

# ENVELHECIMENTO HUMANO NO SÉCULO XXI:

ATUAÇÕES EFETIVAS NA PROMOÇÃO DA  
SAÚDE E POLÍTICAS SOCIAIS

## ORGANIZADORES

Adriana Schüler Cavalli,  
Anna Quialheiro Abreu da Silva,  
Glauce Suely Jácome da Silva,  
Manoel Freire de Oliveira Neto,  
Rodrigo Caetano Arantes,  
Sheila Marta Carregosa Rocha,  
Vitória Regina Quirino de Araújo.



**realize**  
Editora

ISBN: 978-65-86901-02-3

## **CONSELHO EDITORIAL**

Adriana Schüler Cavalli - UFPEL  
Anna Quialheiro Abreu da Silva - UMINHO  
Glauce Suely Jácome da Silva - UEPB  
Manoel Freire de Oliveira Neto - UEPB/UAMA  
Rodrigo Caetano Arantes - Consultor em envelhecimento  
Sheila Marta Carregosa Rocha - UNEB  
Vitória Regina Quirino de Araújo - UEPB



**realize**  
Editora

Rua Aristides Lobo, 331, Bairro: São José,  
Campina Grande - PB, CEP 58400-384  
<http://www.editorarealize.com.br> | [contato@portalrealize.com.br](mailto:contato@portalrealize.com.br)

Adriana Schüler Cavalli,  
Anna Quialheiro Abreu da Silva,  
Glauce Suely Jácome da Silva,  
Manoel Freire de Oliveira Neto,  
Rodrigo Caetano Arantes,  
Sheila Marta Carregosa Rocha,  
Vitória Regina Quirino de Araújo.

# **Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais**



**realize**  
Editora

2020

### **Dados Internacionais da Catalogação na Publicação (CIP)**

E61 Envelhecimento humano no século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais / organizadores, Adriana Schüler Cavalli, Anna Quialheiro Abreu da Silva, Manoel Freire de Oliveira Neto, Rodrigo Caetano Arantes, Sheila Marta Carregosa Rocha, Vitória Regina Quirino de Araújo, Glauce Suely Jácome da Silva. - Campina Grande: Realize eventos, 2020.  
1139 p. : il.

ISBN 978-65-86901-02-3

1. Envelhecimento humano. 2. Promoção da saúde. 3. Políticas públicas. I. Cavalli, Adriana Schüler. II. Silva, Anna Quialheiro Abreu da. III. Oliveira Neto, Manoel Freire de. IV. Arantes, Rodrigo Caetano. V. Rocha, Sheila Marta Carregosa. VI. Araújo, Vitória Regina Quirino de. VII. Silva, Glauce Suely Jácome da.

21. ed. CDD 361.614

# SUMÁRIO

## **A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO ..... 14-28**

DANIELE VIEIRA DANTAS, RODRIGO ASSIS NEVES DANTAS, JESSICA CRISTHYANNE PEIXOTO NASCIMENTO

## **A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO ANCORADO NA TEORIA DA DÁDIVA ..... 29-48**

THAZIA COSTA, GILSON DE VASCONCELOS TORRES, ROSANA LÚCIA ALVES DE VILAR, RICARDO HENRIQUE VIEIRA DE MELO

## **A SUPLEMENTAÇÃO DE CURCUMINA NA PREVENÇÃO DO ALZHEIMER PRECOCE EM PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN ..... 49-64**

ANA KATARINA DIAS DE OLIVEIRA, ALINNE RAFAELLA JERÔNIMO BENVIDES LUZ

## **A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL ..... 65-83**

SUELANE RENATA DE ANDRADE SILVA, LILIAN GUERRA CABRAL DOS SANTOS, JULIANA CORDEIRO CARVALHO

## **ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATOIDE EM IDOSOS ..... 84-99**

LUCIANA MOURA DE ASSIS, DANIELE RODRIGUES DA SILVA, RAQUEL FRAGOSO PEREIRA CAVALCANTI, JOÃO RODRIGUES DE SOUSA

## **ACESSIBILIDADE PARA ADULTOS E IDOSOS COM DEFICIÊNCIA EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ..... 100-114**

KAISY MARTINS DE ALBUQUERQUE MADRUGA, TATIANA FERREIRA DA COSTA, NATALIA PESSOA DA ROCHA LEAL, KÁTIA NEYLA DE FREITAS MÂCEDO COSTA

## **ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: FATORES QUE SE INTERPÕEM E AS DIMENSÕES QUE A CONFORMAM NA CONTEMPORANEIDADE. .... 115-133**

JOÃO GUILHERME CARVALHO DE FREITAS, EMANUEL SARAIVA CARVALHO FEITOSA, JOSEANA MARIA SARAIVA, IÊDA LITWAK DE ANDRADE CEZAR

## **ANÁLISE DOS ACESSOS ÀS EDIFICAÇÕES INSTITUCIONAIS EM INGÁ-PB SOB O OLHAR DA NBR 9050 ..... 134-148**

RAYSSA DE LOURDES CARVALHO MARINHO DO RÊGO CATÃO, ALLISON ARAUJO BURITI, PAULA MONISE MARTINS DE MELO, ALEX BORBA LIRA DANTAS

## **APLICABILIDADE DA ESCALA DE BRADEN EM IDOSOS SOB A ÓPTICA DOS ENFERMEIROS ..... 149-163**

BELARMINO SANTOS DE SOUSA JÚNIOR, ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA, ALEX ALEXANDRE DA SILVA, SIDNEY RAFAEL GOMES DE OLIVEIRA

## **APLICABILIDADE DO USO DA HIPODERMÓCLISE EM IDOSOS EM TRATAMENTO PALIATIVO: REVISÃO INTEGRATIVA ..... 164-178**

MONIQUE DE FREITAS GONÇALVES LIMA, JULIANA CORDEIRO CARVALHO

**APRENDIZAGENS DE SI NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO ..... 179-194**

AUREA DA SILVA PEREIRA, IEDA FATIMA DA SILVA, TARCISIO CARVALHO DA CRUZ

**ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO SONO E AS ALTERAÇÕES NO SEU PADRÃO REGULAR EM IDOSOS: UMA CORRELAÇÃO COM DOENÇAS COGNITIVAS E CARDIOVASCULARES ..... 195-211**

HIRISLEIDE BEZERRA ALVES, HIRISDIANE BEZERRA ALVES

**ASSOCIAÇÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DOS IDOSOS SOBRE A AIDS E SEU PERFIL SOCIOECONÔMICO ..... 212-226**

ALINE OLIVEIRA SILVA, SIMONE CALDAS TAVARES MAFRA, MARIA DAS DÔRES SARAIVA DE LORETO

**ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO A IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA ..... 227-241**

JAIMS FRANKLIN RIBEIRO SOARES, PAÏLLA GABRIELLY ANTAS LUNGUINHO DANTAS, MARIA JÚLIA GALINDO SOARES

**AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE LABORAL DAS MULHERES IDOSAS QUEBRADEIRAS DE COCO BABAÇU. .... 242-257**

ADRIANA MARIA DE ARAÚJO LACERDA PAZ, MÁRCIA ANDRÉA GONÇALVES LEITE, PAULA TÂMARA VIEIRA TEIXEIRA PEREIRA, MARIA

**AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE IDOSOS SOBRE CÂNCER BUCAL E DIAGNÓSTICO PRECOCE: REVISÃO INTEGRATIVA ..... 258-272**

ANDREA MÁRCIA DA CUNHA LIMA, CÍCERA PATRÍCIA DANIEL MONTENEGRO, MARIA DAS GRAIÇAS DUARTE MIGUEL, CARILES SILVA DE OLIVEIRA

**AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS ..... 273-288**

MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA, ARTHUR ALEXANDRINO

**BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO ..... 289-302**

VAGNA CRISTINA LEITE DA SILVA PEREIRA, SILVINA OLIVEIRA ALVES, ALZIRA MARIA DE ARAÚJO NETA GOMES, MAYARA LAYANE DE SOUZA JOVENTINO

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SITUAÇÃO DE SAÚDE E OCORRÊNCIA DE QUEDAS ENTRE IDOSAS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NA CIDADE DE MACEIÓ/AL\* ..... 303-317**

ELAINE CRISTINA TÔRRES OLIVEIRA, KARLA SUNAMITA DE OLIVEIRA SANTOS, NEMORIO RODRIGUES ALVES, KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA

**CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM IDOSOS, ESTILO DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO ..... 318-334**

MARCÍLIO SAMPAIO DOS SANTOS., OLAVO LEITE DE MACEDO NETO, MÁRCIA ANDRÉA GONÇALVES LEITE, MÉRCIA AURÉLIA GONÇALVES LEITE

**COMPARAÇÃO ENTRE OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR E DE UM PROGRAMA DE VIBRAÇÃO DE CORPO INTEIRO SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUT ..... 335-350**

MARIA CAROLINA DA SILVA CARDOSO NANQUE, ÁDILA EDUARDA DOS SANTOS VASCONCELOS, STEFPANY KATIELLY ALVES SILVA, SHEILIANE DA SILVA BARBOSA

**CONDIÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E FUNCIONALIDADE DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM UM CONDOMÍNIO PÚBLICO ..... 351-368**

FABÍOLA DE ARAÚJO LEITE MEDEIROS, THAMIRES MAYARA ALVES BEZERRA, MARÍLIA GABRIELA DE OLIVEIRA, MARIA DO CARMO EULÁLIO

**CONHECIMENTO E PRÁTICA DE IDOSOS DIABÉTICOS SOBRE A PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS ..... 369-383**

FRANCILENE JANE RODRIGUES PEREIRA, EMILIA GUILHERME DA EMILIA, HELANE DA NÓBREGA FERNANDES, THAÍS GRILO MOREIRA XAVIER

**CONHECIMENTO E USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ..... 384-404**

LOUISE PASSOS VIGOLVINO MACEDO, JOSEFA RAQUEL LUCIANO DA SILVA, EVANILZA MARIA MARCELINO, NAYANNE LEAL DO MONTE

**CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS DA PESSOA IDOSA NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS ..... 405-423**

RITA DE KASSIA TORRES NOBREGA, JOSEANA MARIA SARAIVA

**CONTRIBUIÇÃO NUTRICIONAL DAS PLANTAS ALIMENTÍCIAS NÃO CONVENCIONAIS PARA A SAÚDE DO IDOSO ..... 424-439**

ÍVINA ALBUQUERQUE DA SILVA, LUCAS HENRIQUE DE BARROS PORTELA, MARIA DO ROSÁRIO DE FÁTIMA PADILHA, NEIDE KAZUE SAKUGAWA SHINOHARA

**CONTRIBUINTES E COMPLICAÇÕES DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM IDOSOS ..... 440-454**

JANISLEI SOARES DANTAS, XÊNIA SHEILA BARBOSA AGUIAR QUEIROZ, WYNNE PEREIRA NOGUEIRA, WALLISON PEREIRA DOS SANTOS

**DELINEAMENTO DO PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E TENDÊNCIA DA ADESÃO A FARMACOTERAPIA DE PACIENTES ASSISTIDOS PELO HIPERDIA ..... 455-469**

455-469

MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ, ANNA JULIA DE SOUZA FREITAS, DAYVERSON LUAN DE ARAÚJO GUIMARÃES, MARIA LUISA DE SÁ VIEIRA

**DISPOSITIVO LEGAL E DO SENSO COMUM: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO E DA VELHICE ..... 470-489**

KARINE KÁTIA IRIA LUIZ, SIMONE CALDAS TAVARES MAFRA, MARIA DAS DÓRES SARAIVA DE LORETO

**EFEITOS DA ESCOLA DE POSTURAS NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DA PESSOA IDOSA: REVISÃO INTEGRATIVA ..... 490-504**

CÍCERA PATRÍCIA DANIEL MONTENEGRO, MARIA SOCORRO DE ALBUQUERQUE CALDEIRA, MARIA DE FÁTIMA BEZERRA DO NASCIMENTO, RANIÊR SANTOS DE LIMA

**ENVELHECIMENTO HUMANO E HANSENÍASE: FATORES DE RISCO CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E DE ATENÇÃO À SAÚDE ..... 505-520**

GERLANE CRISTINNE BERTINO VÉRAS, EVANIRA RODRIGUES MAIA

**ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO UTILIZADAS POR CUIDADORES IDOSOS ..... 521-538**

ALESSANDRA SOUZA DE OLIVEIRA, LUCIANA ARAÚJO DOS REIS, RENATO NOVAES CHAVES, ARIANNA OLIVEIRA SANTANA LOPES

**FATORES RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RENAIAS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE EM GOIÂNIA- GOIÁS ..... 539-553**

MÁRCIA ANDRÉA GONÇALVES LEITE, ADRIANA MARIA DE ARAÚJO LACERDA PAZ, OLAVO LEITE DE MACEDO NETO, MARCÍLIO SAMPAIO DOS SANTOS.

