possamos encarar o inevitável

processo de morrer como o ato simples e natural que é, em vez de um fato medonho e fatídico, porque as perdas ocorrem de uma maneira ou de outra; o luto por morte é apenas um dos muitos eventos que enfrentamos ao longo da jornada que é a vida.

Portanto, muito embora o profissional fisioterapeuta seja preparado para reabilitar, restaurar e cuidar de vidas, ele é acima de tudo um profissional que preserva sonhos e desejos, procurando garantir o bem-estar físico, psíquico e emocional desde o nascimento até a morte, principalmente quando essa se torna inevitável.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Portal Brasil. Expectativa de vida no Brasil sobe para 75,5 anos em 2015. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/governo/2016/12/expectativa-de-vida-no-brasil-sobe-para-75-5-anos-em-2015>. Acesso em: 27 de Fevereiro de 2017

2. CAMARANO, A.A; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira – Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E.V; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia [4ª ed.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p.52-65.

3. CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia do Envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E.V.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia [4ª ed.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 66-78.

4. BURLÁ, C; AZEVEDO, D.L; PY, L. Cuidados Paliativos. In: FREITAS, E.V.; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia [4ª ed.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 1198-1208.

5. MOURA, A.V.P. Cuidados Paliativos Ser-Para-a-Morte: Reflexões sobre um Atendimento Psicológico [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Natal, 104 p., 2012

6. MARCUCCI, F.C.I. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 51, n. 1, p.67-77, 2005.

7. CARREIRO, A.S. A Atuação dos Terapeutas Ocupacionais na Área dos Cuidados Paliativos – Caracterização do Ensino nas Instituições de Ensino Superior do Brasil [TCC]. Universidade de Brasília: Faculdade de Ceilândia, 2013.

8. CEZARIO, E.P. O Fisioterapeuta diante dos Cuidados Paliativos e da Morte. In: SANTOS, F.S. São Paulo: Editora Atheneu, 2011. p. 443-452.

9. MÜLLER, A.M. *et al*. Paciente Oncológico em Fase Terminal: Percepção e Abordagem do Fisioterapeuta. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 57, n. 2, p. 207-215, 2011.

10. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2004.

11. KÜBLER-ROSS, E. Sobre a Morte e o Morrer. 7ª ed. - São Paulo: Martins Fonte, 1996.

12. PAIVA, L.E. O médico e sua relação com o paciente diante da morte. In: SANTOS, F.S. (Org.). Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p.77-87.

13. PARKES, C.M. Amor e Perdas: as raízes do luto e suas complicações. São Paulo: Summus, 2009.

14. ARAÚJO, M.M.T; SILVA, M.J.P. A Comunicação com o Paciente em Cuidados Paliativos: Valorizando a Alegria e o Otimismo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.41, n.4, p.668-674, 2007.

15. CAIXETA, M; HANNA, M.M. Problemas de Psicologia Médica Ligados às Especialidades. In: CAIXETA, M. Psicologia Médica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2005.

16. SILVA, G; AYRES, J.R. Os Estudantes de Medicina e o Encontro com a Morte: Dilemas e Desafios. In: FRANCO, M.H.P. Formação e Rompimento de Vínculos: O Dilema das Perdas na Atualidade. São Paulo: Summus, 2010.

17. COELHO, A.F. *et al.* A importância do conhecimento do cuidado paliativo pelos docentes durante o curso de graduação em enfermagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, 2014.

18. SCHIMIDT, T.C.G.; PARREIRA, J.A.R. Percepção dos enfermeiros docentes frente ao processo de morte e morrer. Revista Enfermagem Brasil, São Paulo, v.13, n.3, p. 163-172, 2014.

SOBRE O ORGANIZADOR

Edilson Coelho Sampaio

Graduado em Terapia Ocupacional pela Universidade do Estado do Pará (2005-2010), com especialização em Saúde do Idoso pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) da Universidade Federal do Pará (UFPA) (2011-2013). Mestre (2013-2015) e Doutor (2015-2020) em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela UFPA com ênfase em Virologia e Epidemiologia. Professor nos cursos de graduação do Núcleo Saúde e Pedagogia da Faculdade Ideal e do curso de Terapia Ocupacional na Universidade da Amazônia. É membro do Conselho Editorial da Editora Cientifica Digital. Áreas e temáticas de interesse: desenvolvimento infantil (ênfase nos transtornos do neurodesenvolvimento), atenção a saúde da pessoa idosa, epidemiologia, saúde coletiva e fundamentos de Terapia Ocupacional.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/7154091678027221

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidente Vascular Encefálico: 201

Atenção Integral a Saúde do Idoso: 15

Avaliação: 53, 100, 189, 255, 274, 282, 293

C

Canto Coral: 269

Covid: 213

Cuidador: 123, 226, 255

Cuidadores: 125

Cuidados Paliativos: 212, 215, 221, 226, 227

D

Dependência: 90

Depressão: 178, 180, 190

Dinheiro: 11, 152, 157

E

Educação em Saúde: 130

Educação Interprofissional: 15

Enfermeiro: 12, 211, 212, 215

Envelhecimento: 46, 67, 76, 79, 99, 102, 104, 120, 139, 150, 151, 176, 178, 180, 202, 226, 230, 233, 234, 238, 243, 270, 282, 283, 293, 319, 320, 324, 334

Escolaridade: 94, 156, 168, 257, 262, 263, 264, 266, 267, 289

Expectativa de Vida: 334

F

Fatores de Risco: 11, 177, 178, 185, 186

Fisioterapia: 182, 188, 189, 255, 274, 293, 324, 326

Fragilidade: 174, 293, 312, 318

I

Idoso: 64, 69, 75, 78, 79, 81, 83, 88, 90, 99, 125, 165, 167, 178, 180, 194, 212, 215, 227, 255, 263, 274, 293, 296

Impactos: 102

Institucionalizado: 212, 215

L

Lesão: 50, 57, 66

Lesão por Pressão: 50, 57

Longevidade: 296, 319

Luto: 230, 233, 234, 235, 237, 239, 240, 242, 243, 324

M

Marcha: 274, 276, 278, 279, 280, 281, 282

Maus: 75, 81, 86, 87, 88

Morte: 234, 237, 243, 257, 263, 264, 265, 324, 334, 335

N

Nicotina: 132

P

Paciente: 56, 298, 324, 334, 335

Perdas: 230, 233, 243, 335

Polifarmácia: 285, 289, 294

Q

Qualidade de Vida: 12, 98, 119, 245, 246, 254, 255, 256, 263, 264, 271

R

Reabilitação: 204, 205, 206, 207, 209, 320

Relação Profissional: 324, 327

S

Sarcopenia: 13, 69, 70, 72, 284, 285, 286, 292, 293, 294

Saúde do Idoso: 15, 20, 178, 189, 254

Senso de Humor: 13, 295

Sexualidade: 139, 140, 142, 143, 144, 151

T

Tabagismo: 132, 135, 137

Tecnologias: 102, 115, 117, 118

Terapia Ocupacional: 209

Transtorno: 132, 190

V

Velhice: 163, 233, 234, 237

Violência Doméstica: 87

follow us

www.editoracientifica.org contato@editoracientifica.org

ISBN 978-658982617-0

VENDA PROIBIDA - ACESSO LIVRE - OPEN ACCESS

editora científica