**FISIOTERAPIA EM IDOSOS COM ZUMBIDO: REVISÃO INTEGRATIVA ..... 554-567**

JULIANA CORDEIRO CARVALHO, GERMANA MARIA SOARES DA CUNHA, MONIQUE DE FREITAS GONÇALVES LIMA

**HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS: UMA ANÁLISE DO ESTILO DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO ..... 568-584**

ALLAN BATISTA SILVA

**HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NO PROJETO DE EXTENSÃO ATIVA IDADE - A PRÁTICA LÚDICA COMO FATOR POTENCIALIZADOR ..... 585-599**

RENATA CARDOSO ROCHA-MADRUGA, ANTARES SILVEIRA SANTOS, ADILSON AVELINO DA SILVA FILHO, GABRIELLA BARRETO SOARES

**IMPACTO DE UM PROGRAMA ESTRUTURADO DE HIDROCINESIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MENOPÁUSICAS ..... 600-615**

FEMININO, ANALUIZA BATISTA DURAND, ALINE BEZERRA MOUZINHO, GABRIELA SILVA DE OLIVEIRA

**IMPACTOS E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE IDOSOS QUE SE TORNAM CUIDADORES DE IDOSOS ..... 616-630**

XÊNIA SHEILA BARBOSA AGUIAR QUEIROZ, WALLISON PEREIRA DOS SANTOS, JAMIRA MARTINS DOS SANTOS, LARISSA DOS SANTOS SOUSA

**IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS EM IDOSOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA ..... 631-645**

NADJARA MARCIELE DO NASCIMENTO SILVA, LUÍS ANTÔNIO SOARES DA SILVA, LUÍZA THOMÉ DE ARAÚJO MACÊDO

**LEMBRO DA ANTIGA ENFERMEIRA, MAS DA DE ONTEM NÃO: TERAPÊUTICA DE ENFERMAGEM E O IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER ..... 646-660**

JULIANA ANDREIA FERNANDES NORONHA, ANA BEATRIZ GOUVEIA DE ARAÚJO, JOYCE KELLY ARAÚJO DA SILVA

**O ENVELHECIMENTO HUMANO NA GESTÃO MUNICIPAL: INSTRUMENTOS DE AÇÕES DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DE CAMPINA GRANDE-PB**

..... 661-676

MARIA JOSÉ GUERRA, MARIA CLARA MOURA MONTEIRO

**O ENVELHECIMENTO, A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E O IMPACTO NAS INTERNAÇÕES NO ÂMBITO DO SUS ..... 677-695**

ELÍDIO VANZELLA

**O FEMININO DIANTE DA VELHICE: CRENÇAS ATRIBUÍDAS POR MULHERES IDOSAS AO ENVELHECIMENTO ..... 696-711**

ADRIANO DE SOUSA BARROS, LAIZA KELLY DA SILVA VASCONCELOS

**O IDOSO CRIMINOSO: POSSÍVEIS MOTIVAÇÕES PARA O CRIME NA CONCEPÇÃO DA TEORIA PSICANALÍTICA ..... 712-732**

DANIELY DA SILVA DIAS VILELA, CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA

**O LUGAR DA VELHICE NA ESCOLA ..... 733-748**

NAYANA PINHEIRO TAVARES, PEDRO VINÍCIUS LINS OLIVEIRA LIMA, EVERTON WILLIAN DE OLIVEIRA CAVALCANTI, CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA

**PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSAS PARTICIPANTES DO PROJETO GINÁSTICA NA TERCEIRA IDADE DA UNIVERSIDADE MAURÍCIO DE NASSAU-CAMPINA GRANDE ..... 749-763**

KELLY CRISTINA ALVES DE ARAÚJO, ANDERSON GOMES PORTO, TIAGO SILVA SOUSA, JOERIKA BATISTA CIQUEIRA

**PERCEPÇÃO DO RELACIONAMENTO ENTRE IDOSOS E ADULTOS JOVENS DA MESMA FAMÍLIA: DISTANCIAMENTO OU APROXIMAÇÃO? ..... 764-779**

CIRLENE FRANCISCA SALES DA SILVA, CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS, DANIELY DA SILVA DIAS VILELA, ERIDEISE GURGEL DA COSTA

**PERCEPÇÕES DO CUIDAR SOB A ÓTICA DE IDOSOS CUIDADORES ..... 780-794**

WALLISON PEREIRA DOS SANTOS, JANISLEI SOARES DANTAS, FERNANDA BEATRIZ DANTAS DE FREITAS, XÊNIA SHEILA BARBOSA AGUIAR QUEIROZ

**PERFIL DAS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM IDOSOS E A QUALIDADE EM SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA**

..... 795-809

JESSICA CRISTHYANNE PEIXOTO NASCIMENTO, RODRIGO ASSIS NEVES DANTAS, DANIELE VIEIRA DANTAS

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS  
LONGEVOS COMUNITÁRIOS ..... 810-824**

ANA CLAUDIA TORRES DE MEDEIROS, DHÉBORA RHANNY RIBEIRO ESCOREL BARROS, KAIO GABRIEL  
NUNES DA SILVA, DIANA COUTO ASSIS

**PICS NA VILA: ATENÇÃO HUMANIZADA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM-  
ESTAR DA PESSOA IDOSA. .... 825-839**

ANA CLÁUDIA ALVES PIMENTA, NATHÁLIA PRISCILLA MEDEIROS COSTA DINIZ

**POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO: ANÁLISE DO PROGRAMA VIDA SAUDÁVEL  
..... 840-857**

CARLOS HENRIQUE VIEIRA FELICIO , CRISTIAN RIBEIRO GONÇALVES, LUCIANA MOREIRA MOTTA RAIZ,  
REGINA CELIA DE SOUZA BERETTA

**PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER CERVICOUTERINO: SABERES E  
PRÁTICAS DE MULHERES IDOSAS ..... 858-872**

ALEXANDRE BEZERRA SILVA, ANDREA TABORDA RIBAS DA CUNHA, MAÍSA PAULINO RODRIGUES,  
AMANDA PAULINO DE OLIVEIRA

**PROGRAMA HABITACIONAL CIDADE MADURA: PROPOSTA DE SOCIALIZAÇÃO?  
..... 873-887**

MARINA HOLANDA KUNST

**QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO  
INTERIOR PAULISTA ..... 888-903**

CRISTIAN RIBEIRO GONÇALVES, LILIAN CRISTINA GOMES DO NASCIMENTO, DANILO CANDIDO BULGO,  
DANIEL DOS SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA E DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE  
LONGA PERMANÊNCIA\* ..... 904-918**

KERLE DAYANA TAVARES DE LUCENA, NEMORIO RODRIGUES ALVES, ELAINE CRISTINA TÔRRES  
OLIVEIRA, KARLA SUNAMITA DE OLIVEIRA SANTOS

**QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO ..... 919-933**

ALANA SIMÕES BEZERRA, DAVID IGOR SANTIAGO DOS SANTOS

**REDE INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES VOLTADAS PARA A TERCEIRA  
IDADE: BRASIL E PORTUGAL ..... 934-954**

SHEILA MARTA CARREGOSA ROCHA

**REGISTRO DE CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HOSPITALIZADOS POR  
HIPERTENSÃO E DIABETES: UM ESTUDO DOCUMENTAL ..... 955-970**

JONÁBIA ALVES DEMETRIO AMARAL, FABÍOLA DE ARAÚJO LEITE MEDEIROS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES  
SOBRE A PRÁTICA DIÁRIA DO CUIDADO ..... 971-987**

RENATO NOVAES CHAVES, LUCIANA ARAÚJO DOS REIS, ELAINE DOS SANTOS SANTANA, ALESSANDRA SOUZA DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE A GRIPE ..... 988-1002**

SUSANNE PINHEIRO COSTA E SILVA, GESUALDO GONÇALVES DE ABRANTES, RAFAELLA QUEIROGA SOUTO, MARIA JOYCIELLE DE LIMA MACIEL

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIAS DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA  
FUNCIONAL SOBRE O ENVELHECER ..... 1003-1018**

ELAINE DOS SANTOS SANTANA, LUCIANA ARAÚJO DOS REIS, RENATO NOVAES CHAVES, ALESSANDRA SOUZA DE OLIVEIRA

**RINITE E ASMA EM IDOSOS: FENÓTIPOS EMERGENTES E A POLIFARMÁCIA .....  
1019-1033**

RAQUEL FRAGOSO PEREIRA CAVALCANTI, GICIANE CARVALHO VIEIRA, MARCIA REGINA PIUVEZAM

**SATISFAÇÃO DOS IDOSOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO DO  
NORDESTE BRASILEIRO ..... 1034-1044**

ALEX ALEXANDRE DA SILVA, SIDNEY RAFAEL GOMES DE OLIVEIRA, ANA ELZA OLIVEIRA DE MENDONÇA, BELARMINO SANTOS DE SOUSA JÚNIOR

**SEXUALIDADE E INFECÇÃO POR HIV/AIDS EM IDOSOS DO NORDESTE  
BRASILEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO ..... 1045-1059**

MARILIA SOUTO DE ARAUJO, SORAYA MARIA DE MEDEIROS, DAYANA KELLY SOARES FERREIRA, JUCIELLY FERREIRA DA FONSECA

**SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE ESCOPO ..... 1060-1074**

RODRIGO ASSIS NEVES DANTAS, DANIELE VIEIRA DANTAS, JOYCE KAROLAYNE DOS SANTOS DANTAS, ELOYSA DOS SANTOS OLIVEIRA

**SOBRECARGA EMOCIONAL DE CUIDADORAS DE IDOSOS ..... 1075-1089**

GLEICY KARINE NASCIMENTO DE ARAÚJO, ELISMAR PEDROZA BEZERRA, RAFAELLA QUEIROGA SOUTO, ALINE DE BRITO TORRES

**SOFRIMENTOS DE PESSOAS EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA TERAPIA  
COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E MEIOS DE SUPERAÇÃO ..... 1090-1108**

VERBENA SANTOS ARAÚJO, RAYLA PATRÍCIA DA SILVA ANDRADE, ÍZABEL CRISTINA SANTOS DO NASCIMENTO

**UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DE SINTOMAS  
CLIMATÉRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA ..... 1109-1123**

SAULO RIOS MARIZ, ELLEN ONARA RODRIGUES SANTOS JUVINO, MALENA APARECIDA DA SILVA, TAYSE GABRIELLY LEAL DA SILVA

**VELHOS E NOVOS SIGNIFICADOS SOBRE A VELHICE E O PAPEL DO ESTADO NA  
PROVISÃO DAS DEMANDAS SOCIAIS DA PESSOA IDOSA. .... 1124-1139**  
SÍLVIA CAVADINHA CÂNDIDO DOS SANTOS, IÊDA LITWAK DE ANDRADE CEZAR, JOSEANA MARIA SARAIVA

# PREFÁCIO

## **Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas na promoção da saúde e políticas sociais**

### **Prefácio**

Como é envelhecer no século XXI, em que coexistem o aumento populacional, a mundialização socioeconômica, avanço tecnológico, política internacional, expansão cidadina e significativas alterações no meio ambiente? E o ser humano está pensando o envelhecimento? Uns, sim; outros, não.

Esta temática foi pensada para estabelecer uma conexão entre as várias áreas do conhecimento e dialogar sobre as políticas sociais e públicas voltadas para a saúde. O cuidar que implica numa relação para além do trabalho, da profissão e da vocação; a ética que está diretamente relacionada com os valores, os deveres e os direitos das relações humanas e sociais; a pesquisa científica, criteriosa, com metodologias próprias e diversas que observa, reflete, analisa e propõe sugestões, soluções para várias questões que circundam as pessoas, em medir sua qualidade de vida, e, conseqüentemente, perceber como está se processando a longevidade.

Em cada época histórica, o envelhecimento é diferente por diversos aspectos, principalmente pelo tempo e pelo espaço. As culturas são diversas, mas a civilização caminha para espaços de solidariedade e generosidade, peculiares da maturidade do indivíduo e do pertencer a um mundo plural, diverso, onde coexistem gerações, gênero, sexo, idade, cor, raça, etnia, dentre outras variáveis.

Pensando em contextualizar o Envelhecimento na perspectiva da saúde, com contributos da Educação Física, Nutrição, da Fisioterapia, da Enfermagem, da Medicina, da Biomedicina, da Psicologia, da Gerontologia, dentre as outras áreas que integram as Ciências da Saúde, quer seja individual, coletiva ou pública; cujas pesquisas evoluem e prestam um significativo servir à Humanidade.

E qual a intervenção do Estado para apoiar e contribuir de forma efetiva através de políticas públicas que ampliem o alcance delas para todos os cidadãos? Quais as Políticas Sociais que realizam verdadeiras intervenções a fim de beneficiar um maior número de pessoas, cuidando e educando para uma saúde de qualidade, que garantam um envelhecimento saudável e ativo?

Tudo isso foi discutido e apresentado no VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENVELHECIMENTO HUMANO, que ocorreu na simpática cidade de Campina Grande, no Estado da Paraíba, no país, que envelhece, chamado Brasil. Por isso convido-os a uma vasta e proveitosa leitura neste livro digital.

Envelhecer com Saúde!

**Dra. Sheila Marta Carregosa Rocha**

**P.h.D. em Sociologia do Envelhecimento e Família na Sociedade Contemporânea**

## A ASSISTÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS AO IDOSO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Daniele Vieira Dantas<sup>1</sup>  
Rodrigo Assis Neves Dantas<sup>2</sup>  
Jessica Cristhyanne Peixoto Nascimento<sup>3</sup>

### RESUMO

**Introdução:** com o aumento do número de idosos, amplia-se a necessidade de adaptações das políticas públicas para melhor atender-lhes, visando diminuir a quantidade de violência cometida aos mesmos. Na maioria dos casos, o idoso sofre abuso em seu próprio lar, sendo vítima de um familiar, por apresentar-se em situação de maior vulnerabilidade, definindo-se por violência intrafamiliar. A equipe de saúde, incluindo a de enfermagem, é a principal responsável na detecção dessas violações, pois apresentam maior proximidade com as relações sociais da comunidade em que está inserida, não se resumindo em apenas identificar como também detectar o abuso e notificá-lo, além de promover a recuperação e proteção da pessoa idosa. **Objetivo:** descrever os principais cuidados de Enfermagem à pessoa idosa vítima de violência. **Métodos:** trata-se de um *Scoping Review*, realizada em abril de 2019, nas bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde; Biblioteca Virtual em Saúde; *Scientific Electronic Library Online* e SCOPUS. A amostra final foi de 18 artigos encontrados durante a busca. **Resultados:** os objetivos mais frequentes da literatura encontrada trataram-se do perfil sociodemográfico dos idosos vítimas de violência, além dos principais cuidados prestados pela equipe de saúde, destacando-se a enfermagem. **Conclusão:** as pesquisas evidenciaram a importância da atuação do enfermeiro frente à violência cometida contra os idosos. Dentre as principais estratégias utilizadas pela enfermagem, destacou-se a visita domiciliar, a escuta efetiva durante as consultas entre o idoso e enfermeiro, a formação de grupos para encorajamento da pessoa idosa e os estímulos ao autocuidado.

**Palavras-chave:** Violência, Maus-tratos aos idosos, Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

O crescimento populacional da pessoa idosa nos últimos anos tem acarretado mudanças no desenvolvimento econômico e impactado a saúde com novas descobertas. Os censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2017) mostram a crescente proporção de idosos durante os últimos anos. Em 1980 existiam 7,2 milhões de pessoas com idade acima dos 60 anos, já em 2010 esse número sobe para 20,6 milhões. No Brasil, os dados apontam que até 2060 o número de idosos deve chegar a 25,5% da sua população (IBGE, 2017).

<sup>1</sup>Pós-doutora em Enfermagem, professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, [daniele00@hotmail.com](mailto:daniele00@hotmail.com);

<sup>2</sup>Pós-doutor em Enfermagem, professor adjunto do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, [rodrigoenf@yahoo.com.br](mailto:rodrigoenf@yahoo.com.br);

<sup>3</sup>Mestranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [jessicacristhy@gmail.com](mailto:jessicacristhy@gmail.com).

Com o aumento da expectativa de vida, amplia-se a necessidade de adaptações das políticas públicas para melhor atender este público, principalmente, visando a diminuição de agentes agressores, dentre eles a violência (OLIVEIRA, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), a violência define-se pelo uso intencional, de poder real ou de ameaça contra outra pessoa, causando consequências físicas, psicológicas ou morte.

Considera-se um idoso violentado quando sofre ato único ou repetido que inclui abuso físico, psicológico, emocional, financeiro e material, abandono e negligência (OMS, 2014). Em 2017, contabilizaram-se mais de 33 mil denúncias de abusos contra idosos no Brasil, sendo a maior parte das violências ocorridas no sexo feminino (IBGE, 2017).

O processo de envelhecimento é inerente ao ser humano, assim, as questões fisiológicas e de debilidade que afetam a qualidade de vida requer dos cuidadores maior atenção e zelo. Em geral esses cuidadores são pessoas próximas, como familiares e amigos que constituem o ciclo de convivência do idoso em questão. Dessa forma, alguns conflitos interpessoais podem existir mediante a ideia de que o envelhecimento é sinônimo de abstenção de decisões. Porém, deve-se lembrar de que o idoso é o principal responsável de sua vida até que se prove o contrário (AMARAL, 2017).

O estatuto do idoso no Art. 3º evidencia a obrigação da família, comunidade, sociedade e poder público assegurar o mesmo do direito à vida, dignidade e respeito. Apesar disso, a violência contra o idoso ocorre em diversas culturas e em classes sociais distintas, ocasionando gastos públicos na recuperação dessas pessoas (BRASIL, 2013).

O fato de grande parte das causas de violências serem provenientes das relações interpessoais causa-se um conflito com o senso comum que se tem sobre a culpabilidade de poderes públicos e de gestão sobre esse tema. Na maioria dos casos, o idoso sofre abuso em seu próprio lar, sendo vítima de um familiar, por apresentar-se em situação de maior vulnerabilidade, definindo-se por violência intrafamiliar.

A equipe de saúde, principalmente, a da Estratégia de Saúde da Família (ESF), muitas vezes, é a principal responsável na detecção dessas violações, por apresentar maior proximidade com as relações sociais da comunidade em que está inserida (BRASIL, 2013; WINCK, 2018). A Enfermagem compõe cerca de 60% dos trabalhadores da saúde, sendo esta profissão com maior probabilidade de contato com o conflito e, conseqüentemente, maior chance de detecção de maus tratos (SANTANA, 2016).

Seja esse idoso proveniente de sua residência ou das Instituições de Longa Permanência (ILP), o papel da equipe de Enfermagem não resume apenas em detectar o abuso

e notificá-lo, mas no cuidado para recuperação e proteção da pessoa idosa. Além disso, tem a responsabilidade de proporcionar ações voltada para prevenção de agravos futuros, através do planejando e executar estratégias voltadas para a diminuição gradativa dos conflitos, atuando junto à equipe multidisciplinar para uma maior efetividade (MACHADO, 2013; SANTANA, 2016).

Assim, torna-se relevante este estudo por evidenciar o papel da equipe de Enfermagem sob a ótica do idoso que sofre maus tratos e como a Enfermagem pode contribuir para redução de danos e aperfeiçoar o cuidado. Portanto este estudo tem como objetivo: descrever os principais cuidados de Enfermagem à pessoa idosa vítima de violência.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um *Scoping review* (revisão de escopo), que tem como objetivo mapear os principais conceitos de uma determinada área de pesquisa, a fim de clarear as definições de um trabalho, destacando fontes e evidências disponíveis na literatura. É útil para compreender assuntos pouco abordados, que ainda não estão claros ou que podem ser trabalhados com mais valor, através de outras questões mais específicas (JBI, 2015).

De acordo com a proposta oferecida pelo Instituto Joanna Briggs, elaborou-se um protocolo de busca com as seguintes fases: Identificação da questão de pesquisa; Identificação de estudos relevantes; Seleção dos estudos; Mapeamento dos dados; e Agrupamento, síntese e relato dos resultados.

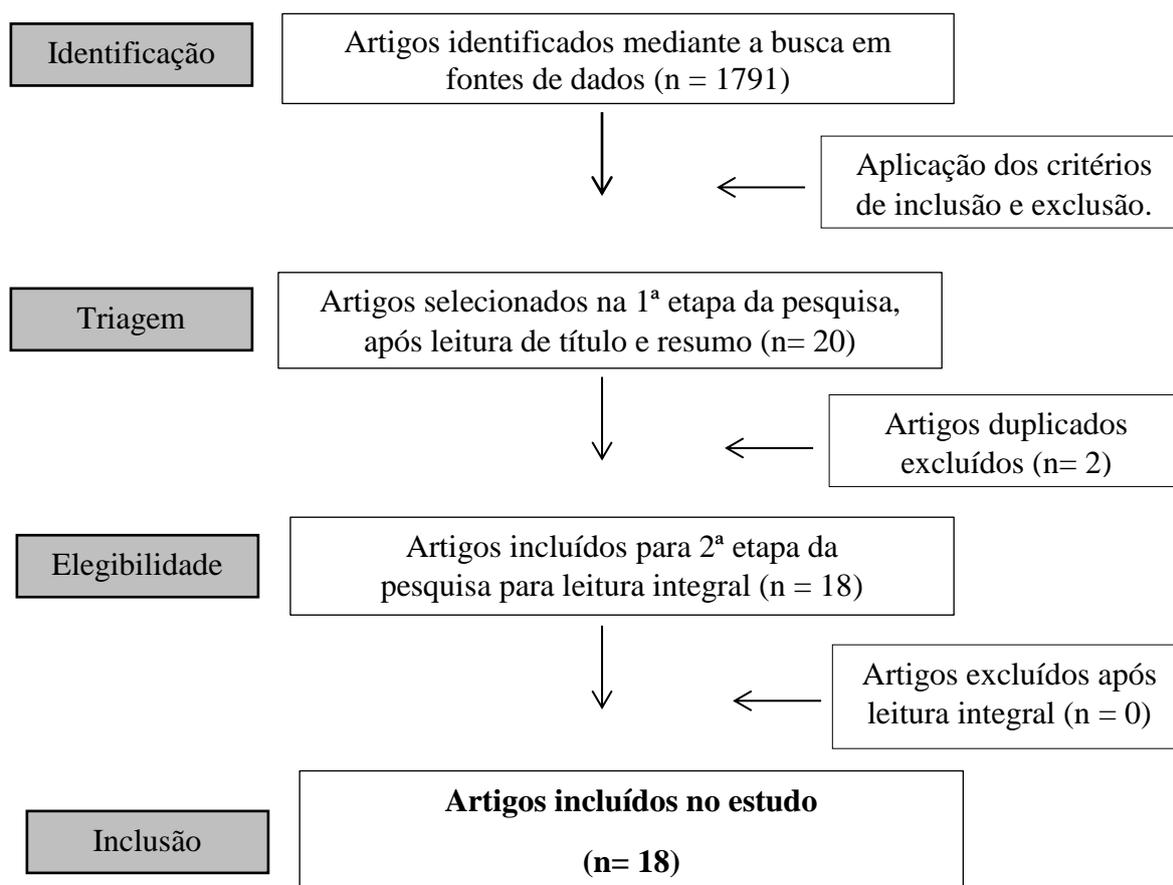
Além disso, utilizou-se o método PCC para a criação do tema e questão de pesquisa, no qual o P: população do estudo (equipe de enfermagem e idosos); C: conceito do tema a ser desenvolvido (assistência de enfermagem frente à violência contra os idosos); e C: contexto no qual o mesmo ocorre (o papel da equipe de enfermagem frente à situação de violência contra o idoso). Dessa forma, para a produção do presente estudo, instituiu-se a seguinte questão de pesquisa: “Quais são os cuidados de enfermagem prestados aos idosos que sofrem violência?”

Como critérios de inclusão, consideraram-se artigos dos últimos 10 anos (2009-2019), disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, que respondessem ao tema e questão de pesquisa elaborada e que estivessem disponíveis para leitura na íntegra. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações, resumos, cartas ao editor e artigos duplicados nas bases de dados.

A busca foi realizada no mês de abril de 2019, através do acesso ao Portal de Periódicos CAPES, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Biblioteca Virtual em Saúde (BDENF); *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)* e *SCOPUS*. Foram utilizados os descritores indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs): “Violência”, “Maus-tratos aos idosos”, “Enfermagem”, assim como seus respectivos descritores nos idiomas inglês e espanhol, separados pelo operador booleano *AND*.

A extração dos resultados ocorreu em duas etapas, a qual a primeira caracterizou-se pela análise do título e resumo, aplicando os critérios de exclusão e inclusão e a segunda sucedeu-se com a leitura completa dos artigos selecionados, observando se os mesmos respondiam a questão de pesquisa, como mostrados no fluxograma a seguir (Fig. 1).

**Figura 1.** Fluxograma de busca e análise dos artigos pesquisados nas bases de dados. Natal, RN, Brasil, 2019.



Após a análise final, os artigos selecionados foram sintetizados em uma tabela, destacando os dados mais importantes, como: nome dos autores, ano de publicação, objetivo

do trabalho e principais resultados achados. Em seguida, discutiram-se as informações que respondessem a questão de pesquisa, de acordo com o tema proposto.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

De acordo com as pesquisas realizadas e análise do quadro abaixo, observa-se que dentre os estudos incluídos nesta revisão, a maioria são descritivos e transversais. Os objetivos mais frequentes trataram-se do perfil sociodemográfico dos idosos vítimas de violência, além dos principais cuidados prestados pela equipe de saúde, destacando-se a enfermagem.

**Quadro 1.** Autores, ano de publicação, base de dados e tipo de estudo da literatura encontrada. Natal/RN, 2019.

nº	Autor/Ano	Base de Dados	Tipo do estudo	Objetivo
1	ALMEIDA et al., 2019	LILACS	Descritivo, qualitativo	Conhecer aspectos relacionados à violência contra o idoso, sob a concepção do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.
2	OLIVEIRA et al., 2018	LILACS	Descritivo, exploratório, qualitativo.	Analisar as concepções dos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades Básicas de Saúde quanto à detecção e prevenção de idosos violentados.
3	CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018	BDENF	Descritiva, transversal, quantitativa.	Identificar a prevalência de agressão corporal e negligência e abandono nas internações de idosos brasileiros por agressões no período de 2008 a 2013 e a associação destas causas com variáveis sociodemográficas e relacionadas à internação.
4	KIVELÄ ET	SCOPUS	Descritivo,	Descrever a prevalência de violência

	AL., 2018		transversal.	familiar entre os pacientes hospitalares que visitaram o hospital central, bem como avaliar a associação entre funcionamento familiar, saúde e apoio social, considerando homens e mulheres como agressores ou vítimas da violência.
5	SIEGEL ET AL., 2018	SCOPUS	Entrevista, qualitativo.	O presente estudo de entrevista aborda a questão de quais barreiras na prática de enfermagem inibem a transferência de conhecimento e conceitos da pesquisa para a prática em relação à violência no setor de assistência ao idoso.
6	CARMONA-TORRES et al., 2017	SCIELO	Observacional, descritivo, transversal.	Dimensionar os maus-tratos contra as pessoas idosas vulneráveis no ambiente familiar e comunitário nas Ilhas dos Açores, identificar fatores de risco para maus-tratos e definir o perfil do idoso maltratado.
7	RODRIGUES et al., 2017	SCIELO	Ecológico, série histórica.	Analisar os boletins de ocorrência registrados por idosos que sofreram violência, a fim de identificar características sociodemográficas das vítimas e dos agressores, tipo de violência, local, bem como comparar as taxas em três municípios brasileiros no período de 2009 a 2013.
8	PAIVA; TAVARES, 2015	BDENF	Analítico, observacional, transversal.	Verificar a prevalência e os fatores associados à violência física e psicológica contra idosos e traçar o perfil sociodemográfico e dos indicadores

				clínicos dessa população.
9	ROCHA et al., 2015	BDENF	Descritiva, exploratória, qualitativa e quantitativa.	Analisar a estrutura representacional de profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra idosos.
10	PRADOS; GONZÁLEZ, 2015	SCIELO	Revisão Integrativa	Proporcionar conhecimento e incentivar a conscientização da abordagem ao abuso em idosos. Proporcionar treinamento básico nas principais competências de atendimento a pessoas idosas espancadas, com foco em ferramentas básicas para detectar maus-tratos em idosos, porque se não continuará a ser uma ameaça à sua qualidade de vida e bem-estar.
11	BRYANT; BENSON, 2015	SCOPUS	Descritivo, qualitativo.	Objetivos de aprendizagem focados em avaliação, segurança, comunicação, educação e responsabilidades legais pelos enfermeiros em idosos vítimas de violência.
12	REIS et al., 2014	LILACS	Descritivo, exploratório, qualitativo.	Desvelar as formas de expressão da violência intrafamiliar vivenciada por idosos com comprometimento da capacidade funcional.
13	GUZZO et al., 2014	LILACS	Exploratório, qualitativo.	Conhecer as práticas de cuidado dos profissionais da saúde a usuários em situação de violência, sob o eixo da integralidade.
14	LIMA, 2014	BDENF	Descritivo,	Refletir sobre o Modelo dos Sistemas de

			qualitativo.	Betty Neuman no cuidado de enfermagem prestado à pessoa idosa vítima de violência numa perspectiva de aprofundamento da temática, visando uma assistência adequada e aliada às premissas básicas da teoria.
15	FAUSTINO; GANDOLFI; MOURA, 2014	SCIELO	Transversal, descritivo, observacional.	Verificar se há relação entre a capacidade funcional do idoso e a presença de situações de violência em seu cotidiano.
16	RODWELL; DEMIR, 2014	SCOPUS	Transversal	Expor os fatores sócio-situacionais (isto é, modelo de demanda de emprego-recurso) e individuais (ou seja, afetividade negativa) que podem estar associados à violência entre enfermeiros que cuidam de idosos (enfermeiros assistenciais idosos).
17	POLARO; GONÇALVES ; ALVAREZ, 2013	LILACS	Descritivo, exploratório, qualitativo.	Descrever como as enfermeiras percebem a construção de seu fazer gerontológico no âmbito da Estratégia Saúde da Família em um distrito de Belém-PA.
18	SILVA et al., 2012	BDENF	Exploratório, qualitativo.	Identificar a relação entre violência contra idosos e sofrimento mental do agressor; analisar as implicações da violência praticada contra idosos por familiares com sofrimento mental.

Fonte: própria pesquisa.

De acordo com a leitura dos artigos encontrados, as estratégias de enfermagem que mais se repetiram (Tabela 1) foram a realização de visita domiciliar, levando em consideração que maioria dos artigos selecionados trabalhou a temática no contexto da Atenção primária à saúde. Além disso, destacam-se a identificação dos sinais e sintomas que podem ser

encontrados durante as consultas de enfermagem, observando também, precocemente, os fatores de riscos que porventura possam estar associados à violência contra a população desse estudo.

**Tabela 1.** Principais estratégias e cuidados de enfermagem oferecida ao idoso vítima de violência, de acordo com a literatura. Natal/RN, 2019.

<b>Estratégias e cuidados de Enfermagem</b>	<b>%</b>
Realizar visita domiciliar quando se trata da Estratégia de Saúde da Família.	31,2
Observar sinais e sintomas de violência durante as consultas de enfermagem aos idosos	31,2
Identificar precocemente os fatores de risco possíveis ou reais associados à violência.	25,0
Envolver a família e/ou cuidador durante a consulta, valorizando-o no processo de cuidado ao idoso	18,7
Estabelecimento de vínculo com o Idoso e promoção de escuta qualificada	18,7
Ajudar o idoso a lidar com a ameaça dos estressores no seu bem-estar.	12,5
Promover atividades em grupo para estimular os integrantes a promoverem estratégias coletivas para o enfrentamento do problema.	12,5
Notificação dos casos de violência detectados	12,5
Promoção e auxílio ao autocuidado	6,25

Fonte: própria pesquisa.

De acordo com as pesquisas, existem diversos tipos de violência contra os idosos, sendo os mais frequentes a violência intrafamiliar, psicológica, física e financeira (REIS et al., 2014; PAIVA; TAVARES, 2015; CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; ALMEIDA et al., 2019). A família deve oferecer os afetos e as capacidades necessárias para a autonomia do idoso, valorizando suas necessidades de cuidados básicos, emocional e social, no entanto, paradoxalmente, é o lugar onde se encontram mais casos de sofrimentos e maus tratos (LIMA, et al., 2014; REIS et al., 2014).

Nesse âmbito, os idosos são vítimas de negligência, no qual são privados de realizar suas atividades de vida diárias e lazer, além de sofrerem o desrespeito e depreciação através de palavras proferidas contra os mesmos, caracterizado como violência psicológica e verbal. Sem falar que muitos cuidadores e/ ou familiares acabam se apropriando de maneira indevida de seus bens, como casas, carros e, principalmente, do dinheiro (REIS et al., 2014; CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

As pesquisas indicaram que os principais fatores de risco para violência em relação aos idosos, foram pertencer ao sexo feminino, apresentar prejuízos cognitivos, problemas comportamentais, problemas psicológicos e doenças psiquiátricas, além de limitações físicas, fragilidades e possuir baixa renda. Em relação aos agressores, destacam-se pessoas acima de 40 anos, ser filho ou cônjuge da vítima, ter histórico de comportamentos abusivos, possuir sobrecarga no cuidado ao idoso ou estresses e problemas psicológicos e se tratando de relação familiar, encontrar-se em desarmonia ou conflitos (SILVA et al., 2012; REIS et al., 2014; LIMA, 2014; PAIVA; TAVARES, 2015; CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

A enfermagem como integrante da equipe multidisciplinar, representa uma peça fundamental na atuação de estratégias para combater os maus tratos aos idosos, pois acabam criando vínculo com os mesmos durante as consultas e valorizam as diversas políticas de proteção à pessoa idosa (PAIVA; TAVARES, 2015; CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018; ALMEIDA et al., 2019).

A visita domiciliar foi uma das estratégias de enfermagem mais prevalentes no presente estudo, pois a maioria das pesquisas encontradas ocorreu na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com isso, sua importância é conhecer a real situação em que o idoso se encontra, observando os sinais de violência e suas vulnerabilidades, além do seu regime domiciliar, suas condições de higiene, alimentação, lazer, dentre outros fatores (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013; GUZZO et al., 2014; CARMONA-TORRES et al., 2017; KIVELÃ et al., 2017; ALMEIDA et al., 2019).

As consultas do enfermeiro com os idosos também é de suma importância para a identificação dos fatores de risco supracitados e dos sinais de violência que podem ser detectados durante uma conversa, como: medo, insegurança das perguntas, baixa autoestima, depressão ou agitação, falta às consultas e visitas frequentes ao serviço de emergência. Tais manifestações podem ser encontradas tanto na atenção primária como em nível hospitalar ou serviços de urgência e emergência, caso sejam estabelecidos uma escuta atenta e qualificada durante a abordagem ao idoso (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013; RODWELL; DEMIR, 2014; PAIVA; TAVARES, 2015; GUZZO et al., 2014; CASTRO; RISSARDO; CARREIRA, 2018).

É necessário que essas consultas também envolvam a família e/ou cuidadores, para que o enfermeiro faça uma análise detalhada das relações familiares e do ambiente em que o idoso está inserido, identificando os possíveis sinais de maus tratos, que podem ser sutis ou

não, valorizando, assim, o processo de cuidado ao idoso (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013; RODRIGUES et al., 2017; KIVELÃ et al, 2017).

A realização de atividades em grupo também é um dos cuidados realizados pela enfermagem, a fim de estimular os idosos a promoverem planos que ajudem a lidar com as ameaças e outras formas de violência que dificultam o seu bem-estar, auxiliando-o também no autocuidado. Dessa forma, o enfermeiro e os outros integrantes do grupo tornam-se capazes de aliviar os sentimentos de vergonha, medo e isolamento, criando um ambiente mais acolhedor e livre de julgamentos (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013; LIMA, 2014; ROCHA et al., 2015; KIVELÃ et al, 2017).

Estudos mostraram que uma das principais barreiras encontradas pela enfermagem ao enfrentar a violência contra o idoso é a falta de preparo diante das possíveis situações em que presenciam ou percebem os maus tratos cometidos. Com isso, é necessário que os enfermeiros recebam treinamentos que tenham o objetivo de ensiná-los os principais sinais e sintomas de violência, sabendo lidar com tais situações, garantindo o cuidado digno à pessoa idosa (POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013; LIMA, 2014; RODRIGUES et al., 2017).

Ocasões extremas como ameaça a equipe de Enfermagem no cuidado ao idoso vítima de violência tornam-se cada vez mais presentes nas instituições de saúde. As pesquisas evidenciam não só a violência sofrida pelo idoso como dos profissionais de saúde que possivelmente identifiquem o problema, destacando-se violência física, psicológicas e ameaças (VASCONCELOS; ABREU; MAIA, 2012; RODWELL; DEMIR, 2014).

O medo da denúncia e possível afastamento do convívio com o idoso justificam as ameaças dos agressores aos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros. Esta afirmativa trás em questão a necessidade de campanhas com maior alcance sobre a proteção e saúde do idoso para que os profissionais sintam-se encorajados a enfrentar esta problemática. Dessa forma, há uma maior defesa ao paciente, que é a prioridade, gerando uma relação de vínculo e orientações de autocuidado ligados a outras autoridades para medidas mais extremas como intervenção e punição dos agressores envolvidos (VASCONCELOS; ABREU; MAIA, 2012; RODWELL; DEMIR, 2014).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As pesquisas destacaram a importância da atuação do enfermeiro frente à violência cometida contra os idosos. Dentre as principais estratégias utilizadas pela enfermagem,

destacam-se a visita domiciliar quando se trata dos cuidados prestados na Atenção Primária, assegurando a efetivação das notificações de maus tratos.

Além disso, o enfermeiro é capaz de realizar uma escuta efetiva durante as consultas com os idosos, independente do nível de complexidade dos serviços de saúde, identificando possíveis evidências de violência aos mesmos. Dessa forma, é garantido seus direitos, respeitando sua autonomia através da conservação de suas vontades e decisões sobre sua vida.

Apesar de poucos estudos encontrados, os resultados desta pesquisa fornece maior conhecimento sobre a temática trabalhada, contribuindo para a compreensão das intervenções realizadas pela enfermagem frente à situação de violência enfrentada pelo idoso e das dificuldades para a realização destas intervenções, efetivando a importância da equipe de Enfermagem na identificação e auxílio à resolução. Dessa forma, este trabalho constitui-se como ferramenta n planejamento e execução de ações de saúde voltada para a população deste estudo.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, A. K. F. J. et al. Violência e maus tratos contra a pessoa idosa: representações sociais de jovens, adultos e idosos. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 26, n. e31645, p. 01-07, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/31645/26835>. Acesso em: 10 abr. 2019.

ALMEIDA, C. A. P. L. et al. The Aspects Related to Violence Against Elderly: Nurse's Perception from the Family Health Strategy. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 11, n. esp, p. 404-410, 2019. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6350>. Access on: 07 apr. 2019.

BRASIL. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm). Acesso em: 10 abr. 2019.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: **Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa**. É possível prevenir. É necessário superar. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; 2013. Disponível em: <http://www.cedi.pr.gov.br/arquivos/File/CEDI/ManualViolenciaIdosogovfedweb.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2019.

BRYANT, S. G.; BENSON, K. H. Using Simulation to Introduce Nursing Students to Caring for Victims of Elder Abuse and Intimate Partner Violence. **Nursing Education Perspectives**,

[S.l], v. 36, n. 6, p. 408-409, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26753306>. Access on: 22 apr. 2019.

CASTRO, V. C.; RISSARDO, L. K.; CARREIRA, L. Violence against the Brazilian elderly: an analysis of hospitalizations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Paraná, v. 71, suppl. 2, p. 830-838, 2018. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt\\_0034-7167-reben-71-s2-0777.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0777.pdf). Access on: 10 apr. 2019.

CARMONA-TORRES, J. M. et al. Maus-tratos no ambiente familiar contra idosos nas Ilhas dos Açores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Espanha, v. 5 n. e2932, p. 01-08, 2017. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/140852/135893>. Access on: 10 apr. 2019.

FAUSTINO, A. M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L. B. A. Functional capability and violence situations against the elderly. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 392-398, 2014. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt\\_1982-0194-ape-027-005-0392.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0392.pdf). Access on: 22 apr. 2019.

GUZZO, P. C. et al. Healthcare practices for users suffering from violence: from invisibility to comprehensive (un)care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 35, n. 2, p. 100-105, 2014. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v35n2/pt\\_1983-1447-rngenf-35-02-00100.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v35n2/pt_1983-1447-rngenf-35-02-00100.pdf). Access on: 10 apr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 17 abr. 2019.

KIVELA, S. A cross-sectional descriptive study of the family functioning, health and social support of hospital patients with family violence backgrounds. **Nordic College of Caring Science**, Finland, v. 32, n. 3, p. 1083-1092, 2018. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29265392>. Access on: 22 apr. 2019.

LIMA, F. D. M. Betty Neuman theory in nursing practice the elderly victim of Violence. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 28, n. 3, p. 219-224, 2014. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11989/9235>. Access on: 10 apr. 2019.

MACHADO, W. C. A. et al. Violência doméstica contra idosos: reflexos na assistência e cuidados de enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 12, p. 6936-6941, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/12360/15095>. Acesso em: 17 abr. 2019.

OLIVEIRA, K. S. M. et al. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 39, n. e57462, p. 01-09, 2017. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v39/1983-1447-rngenf-39-e57462.pdf>. Access on: 10 apr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial sobre a prevenção da violência 2014**. São Paulo, 2015. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145086/5/9789241564793_por.pdf). Acesso em: 17 abr. 2019.

PRADOS, M. T. T; GONZÁLEZ, I. M. E. Awareness and detection of abuse in the elderly. Towards primary care adapted to the elderly. **Gerokomos**, Almeíra, v. 26, n. 3, p. 79-83, 2015. Available from: [http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n3/02\\_originales\\_01.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n3/02_originales_01.pdf). Access on: 22 apr. 2019.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Building the gerontological performance of nurses in family health programs. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a20v47n1.pdf>. Access on: 10 apr. 2019.

PAIVA, M. M.; TAVARES, D. M. S. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 68, n. 6, p. 727-733, 2015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1035.pdf>. Access on: 10 apr. 2019.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Older adults abuse in three Brazilian cities. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 70, n. 4, p. 816-824, 2017. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt\\_0034-7167-reben-70-04-0783.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0783.pdf). Access on: 22 apr. 2019.

RODWELL, J.; DEMIR, D. Addressing Workplace Violence Among Nurses Who Care for the Elderly. **The Journal Of Nursing Administration**, Australia, v. 44, n. 3, p. 152-157, 2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24531287>. Access on: 22 apr. 2019.

REIS, L. A. et al. Expression of domestic violence against older people. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 434-439, 2014. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt\\_1982-0194-ape-027-005-0434.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n5/pt_1982-0194-ape-027-005-0434.pdf). Access on: 10 apr. 2019.

ROCHA, E. N. et al. Family health strategy personnel's representational structures regarding domestic violence against older adults. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 178-184, 2015. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a06.pdf>. Access on: 10 apr. 2019.

SANTANA, L. L. et al. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 23-32, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0030.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2019.

SILVA, V. A. Domestic violence against aged persons: aggressive acts committed by individuals suffering from mental distress. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Salvador, v. 14, n. 3, p. 523-531, 2012. Available from: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a08.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a08.pdf). Access on: 10 apr. 2019.

SIEGEL, M. et al. Eine qualitative Interviewstudie mit professionellen Pflegefachkräften und Führungskräften aus dem Bereich Altenpflege. **Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie**, Düsseldorf, v. 51, n. 3, p. 329-334, 2018. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00391-017-1228-0>. Access on: 22 apr. 2019.

VASCONCELOS, I.R.R; ABREU, A.M.M; MAIA, E.L. Violência Ocupacional Sofrida pelos Profissionais de Enfermagem do Serviço de Pronto Atendimento Hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 167-175, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n2/24.pdf>. Acesso em: 08 Mai. 2019.

WINCK, D. R.; ALVAREZ, A. M. Percepções de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca das causas da violência contra a pessoa idosa. **Revista APS**, v. 21, n. 1, p. 93-103, 2018. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/16105/8328>. Acesso em: 17 abr. 2019.

# A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO ANCORADO NA TEORIA DA DÁDIVA<sup>1</sup>

Thazia Costa <sup>1</sup>  
Rosana Lúcia Alves de Vilar <sup>2</sup>  
Ricardo Henrique Vieira de Melo <sup>3</sup>  
Gilson de Vasconcelos Torres <sup>4</sup>

## RESUMO

Este estudo, parte de uma investigação maior, teve como objetivo analisar as visões dos idosos pertencentes ao grupo de convivência Francisco André, sobre a qualidade de vida, à luz das contribuições sociológicas da teoria da dádiva, de Marcel Mauss. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, com onze idosos de um grupo de apoio, ligados à Estratégia Saúde da Família, do bairro de igapó, localizado em Natal-RN. Os dados foram coletados por meio de grupos focais e analisados com base no método de análise temática de conteúdo. Na visão dos idosos, o significado da qualidade de vida foi vocalizado expressando um sentido polissêmico relacionado a múltiplos aspectos, destacando o estado de saúde e a reciprocidade discutida no sistema do dom. As falas confirmaram que as experiências do grupo contribuíram para a melhoria da qualidade de vida nos diversos aspectos relacionados à capacidade física e funcional, bem como nos aspectos emocionais e sociais relacionados à criação de vínculos e melhoria da autoestima. Além disso, sinalizaram repercussões positivas sobre o estado geral de saúde. O estudo proporcionou uma oportunidade para uma melhor compreensão da importância da escuta dos idosos sobre a qualidade de vida, suas relações com o processo de envelhecimento e as experiências que contribuem para mudanças na vida de cada um, a partir do compartilhamento de saberes e de vivências fundamentadas na reciprocidade dos dons.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Serviços de Saúde para Idosos, Estratégia Saúde da Família.

(83) 3322.3222  
contato@cieh.com.br  
www.cieh.com.br

## INTRODUÇÃO

A longevidade humana é um fenômeno mundial que tem aumentado na grande maioria dos países o número de pessoas idosas em todas as classes sociais. Dados recentes mundiais informam que existem 810 milhões de pessoas com 60 anos, o que representa 11,5% da população global, e a expectativa é de que esse número alcance um bilhão em menos de 10

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [thaziac1304@gmail.com](mailto:thaziac1304@gmail.com);

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [rosanaalvesrn@gmail.com](mailto:rosanaalvesrn@gmail.com);

<sup>3</sup> Dentista, Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF)/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Pesquisador do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS)/Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [ricardohvm@gmail.com](mailto:ricardohvm@gmail.com);

<sup>4</sup> Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem em Évora (Portugal), Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), [gilsonvtorres@hotmail.com](mailto:gilsonvtorres@hotmail.com).

anos, duplicando em 2050. A projeção para 2050 é de que existam 64 países nos quais a população idosa poderá chegar a 30% da população (BOLDSTEIN; LIMA; BARROS, 2014).

No Brasil, evidencia-se de forma marcante o envelhecimento da população no contexto atual. Segundo dados da PNAD Contínua (IBGE), registrado por Paradella (2018), o número de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 25,4 milhões em 2012 para 30,2 milhões em 2017. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Existe uma previsão de que, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas tenham 60 anos ou mais de idade na pirâmide populacional brasileira.

No envelhecimento ocorre um conjunto de mudanças de ordens morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que ocasionam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio em que vive. (CORDEIRO et al, 2014). Por outro lado, o envelhecimento é considerado, um fenômeno natural e processual, como parte da vida, relacionando-se com o contexto histórico do sujeito que envelhece e da sociedade no qual está inserido (RODRIGUES; BRÊTAS, 2015).

As mudanças ocorridas na estrutura demográfica acabaram por aumentar a pressão sobre os sistemas de proteção social, principalmente em virtude da queda da relação entre o número da população que contribui e o aumento crescente daqueles que se aposentam. Além disso, os idosos podem adquirir doenças, incapacidades e sequelas que exigem ações integrais do sistema de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Vive-se mais tempo no mundo contemporâneo, entretanto é fundamental a indagação: com que qualidade de vida? A longevidade só tem sentido ao lado de uma vida saudável. Neste sentido, surge a preocupação com a temática da qualidade de vida dos idosos. A expressão “qualidade de vida” atualmente tem sido muito considerada e debatida, entretanto, o seu significado é muito complexo, subjetivo, abrangente e varia em função da época, das crenças e da pessoa, tendo a ver com a forma de como as pessoas vivem e sentem o seu cotidiano.

Considerando essa complexidade, a Organização Mundial de Saúde apresenta um conceito subjetivo e multidimensional para qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Trata-se, portanto, de uma concepção ampla que incorpora a saúde física, a saúde mental, o grau de independência, as interações sociais, o contexto econômico e a relação com os serviços de saúde, tendo uma proximidade com conceito de saúde. Acrescentando, a qualidade de vida reflete a percepção que os indivíduos sobre a satisfação das suas necessidades, as oportunidades de alcançar a

felicidade, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OMS, 1998).

Atualmente os conceitos mais aceitos de qualidade de vida buscam dar conta de uma multiplicidade de dimensões discutidas nas chamadas abordagens gerais ou holísticas. As referidas abordagens baseiam-se na premissa segundo a qual o conceito de qualidade de vida é multidimensional, apresenta uma organização complexa e dinâmica dos seus componentes, difere de pessoa para pessoa de acordo com seu ambiente/contexto. Além disso, é um aspecto fundamental para se ter uma boa saúde. (PEREIRA; TEXEIRA; SANTOS, 2012).

Nestas linhas argumentativas, a saúde aparece como um elemento central que exerce grande impacto sobre a qualidade de vida. Os estigmas negativos, normalmente associados ao processo de envelhecimento, têm como um de seus pilares o declínio biológico, ocasionalmente acompanhado de doenças e dificuldades funcionais com o avançar da idade. No Brasil se delineia um perfil demográfico com tendência permanente de crescimento do envelhecimento da população o que requer a necessidade de adequações das políticas sociais, tais como saúde, previdência e assistência social. (BRASIL, 2010).

Em relação à área da saúde, foi instituída em 1999, através da Portaria Ministerial nº 1.395/99, a Política Nacional de Saúde do Idoso no Sistema Único de Saúde e proposta, via Portaria Ministerial nº 702/2002, a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Em 2006, foi assinada uma nova portaria (nº 2.528), atualizando e aprovando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), trazendo um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos. Afirma ser indispensável incluir a condição funcional para a saúde da população idosa, e a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável (BRASIL, 2010).

É importante também registrar que no de 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso, considerado uma das maiores conquistas sociais da população idosa em nosso país, ampliando a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa. O estatuto refere o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003).

A PNSPI tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Para a efetivação da PNSPI, uma série de desafios precisam ser enfrentados, entre eles, uma melhor estruturação da assistência ao idoso na atenção básica, uma vez que uma assistência baseada no consumo intensivo de tecnologia no ambiente hospitalar enfraquece a prevenção e o acompanhamento duradouro a problemas crônicos, permeados por agravantes de natureza psicossocial (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

No caso do município de Natal- RN, o seu Plano Municipal de Saúde de Natal, do quadriênio 2018 – 2021, tem como um dos objetivos promover a melhoria das condições de saúde do idoso e portadores de doenças crônicas mediante a qualificação da gestão e da organização da rede de atenção (PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL, 2018).

Nessa perspectiva, na Estratégia Saúde da Família (ESF) são desenvolvidas ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e de recuperação e reabilitação da saúde do idoso, uma vez que, como eixo estruturante da atenção básica, constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pela proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária, oferecendo condições oportunas para uma atuação de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Neste contexto, alguns aspectos das ciências sociais sobre a Teoria da Dádiva podem ser aplicados aos estudos na saúde, para enriquecer a compreensão das interações nos circuitos de trocas sociais, pois explicam os fundamentos da solidariedade e do vínculo enquanto elementos essenciais para a produção do cuidado, através da reciprocidade dos movimentos de dar, receber e retribuir os bens simbólicos e materiais durante as relações sociais. A dádiva (dom), que é uma das formas de explicação da ação social para a constituição de vínculos (MARTINS; CATTANI, 2014).

No campo da saúde, no contexto de valorização do usuário, um sistema de dádivas de cuidados, segundo Martins (2013), considera, da mesma forma, os bens materiais referentes à cura (substância) e os bens simbólicos (atenção, escuta, cuidado, conselhos) como fundamentos igualmente relevantes da organização da saúde (corporal, emocional e política) e da vida. Convém esclarecer que, o sistema da dádiva, enquanto partilha, não é caridade. Cada sujeito faz o seu movimento de solidariedade material e/ou simbólico, livre e/ou obrigatório, interessado e/ou desinteressado, ambíguo. Na dádiva-caritativa, que não é objeto destas linhas, o movimento solidário é unilateral, sem contrapartida, prestação ou obrigação.

A conscientização destes aspectos, durante as vivências interativas, poderá contribuir para a manutenção das ações coletivas ofertadas nos grupos de convivência, bem como disparar a construção compartilhada de novas práticas de promoção de saúde, fortalecendo o

pertencimento e o vínculo entre os participantes, em busca de uma vida cotidiana com mais qualidade. Sendo assim, esse artigo apresenta parte dos resultados de uma dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), pela nucleadora Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), e tem como objetivo analisar as percepções de idosos do Grupo de Convivência Francisco André sobre qualidade de vida à luz dos aportes sociológicos da Teoria da Dádiva de Mauss (2013).

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa que, segundo Minayo (2013), se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam

Os sujeitos da pesquisa foram dez idosos, integrantes do Grupo de Convivência Francisco André, que se compõe de 35 idosos, sendo 29 do sexo feminino e 06 do sexo masculino. Os critérios para seleção dos sujeitos participantes da pesquisa foram: ser integrante do grupo de idosos há pelo menos 4 anos com participação ativa nas atividades programadas; ter condições mentais e psicológicas para participar do grupo focal; aceitar voluntariamente a participação.

O grupo foi submetido ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), ou Teste de Folstein, que permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais (MELO; BARBOSA, 2015). Após aplicação do exame todos os idosos demonstraram estarem com capacidade cognitiva apta a participar do grupo focal. Foram também analisadas as fichas cadastrais dos idosos no grupo que registra a data de início de participação e as folhas de frequências nas reuniões e atividades desenvolvidas. Após estas análises foram selecionados dez idosos para participar da pesquisa. Os participantes selecionados receberam um convite por escrito e também foi feito o contato direto para esclarecer os objetivos da pesquisa. O grupo se reuniu no mesmo local onde ocorriam as reuniões do Grupo de Convivência Francisco André.

A faixa etária dos participantes da pesquisa foi de 64 a 80 anos, sendo que dez eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Todos eles eram alfabetizados, entretanto, nenhum deles concluiu a escola primária. Havia quatro deles vivendo sozinho, e sete morando com parentes. Todo o grupo era hipertenso, e três também eram portadores de diabetes mellitus. Os

participantes selecionados receberam um convite por escrito, e o contato direto também foi feito para esclarecer os objetivos da pesquisa.

O grupo de idosos se reunia a cada quinze dias, nas segundas feiras a tarde, onde eram desenvolvidas atividades educativas e ações de promoção a saúde. A adoção de intervenções que criem ambientes de apoio e promovam opções saudáveis, são importantes em todos os estágios da vida. O caráter multidisciplinar sempre esteve presente e o planejamento das ações desenvolvidas, sempre foi realizado de acordo com as demandas vindas do próprio grupo.

A agenda de reuniões sistemáticas mostrou que os temas/ações mais abordadas/realizadas foram: alfabetização de idosos, Estatuto do Idoso, Benefícios Previdenciários, Cadastro Nacional (NIS), Caderneta da Pessoa Idosa, Violência Contra Idosos, Oferta de Serviços pela ESF; Oficina com Arte Terapêutica, Sessão de Cinema, Artesanato, Dança, Peça Teatral, Atividades lúdicas (jogos de tabuleiro - Dama, Dominó - etc.), Visitas (ao Parque das Dunas, ao Café Santa Clara, ao Parque Eólico da Cosern, ao Cajueiro de Pirangi (RN), ao Santuário de Santa Rita-RN, ao Santuário de Touros); Comemorações de datas festivas; Incontinência Urinária, Saúde do Homem, Prevenção de Quedas, Hipertensão/Diabetes, Tuberculose, Saúde Bucal, Alimentação Saudável e acessível, Vacinação, Exercícios de memorização, Autoestima e Felicidade, Prevenção CA de mama, Importância do Papanicolau, Controle de Exames Laboratoriais, Medidas Antropométricas, Avaliação da Função Renal, Trabalhando a Cognição, Estimulo a Autonomia e Independência Funcional, entre outras.

(83) 3322.3222  
contato@cieh.com.br  
www.cieh.com.br

A coleta de dados ocorreu em maio de 2016, através de grupo focal, no qual a interação configura-se como parte integrante do método. No processo, o encontro grupal possibilitou aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado tema. Na discussão, o grupo focal pode atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar, revelando dimensões de entendimento que, frequentemente, permanecem inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados (BACKES et al, 2011). As discussões foram conduzidas por um moderador seguindo um roteiro orientador, com a presença também de um observador que fez registros complementares. A discussão que ocorreu no tempo de 65 minutos, foi gravada, e posteriormente transcrita para análise.

A análise foi baseada no método de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Minayo (2013), que permite descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objeto da pesquisa. A técnica de análise foi realizada em três etapas: pré-análise, exploração do material/tratamento e interpretação dos dados obtidos.

Na fase de pré-análise foi feita uma leitura flutuante do material obtido que constou da transcrição das falas e relato do diário de campo elaborado pelo observador. Na exploração do material, a partir da compreensão do texto, foram identificados os núcleos de sentidos e feita a classificação de categorias a luz do objetivo da pesquisa e roteiro utilizado na investigação.

Para interpretação dos resultados e discussão, foram trazidos alguns aportes reflexivos sobre a Teoria da Dádiva (MAUSS, 2013), confrontando com a realidade empírica, procurando identificar: o que se tem a dar ou doar durante a vivência, a percepção e a consciência de si, do autocuidado, as habilidades apreendidas a partir da entrega de si à experiência (doação); o sentimento de abertura para outras possibilidades, descobertas e curiosidade para o novo, de acolhimento e integração com o grupo (recepção); e a retribuição, pela vontade de reproduzir a prática, o desejo de continuidade da experiência, o compromisso espontâneo de incorporação das atividades nos serviços de saúde, o efeito multiplicador, a ressonância na vida cotidiana.

No que diz respeito aos aspectos éticos, a investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), no Parecer nº 562.318 e registrada no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 21996313.7.0000.5537, seguindo as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere às suas recomendações.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e o Termo de Autorização para Gravação de Voz. O nome de antigos filósofos foi utilizado como codinomes, para preservar o anonimato dos participantes, em uma alusão à sabedoria acumulada com sua idade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os grupos de convivência surgem como contribuição para o envelhecimento saudável, e com qualidade, quando contribuem com diversos benefícios como: afastar a solidão, propiciar amizades, aumentar a autoestima, melhorar a integração com familiares, resgatar valores pessoais e sociais, oferecer suporte social e adoção de um estilo de vida mais ativo, pois nestes são realizadas atividades de lazer, culturais, intelectuais, físicas, manuais, artísticas e de convívio grupal, possibilitando a ressocialização (LEITE et al, 2007; BENEDITTI et al, 2012).

Os resultados e discussão estão organizados em dois tópicos (categorias): primeiro, “os significados sobre qualidade de vida” – que, por sua vez - divide-se nos núcleos de sentidos ‘saúde e bem-estar’, ‘amor, felicidade e paz’, e ‘boas condições materiais para viver’; segundo,

“Mudanças e repercussões na qualidade de vida” – que, para sua ordem – separa-se nos núcleos ‘mudanças físicas’ e ‘mudanças psíquicas’.

## Os significados sobre qualidade de vida

Ao serem indagados sobre o significado de qualidade de vida, foi vocalizada pelo grupo a polissemia do seu sentido e suas múltiplas relações com variados aspectos. Alguns trechos das falas que identificaram a qualidade de vida relacionada a ‘saúde e bem-estar’ ressaltaram:

Qualidade de vida é ter saúde e viver bem (Apázia).

Para mim, qualidade de vida é, principalmente, viver com saúde, não guardar doença, fazer exames e se tratar quando ficar doente (Safo).

É viver com saúde, ter ânimo, ter coragem e ficar de bem com a vida. Para mim saúde é o mais importante na minha vida. Depois de certa idade foi que aprendi isto (Diótima).

A qualidade de vida não é olhar apenas o doente. Para mim, a saúde é a coisa mais importante da minha vida. Depois de uma certa idade, eu aprendi isso (Epicuro).

A relação entre qualidade e saúde tem sido discutida em várias investigações. Em estudo realizado por Seidl e Zannon (2004), destaca-se que o termo “qualidade de vida”, relacionado à “saúde”, é muito frequente na literatura e tem sido usado com objetivos semelhantes à conceituação mais geral.

(83) 3322.3222  
Contato: cieh@cieh.com.br  
www.cieh.com.br

Para Buss (2000), proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida vivida, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

Por conseguinte, na atual perspectiva teórica, a saúde é concebida como construção social, se expressando como um fenômeno histórico, político, social e psico-biológico. A promoção da saúde apresenta uma grande relevância na articulação da saúde com outros conceitos que não apenas a doença, passando a ser possibilidades das formas de viver. (TAVARES et al., 2014).



O conceito tradicional de Saúde da Organização Mundial de Saúde como completo bem-estar, físico, mental e social, mesmo com sua limitação, já anunciava a polissemia do significado, apontando indiretamente sua relação com a vida e sua qualidade. Almeida (2011) reconhece a relação da saúde com a qualidade de vida, entretanto, faz uma crítica epistemológica enfatizando que ainda não existe uma teoria geral da saúde que explique com clareza tal relação. Neste sentido, enfatiza que, ao se discutir sobre saúde, deve se considerar suas concepções polissêmicas, plurais, multifacetadas, simultaneamente ontológicas e heurísticas.

Em revisão clássica publicada já há algum tempo, Minayo (2000, p. 12) destaca que “qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Ainda enfatiza que o termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Para Campos e Rodrigues Neto (2014), não existe um consenso sobre o que constitui qualidade de vida. Uma tentativa de definição engloba, desde estado de saúde, assim como uma variedade de domínios, como: meio-ambiente; recursos econômicos; relacionamentos; tempo para trabalho; e lazer. Para estes autores são identificadas duas tendências na conceituação do termo: um conceito genérico e outro ligado à saúde.

Algumas falas trazem significados que expressam um conceito mais genérico, embora não se dissociem do conceito ampliado de saúde, quando se referiram ao núcleo de sentido ‘amor, felicidade e paz’. As palavras evidenciaram uma relação entre a qualidade de vida e o afeto, a reciprocidade, a paz e a felicidade:

É viver feliz, ter paz e amor. Eu não falo de pobreza, mas da pessoa ser feliz (Hipácia).

É viver feliz em um ambiente, no meio das pessoas que se quer bem (Aristocléia).

É ter paz e tranquilidade. Viver em um ambiente sadio com alegria e sossego (Maronéia).

Primeiro é ter fé em Deus. Ser bem tratado pelos outros e amarmos os outros (Olímpia).



A percepção da qualidade de vida vinculada à reciprocidade, nos remete ao sistema da dádiva, discutido por Mauss (2013) e seguidores, como fundamental para instauração do vínculo social. Nesse caso, ocorre a troca entre cuidar e ser cuidado, estruturando a prática do cuidado.

A leitura sobre a dádiva na atualidade da sociedade de mercado, apresenta uma visão não estruturalista desta, compreendendo-a como fundamento de um paradigma novo, no qual o vínculo social envolve de forma dialética a liberdade e a obrigação, a espontaneidade e a norma, se sobrepondo ao utilitarismo material, identificando-se assim com o antiutilitarismo. Esta concepção, fortalece o entendimento sobre a reciprocidade e a solidariedade como valores fundamentais na constituição de uma sociedade (VILAR, 2014).

Para Sabourin (2008), a reciprocidade é definida como a dinâmica de reprodução de prestações, geradora de vínculos sociais, permitindo o reconhecimento do (s) outro(s), em função do sentimento de pertença a um grupo, formando uma identidade coletiva, iluminando as práticas solidárias, fazendo florescer experiências de partilha e ajuda mútua, na construção da vida social.

O idoso constrói sua identidade, sua dependência e/ou independência, e sua existência por intermédio dos vínculos afetivos com o serviço de saúde que o acolhe, através das relações estabelecidas com os profissionais que integram esses serviços e com os demais atores envolvidos nos cenários de suas vidas. O circuito virtuoso proporcionado pelas trocas recíprocas de dádivas, não só media esses contatos, como também proporciona o reconhecimento mútuo de todos enquanto sujeitos que se sentem valorizados (FLORES et al., 2011).

Evidencia-se também nos discursos emitidos referenciais sobre os afetos que intermedeiam as relações. Palavras como “amor”, ser “bem tratado”, “amarmos” os outros nos reportam a solidariedade e reciprocidade, aparecem reforçando a importância da circulação dos bens simbólicos nas relações. Referências sobre o amor, como fundamental na história hominídea, são afirmadas por vários estudiosos da natureza humana (MORIN; CYRULNIK, 2004; MATURANA, 2005). Para que haja aliança ou vínculo nas relações humanas, eles reafirmam a forte presença das emoções e do amor na vida dos homens em todos os tipos de relações estabelecidas.

A paz e a tranquilidade também foram mencionadas por alguns, manifestando a necessidade da segurança e a preocupação com a violência. Sobre a violência contra o idoso, Florêncio et al (2007) revelam que esse fenômeno cresce no mundo inteiro. E que durante muito tempo os diversos atos de violência contra os idosos foram tidos como problemas particulares

de cada família, mas que hoje passam a ser responsabilidade também da coletividade e do Estado.

Algumas visões, contemplando o terceiro núcleo de sentido elencado nesse tópico, relacionaram a qualidade de vida com ‘boas condições materiais para viver’:

Qualidade de vida para mim é ter minha casinha para morar, ter comida para comer (Heloísa).

É também ter minha casa para morar e meu salário para viver (Asiotéia).

Qualidade de vida é ter dinheiro para comprar as necessidades, os remédios e a alimentação (Epícuro).

A dádiva não envolve apenas os aspectos simbólicos. Na sua ambiguidade e nos seus paradoxos, as questões materiais também devem ser consideradas, porque os bens materiais também contribuem para uma melhor qualidade de vida, pelas provisões necessárias à saúde, tipo remédios, alimentos, moradia, entre outros. Estes aspectos remetem ao conceito de saúde presente no artigo 196 da Constituição Brasileira [Falta a Referência] que reconhece a saúde como resultante de condições de vida e trabalho, garantida mediante políticas sociais e econômicas. Assim, os aspectos materiais também são importantes porque assegura a própria existência, articula os membros do grupo, e ajuda na manutenção das redes de sociabilidade.

## Mudanças e repercussões na qualidade de vida

(83) 3322.3222  
contato@cieh.com.br  
www.cieh.com.br

Em relação as mudanças ocorridas que repercutiram na qualidade de vida, o grupo discutiu vários hábitos que mudaram em decorrência do aprendizado, das trocas e da motivação a partir das vivências e atividades que compartilharam no grupo. Os depoimentos confirmam que as vivências no grupo contribuíram sobremaneira para melhorias na qualidade de vida nos vários aspectos relacionados a capacidade física e funcional, assim como nos aspectos emocionais e sociais relacionados a criação de vínculos e melhoria da autoestima. Sinalizam também repercussões positivas no estado geral de saúde.

Segundo Melo e Mattos (2018) a capacidade de bons encontros no modo do cuidado, ampliam a potência de sentir, pensar e fazer. Não se trata de ignorar nem de reafirmar problemas sofrimentos e impotências, mas de reconhecer a potência de vida de pessoas mais vulneráveis como os idosos.

Sendo assim, a análise temática identificou dois núcleos de sentidos: ‘as mudanças físicas’, associadas aos aspectos funcionais, fisiológicos e corporais; e ‘as mudanças psíquicas’, relacionadas às perspectivas emocionais e mentais, sobre o que obteve ressonância na qualidade de suas vidas.

A atividade física regular pode ser considerada uma ferramenta valiosa para minimizar os declínios de memória e melhorar qualidade de vida, decorrentes do processo de envelhecimento (CORDEIRO et al., 2014). Em relação às percepções sobre ‘as mudanças físicas’ associadas com a participação nas atividades do grupo, selecionamos as seguintes falas:

Gosto de fazer minhas atividades, minhas obrigações. Aprendi aqui que é bom para meu corpo e minha cabeça, sem exagerar, até onde eu consigo (Hildegarda).

Eu acho que melhorou meu ânimo, minha coragem, tenho mais disposição para fazer as coisas. Tenho 67 anos e não me sinto velho. Minha situação física está mais forte (Maronéia).

Quando estou caminhando me sinto uma criança. Passo muito tempo no dia fazendo crochê e letrinhas, e assim vivo. Mas também faço as coisas em casa (Olímpia).

Me sinto bem quando caminho e quando danço. Faz bem ao meu corpo. O corpo precisa. Eu sinto isso (Asiotéia).

É inquestionável que diminuição da atividade física contribui para o aparecimento de algumas doenças crônicas que podem aumentar a incapacidade funcional, que por sua vez, gera efeitos de ordem emocional e mental. Lobo; Santos; Gomes (2014) confirmam a correlação positiva entre o grau de dependência, capacidade física e funcional e o índice de qualidade de vida.

Para Bertherat e Bernstein (2001), só é possível cuidar de algo quando tomamos consciência sobre o que, de fato, será cuidado. Então, para cuidar do corpo, teremos que ter consciência do mesmo, uma consciência corporal, que significa tomar consciência do próprio eu e do corpo como um todo. Os participantes reconheceram a oportunidade de aprendizagem sobre os benefícios de uma alimentação saudável para o fortalecimento do corpo e conseqüentemente melhoria da vitalidade e qualidade de vida:

Sentia muita dor de cabeça, mas aprendi em me alimentar melhor e diminuiu (Asiotéia).

Melhorou minha alimentação. Eu já sabia que não podia comer muito sal, mas não ligava. Agora estou tendo cuidado. Aprendi com as palestras (Apásia).



Agora tenho uma boa alimentação, não como besteiras e melhorou a situação do meu corpo. Me sinto mais disposta (Diótima).

Antes de vim para o grupo, não bebia muita água. Agora eu bebo mais água, pois aprendi que a água é importante para nós (Epícuro).

Um grupo de convivência pode funcionar como um sistema de relações que promove a interação e/ou ligação entre pessoas, ideias e práticas, onde o mundo da teoria se alimenta à luz das experiências concretas e vice-versa, através de uma reciprocidade educativa cotidiana, histórica, corporal e emocional. Tal circuito, conforme Rocha (2011) afirma, é dádiva porque se compartilha aprendizados, gentilezas, emoções e sentidos de vida e de cultura.

Nesse canal de convívio, o que é recebido em termos de educação também deve ser devolvido, reproduzindo também o sentimento de responsabilidade, pela preocupação com o outro para produzir e partilhar valores éticos como a paz, a confiança, o respeito e a estima. As experiências de aprendizagem necessitam de uma estruturação voltada para a colaboração, a cooperação e intercâmbio ideias (SABOURIN, 2011).

É pertinente pontuar, segundo Lopes et al (2015), que é evidente que as relações sociais entre quem acolhe e o acolhido são permeadas pelas teorias da dádiva e da reciprocidade, uma vez que, quem se relaciona/acolhe, sempre tem algo a oferecer, mas também espera do outro algo em troca, e este processo também é recíproco por quem é acolhido. Elementos da reciprocidade, como afetividade, atitude acolhedora, respeito e cuidado com o outro aparecem como incentivadores dessa relação. Compreender a interdependência do outro nas relações de trocas significa reconhecer que os usuários também são produtores de cuidado e, não apenas, consumidores de serviços.

Para Mauss (2015), o homem concreto (total) deve ser visto como um ser biológico, psíquico e sócio histórico, sintetizando essa tridimensionalidade constitutiva do homem enquanto corpo, sentimento e racionalidade. E a sua totalidade somente pode ser apreendida sob a égide de uma abordagem interdisciplinar.

Quanto ao núcleo 'mudanças psíquicas' que influenciaram a qualidade de vida, podemos destacar algumas referências quanto à superação de estados de ansiedade, solidão, estresse e síndrome do pânico, após a participação frequente no grupo de idosos:

Melhorou minha autoestima, conheci amigos e aprendi muito com eles e com os profissionais de saúde. Agradeço muito por isso (Safo).

Meu sistema nervoso está melhor, me distraio, esqueço os problemas e volto para casa mais leve. Eu estava numa situação que não pensava nem em viver



e hoje estou bem melhor. Vir para cá me faz bem. Até minha depressão acabou (Diótima).

Me libertei de tomar rivotril e participar do grupo me ajudou. (Hipásia).

Para Leite et al (2007), a participação dos idosos em grupos de convivência, favorece a maior ocorrência de encontros afetivos ampliando a possibilidade de o idoso continuar exercendo mantendo sua capacidade funcional. Além de que, os grupos possibilitam o compartilhamento alegrias, tristezas, conhecimentos, entre outros, ajudando no suporte emocional.

O grupo funciona como alternativa para minimizar os efeitos do envelhecimento, gerando a melhoria da qualidade de vida. Significa a possibilidade de conhecer novas pessoas, construir amizades, viajar, fazer exercícios físicos, divertir-se, entre outras razões, mudanças que acontecem na vida de idosos e que os induzem a continuar participando do grupo, bem como estimulam outras pessoas para que frequentem. (BENEDITT; MAZO; BORGES, 2012).

O envolvimento grupal é fator psicossocial significativo na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas, resgatando a autoestima, sentem-se mais úteis e veem que a vida tem sentido. O vínculo criado é ingrediente fundamental na relação dos idosos que frequentam o mesmo grupo (ASSIS; PACHECO; MENEZES, 2002).



As atividades desenvolvidas pelos grupos melhoram a qualidade de vida nos aspectos referentes à saúde física e mental, aumentam o período de vida ativa e previnem as perdas funcionais. As pessoas de mais idade podem afirmar a sua própria identidade, expandir as fronteiras de seu valor, reconhecendo-se como participante da vida atual do grupo e do mundo, por meio da memória compartilhada. (SAULO et al., 2013).

Segundo Almeida (2011), os grupos de convivência estimulam o indivíduo a adquirir mais autonomia, melhorar sua autoestima, qualidade de vida, senso de humor e promover sua inclusão social.

Eu era presa em casa, agora saio para as reuniões e quando chego aqui me sinto feliz (Maronéia).

Não saia de casa pois tinha medo. Agora eu saio, estou me sentindo mais corajosa (Heloísa).

Eu ficava muito em casa, parada com minhas doenças. Esqueço meus problemas quando venho para reunião (Diótima).



Para os idosos, fazer parte de um grupo é uma conquista, uma forma de romper com o cotidiano das tarefas do lar, e das obrigações com os filhos e netos, momento em que eles adquirem conhecimentos e desfrutam da sensação de maior liberdade durante essa fase da vida. Os grupos podem funcionar como rede de apoio que mobiliza as pessoas na busca de autonomia, na resiliência e diminuindo a vulnerabilidade. No convívio entre pessoas criam-se vínculos que possibilitam a inclusão social (GARCIA et al., 2006).

O estímulo à capacidade de resiliência das pessoas para responderem de forma positiva às demandas concretas do dia a dia, apesar das complicações que enfrentam ao longo de suas vidas, conforme Flores et al. (2011) indicam, pode ser uma possibilidade valiosa de trabalhar a promoção da saúde mediante o desenvolvimento das potencialidades das pessoas, visto que, incorporar os aspectos dessa resiliência na prática profissional supõe minimizar as expectativas de continuidade de problemas e potencializar a capacidade de superação de situações adversas.

Andrade et al (2014), analisando a percepção de idosos sobre grupos de convivência, constatam que para eles a participação nos grupos representa um retorno ao convívio social, as atividades de lazer, impulsionando a sensação de liberdade e a vontade de viver e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida. A concepção de mudanças nesse sentido foi evidenciada:



Mudou minha vida. Gravo na minha mente o que aprendo aqui. Me sinto feliz. Quando chego aqui, meu coração se derrete (Safo).

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

Eu era muito tímida, agora estou falando mais, pois já conheço o grupo. E volto para casa com alívio no meu coração (Hildegarda).

Participar no grupo me ajudou muito a vencer a tristeza, a não pensar em besteira, porque se você tem tristeza, você não tem saúde (Epícuro).

A educação se faz no cotidiano, através de uma reciprocidade educativa ligada ao sistema da dádiva, onde as ações de dar, receber e retribuir se fazem mais presentes do que nunca. Consiste no processo, não só de promoção da interação social e da socialização, mas também de constituição do sentido de história, de vinculação no tempo e no espaço, de mediação entre gerações (ROCHA, 2011).

Nas oportunidades de encontro, o estar às voltas com os outros é o que define o conversar que, por sua vez, é o que permite seguir na produção social do conhecimento fazendo, desfazendo e refazendo relações com as pessoas. Conversar é ao mesmo tempo situar e transitar entre aproximações sensíveis e distanciamentos necessários para construir múltiplas

perspectivas de interações entre diferentes práticas de conhecimento, pois devemos conversar com aqueles com os quais nos entendemos (PIMENTEL, 2014).

Foi muito evidenciado nos discursos: o reconhecimento da importância da participação no grupo, e os reflexos projetados na vida de cada um; o aprendizado nas ações educativas; as trocas de conhecimento e experiências e as reciprocidades, cada vez mais presentes, construindo laços afetivos e gerando uma rede de apoio por parte de todos; A vocalização e a expressão de sentimentos de gratidão.

Tais manifestações levam a reflexão sobre as relações no grupo como dádivas, enquanto sistema de relações simbólicas promovendo a aliança, pela tríplice obrigação e liberdade de dar, receber e retribuir, entre outros, reconhecimento e vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos reconheceram a importância da participação no grupo e a relevância das reflexões projetadas na vida de cada um. O aprendizado em atividades educativas, o intercâmbio de saberes/vivências e a reciprocidade presente no grupo vivo construíram vínculo, gerando redes de apoio e mostrando mudanças na qualidade de vida dos participantes.

Tais aspectos reverberam as relações no grupo como um constante movimento de trocas de dons/dádivas enquanto sistema simbólico de relacionamento promovendo a aliança, a tripla obrigação/liberdade de doação, recebimento e retorno, reconhecimento e gratidão, entre outros.

Este estudo proporcionou uma oportunidade para uma melhor compreensão da importância da escuta dos idosos sobre o cotidiano de suas vidas, sobre as relações de cada um com o processo de envelhecimento e sobre as experiências que contribuem para mudanças na qualidade de vida, a partir da agregação de conhecimento e experiência, fortalecendo a reciprocidade e os dons.

Como também possibilitou uma maior visibilidade da experiência em curso no território do SUS, reafirmando o êxito de modos de produzir cuidado incluindo encontros de trabalhadores e usuários com circulação de bens, materiais e simbólicos, a partir dos quais se reforçam os vínculos e se torna possível a ação coletiva.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edelves Alves; MADEIRA, Gleison Dias; ARANTES, Paula Maria Machado et al. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam

de grupos de convivência na cidade de Itabira-MG. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 435-443, Dec. 2010.

ALMEIDA, Naomar. *O que é saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ANDRADE, Ankilma do Nascimento; NASCIMENTO, Maria Mônica Paulino; OLIVEIRA, Marina Maria Duarte et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 39-48, Mar. 2014.

ASSIS, M.; PACHECO, L.C.; MENEZES, I. S. Repercussões de uma experiência de promoção de saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. *Textos Envelhecimento*. v. 4, n. 7, p. 53-73. 2002.

BACKES, Dirce Stein; COLOMÉ, Juliana Silveira; ERDMANN, Rolf Herdmann et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, São Paulo: v. 35, n. 4, p. 438-442. 2011.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.

BENEDETTI, Tânia Rosane Bertoldo; MAZO, Giovana Zarpellon; BORGES, Lucélia Justino. Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2087-2093, Aug. 2012.

BERTHERAT, T Therese; BERNSTEIN, Carol. *O corpo tem suas razões: antiginástica e consciência de si*. 19.ed. São Paulo, 2001.

BODSTEIN, Airton; LIMA, Valéria Vanda Azevedo; BARROS, Angela Maria Abreu. A vulnerabilidade do idoso em situações de desastres: necessidade de uma política de resiliência eficaz. *Ambient. soc.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 157-174, 2014.

BRASIL. *Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 3 de out., 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso*. – Brasília, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, Maryane Oliveira; RODRIGUES NETO, João Felício. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.32, n.2, p.232-240, 2008.

CORDEIRO, Juliana; DEL CASTILLO, Bruna Lencina; FREITAS, Caroline Silva et. al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

FLORENCIO, Márcia Virgínia Di Lorenzo; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira; SÁ Lenilde Duarte. A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 09, n. 03, p. 847 – 857, 2007.

FLORES, Gisela Cataldi; BORGES, Zulmira Newlands; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin et al. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciênc. cuid. saúde*; v. 10, v. 3, pg. 533-540, 2011.

GARCIA, Maria Alice Amorim; YAGI, Gilson Hiroshi; SOUZA, Caio Silvério et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 175-182, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. [Internet]. Rio de Janeiro: *Censo Demográfico*; c2010 [citado 2018 Jun 15]. Disponível em: [censo2010.ibge.gov.br/](http://censo2010.ibge.gov.br/)

LEITE, Marinês Tambara; MOURA, Cristiano; BERLEZI, Evelise Moraes. Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV AIDS na opinião de Idosos que participam de Grupos de Terceira Idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, v.10, n.3, p.339-54, 2007.

LOBO, Alexandrina de Jesus Serra; SANTOS, Luísa; GOMES, Sónia. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Rev Bras Enferm.* V. 67, n. 6, p. 913-9, nov./dez. 2014.

LOPES, Adriana Santos; VILAR, Rosana Lúcia Alves de; MELO, Ricardo Henrique Vieira; FRANCA, Raiane Caroline da Silva. O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 114-123, 2015.   
 (83) 3322.3222  
 www.cieh.com.br

MARTINS, P. H. O movimento das terapias humanizantes: corpo, cultura e ressignificação do humano. In: PUTTINI, R. F.; ALBUQUERQUE, L. M. B. (Org.). *Aventuras antropológicas no campo da saúde*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2013. p. 87-118.

MARTINS, Paulo Henrique; CATTANI, Antonio David. Sociologia da Dádiva. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 16, n. 36, p. 14-21, mai/ago. 2014.

MATURANA Humberto. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG; 1998.

MAUSS, Marcel. *Ensaio de sociologia*. 2.ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

\_\_\_\_\_. *Ensaio sobre a dádiva*. São Paulo: Cosac Naify, 2013.

MELO, Denise Mendonça; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, Dec. 2015.

MELO, Eduardo; MATTOS, Rubens. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. *Atenção Primária de Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p.95-116.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13. ed. edição. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, Gabriella Moraes Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; ANDRADE., Ana Lúcia da Silva. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [on line] 2016, 19 (Jul-Set). Acesso em: 20 de abril de 2019]. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403846785012>>\_ISSN 1809-9823.

MORIN, Edgar; CYRULNIK, Boris. *Diálogo sobre a natureza humana*. Lisboa: Instituto Piaget; 2004.

MOTTA, Luciana Branco; AGUIAR, Adriana Cavalcanti; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p. 779-786, 2011.

OLIVEIRA, Juliana Costa Assis de; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, 2010, v. 44, n.3, p. 774-81.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL. Grupo de Estudos em Qualidade de Vida. *Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL)*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

PARADELLA, Rodrigo. PNAD Contínua: Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Agência IBGE notícias. Editoria: Estatísticas Sociais. 26/04/2018. Acesso em 20 de abril de 2019; disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias>.

PEREIRA, Érico Felden; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*. v. 26, n. 2, p. 241-250, 2012.

PIMENTEL, Álamo. A atitude etnográfica na sala de aula: descolonizando os processos de ensino. *REALIS*, v.4, n. 02, p. 49-71, 2014.

ROCHA, Gilmar. *Mauss e a educação*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

RODRIGUES, Marcia Renata; BRETAS, Ana Cristina Passarella. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.343-360, 2015.



PREFEITURA MUNICIPAL DE NATAL. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Natal: 2018-2021. Natal: Prefeitura Municipal de Natal, 2018.

SABOURIN, Eric. Marcel Mauss: da dádiva à questão da reciprocidade. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 131-138, 2008.

\_\_\_\_\_. Teoria da reciprocidade e sócio-anthropologia do desenvolvimento. *Sociologias*. Porto Alegre, v. 13, n. 27, p. 24-51, 2011.

ROCHA, Saulo Vasconcelos; ALMEIDA, Maura Maria Guimarães; ARAÚJO, Tânia Maria et al. Fatores Associados à Atividade Física insuficiente no lazer entre idosos. *Rev. Bras Med Esporte*, v.19, n.3, p.191-5. 2013.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.

TAVARES, Bianca Boscarino; MORAES, Helena; DESLANDES, Andrea Camaz et al. Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother* [Internet], 2014 [citado 2018 Jun 25], v.36, n.3, [about 5 p.] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v36n3/2237-6089-trends-36-03-00134.pdf>

VILAR, Rosana Lúcia Alves. *Humanização na Estratégia Saúde da Família*. São Caetano do Sul, SP: Ed. Yendis; 2014.

---

<sup>i</sup> Parte de uma Dissertação de Mestrado.



## A SUPLEMENTAÇÃO DE CURCUMINA NA PREVENÇÃO DO ALZHEIMER PRECOCE EM PESSOAS COM SÍNDROME DE DOWN

Ana Katarina Dias de Oliveira <sup>1</sup>  
Alinne Rafaella Jerônimo Benevides Luz <sup>2</sup>

### RESUMO

Alterações provocadas pela trissomia do cromossomo 21 favorecem o estresse oxidativo e aceleram alguns processos característicos do envelhecimento. Isso porque o cromossomo 21 sintetiza proteínas responsável pelo estresse oxidativo, e a beta-amiloide, responsável pela formação de placas cerebrais que caracterizam a doença de Alzheimer. A incidência de Alzheimer em pessoas com Síndrome de Down, em idades relativamente jovens quando comparadas a pessoas típicas, é comum. A cúrcuma vem sendo utilizada no tratamento de algumas patologias por suas propriedades antioxidante, anti-inflamatória, antitumoral e anti-amiloidogênica. Esse trabalho tem como objetivo investigar a relação entre a suplementação de curcuminoides na dieta de pessoas com Síndrome de Down e a possível prevenção ou retardo da doença de Alzheimer, através de estudos que mostram a influência do consumo de curcumin nos danos cerebrais provocados por estresse oxidativo. A metodologia consiste numa revisão de literatura de trabalhos publicados entre 2000 e 2017, em bases de dados nacionais e internacionais que abordam sobre Síndrome de Down, Doença de Alzheimer e a ação dos curcuminoides na redução das placas beta-amiloides e nos sintomas de demências. Foram selecionados para análise 12 artigos que tratavam, exclusivamente, do tema central do trabalho. Pode-se concluir que embora ainda sejam escassas as publicações e pesquisas referentes à Síndrome de Down, estudos experimentais e em humanos mostram, de maneira geral, prognósticos favoráveis no tocante ao uso de curcuminoides em pessoas com Alzheimer.

**Palavras-chave:** Curcumin, Demências, Envelhecimento, Estresse oxidativo.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome de Down (SD) é uma condição genética em que o indivíduo possui um par a mais do cromossomo 21 em todas ou na maioria das células. Foi descrita pela primeira vez em 1866, pelo médico inglês John Langdon Down, após observar que algumas das crianças com atraso neuropsicomotor por ele atendidas apresentavam algumas características semelhantes (TALHAFERRO; BIANCHI, 2013).

Somente em 1959, os cientistas Jerome Lejeune e Patricia Jacobs identificaram que a causa da síndrome era a trissomia do cromossomo 21, sendo a primeira alteração cromossômica detectada na espécie humana. Ao contrário dos 46 cromossomos normalmente encontrados em

---

<sup>1</sup> Mestranda do Curso Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Nutricionista, Professora do Curso de Nutrição da Universidade Potiguar - UNP, [akatarinadoli@gmail.com](mailto:akatarinadoli@gmail.com);

<sup>2</sup> Mestranda do Curso Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN. Nutricionista, Preceptora do Curso de Nutrição da Universidade Potiguar - UNP [alinnenuitriativa@gmail.com](mailto:alinnenuitriativa@gmail.com).

cada célula de pessoas sem síndromes, na SD o indivíduo possui 47 cromossomos (ALVAREZ et al., 2016).

Esse acidente genético durante a divisão celular pode acontecer de três formas: trissomia livre (responsável por 95% dos casos) que consiste na não-disjunção do cromossomo 21; Translocação (responsável por 3,5% dos casos) que ocorre quando um pedaço do cromossomo 21 se cola a outro par cromossômico não 21 e a partir disso passa a fazer parte da divisão de novas células; mosaicismos (responsável por 1,5% dos casos) que ocorre quando em qualquer momento não inicial da divisão celular ocorre a não-disjunção do par 21 (MARQUES; NAHAS, 2003).

Atualmente a SD é considerada uma das causas mais comuns de deficiência intelectual no mundo (ALVAREZ et al., 2016; MOREIRA; EL-HANI; GUSMÃO, 2000). No Brasil apesar de não se ter estatísticas precisas sobre o número de pessoas com Síndrome de Down no país, estima-se uma relação de um caso para cada 700 nascimentos (SKOTKO; TENENBAUN, 2016; TORRES, 2016).

Essa alteração cromossômica favorece a presença de algumas características físicas como: baixa estatura, língua protusa, prega palmar transversal única, hipotonia muscular, além de atraso no desenvolvimento intelectual e cognitivo. No campo fisiopatológico, as pessoas com Síndrome de Down apresentam maior tendência a doenças cardiovasculares, maior incidência de hipotireoidismo, leucemia, diabetes, obesidade, constipação, apneia respiratória, fragilidade do sistema imunológico, envelhecimento precoce, demência e doença de Alzheimer (STRUPP et al., 2016; ZIGMAN, 2013).

Alterações metabólicas decorrentes da trissomia favorece o envelhecimento precoce nesse grupo. É no cromossomo 21 que são sintetizadas proteínas como enzima superóxido dismutase (SOD) e a beta-amiloide. A primeira, devido sua excessiva atividade causa estresse oxidativo nas células, já a segunda caracteriza-se por formar placas cerebrais que se acumulam e são o principal indicativo da doença de Alzheimer. A presença de uma cópia a mais do cromossomo 21, faz com que essas duas proteínas sejam mais abundantes em pessoas com SD, favorecendo assim o envelhecimento precoce e o Alzheimer (ABDEL-MEGUID et al., 2013; TORRES, 2016; ZIGMAN, 2013).

Todas essas alterações levam a comorbidades que aceleram o declínio cognitivo e funcional, e geram transtornos neuropsiquiátricos graves e incapacitantes, afetando consideravelmente a qualidade de vida das pessoas acometidas. Na SD esse quadro começa a aparecer por volta dos 30 - 40 anos de idade e considerando o aumento da expectativa de vida dessas pessoas há uma grande probabilidade de se conviver muito tempo com essa situação, por

isso, a demência em pessoas com SD tem sido alvo de vários estudos (ABDEL-MEGUID et al., 2013; CARVALHO; ARDORE; CASTRO, 2015; SKOTKO; TENENBAUM, 2016).

Estima-se que a média de prevalência de Alzheimer nessa população é em torno de 15% entre 30 – 40 anos e aumenta proporcionalmente com o avanço da idade (FLÓREZ, 2010; HEAD et al., 2012). A presença da demência é um fator complicador que pode acentuar ainda mais algumas dificuldades e limitações que essas pessoas enfrentam na vida diária, como menor capacidade de comunicação, cognição e, conseqüentemente, autonomia nas ações cotidianas.

O diagnóstico da demência em pessoas com SD não é tarefa fácil, pois algumas condições comuns na SD podem ser facilmente confundidas com Alzheimer, além de que déficits cognitivos e de comunicação característicos da síndrome podem afetar a avaliação. Por isso, a participação da família e de cuidadores no momento do diagnóstico é fundamental para se ter clareza entre as dificuldades e limitações pré-existentes e os reais sinais de Alzheimer (CARVALHO; ARDORE; CASTRO, 2015).

A Doença de Alzheimer é considerada atualmente uma das principais síndromes geriátricas e a mais prevalente e importante doença neurodegenerativa no mundo, com previsão de aumento de incidência para os próximos anos (TINOCO; ROSA, 2015). É definida como um transtorno degenerativo progressivo, irreversível de etiologia multifatorial que afeta, principalmente, pessoas em idade avançada (THOMAZ; VIEBG, 2012), podendo em situações especiais acontecer em idades mais, jovens, como é o caso da Síndrome de Down.

Na doença de Alzheimer, por motivos ainda não muito claros, há uma produção e acúmulo excessivo de placas  $\beta$ -amiloides, levando à alteração nas sinapses e, conseqüentemente, à perda de neurônios e aos sintomas tradicionais da doença (THOMAZ; VIEBG, 2012; ABRAZ, 2018). À medida que a doença avança surge uma série de sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais, que leva a um sério comprometimento das atividades cotidianas, deixando o paciente cada vez mais dependente de cuidadores (SCHULTZ; BERTOLUCCI; OKAMOTO, 2011; SILVA; MARUCCI; ROEDIGER, 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 2015 que havia 47,5 milhões de pessoas no mundo com demência, sendo que 60% a 70% dessa estimativa correspondiam a Doença de Alzheimer. E a previsão é de que o número de casos de demência a nível mundial chegue a 75,6 milhões em 2030 e 135,5 milhões em 2050 (ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DOS DOENTES DE ALZHEIMER, 2018). Estudos de prevalência sugerem que nos Estados Unidos o número de pessoas com Doença de Alzheimer “duplica a cada 5 anos a partir dos 60 anos, representando 1% aos 60 anos e em torno de 30% aos 85 anos” (BRASIL, 2013, p.1).

Esse aumento no número de pessoas com a doença preocupa autoridades e profissionais de saúde, uma vez que a patologia tem forte impacto, social, emocional, financeiro, e afeta não apenas o paciente, como também familiares e pessoas próximas (TINOCO; ROSA, 2015). No Brasil os dados epidemiológicos sobre essa patologia ainda são escassos e imprecisos. Três estudos realizados entre os anos de 2002 e 2009 nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul, mostraram uma prevalência de 7,1% na população acima de 65 anos, sendo que 55% desses casos correspondiam a Doença de Alzheimer. De acordo com esses estudos a incidência de casos de demência em São Paulo foi 7,7 por 1.000 pessoas-ano e no Rio Grande do Sul os números foram 14,8 por 1.000 pessoas-ano (BRASIL, 2013, p.2).

De acordo com a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2018), a cada 3 segundos um idoso desenvolve algum tipo de demência no mundo. Os dados epidemiológicos sobre a Doença de Alzheimer encontrados referem-se geralmente a pessoas idosas, e embora vários estudos mostrem uma estreita relação entre a doença e seu aparecimento precoce em pessoas com Síndrome de Down, nenhum dado estatístico confiável foi encontrado. Sabe-se que a Doença de Alzheimer não está relacionada simplesmente a idade cronológica, contada a partir da data de nascimento, e sim ao envelhecimento biológico cerebral que em alguns casos, como na Síndrome de Down, podem acontecer antes que o indivíduo seja considerado legalmente idoso (CHEN et al., 2016).

Segundo Marin et al (2016), a formação das placas  $\beta$ -amiloide são uma das patologias centrais da Doença de Alzheimer. A formação da placa em modelos animais da Doença de Alzheimer coincide com o aparecimento de alterações sinápticas e declínio cognitivo. Placas de  $\beta$ -a podem perturbar a excitabilidade neuronal, pois são tóxicas as sinapses e quebra neurites, diminuindo significativamente a densidade da coluna (CHEN et al., 2016).

A proteína beta-amiloide é produzida normalmente no cérebro e há evidências de que quantidades muito pequenas dela são necessárias para manter o funcionamento dos neurônios. Entretanto, na Doença de Alzheimer, por motivos ainda não totalmente elucidados, sua produção aumenta consideravelmente e moléculas acumulam-se como oligômeros, levando à alteração nas sinapses, o primeiro passo para a série de eventos que leva à perda de neurônios e aos sintomas tradicionais da doença (THOMAZ; VIEBG, 2012; ABRAZ, 2018).

Normalmente, a beta-amiloide é eliminada pelo liquor, mas na DA sua acumulação no cérebro faz com que sua concentração no liquor caia. Simultaneamente, ocorre fosforilação da proteína tau, que forma os emaranhados neurofibrilares dentro dos neurônios, que é outra alteração patológica conhecida da DA. Com a morte neuronal, a fosfo-tau é eliminada pelo liquor, aumentando sua concentração. Dessa forma, na DA ocorre

diminuição da concentração de beta-amiloide e aumento da concentração de fosfo-tau no liquor (ABRAZ, 2018, p. 01).

Outro aspecto característico da Doença de Alzheimer é a presença de emaranhados neurofibrilares intraneuronais, que constituem no acúmulo intracelular de proteínas TAU. Esses emaranhados neurofibrilares também ocorrem com frequência na doença de Parkinson e na Síndrome de Down e estudos sugerem que sua presença no cérebro está estreitamente correlacionada com a gravidade da demência.

[...] as células cerebrais se degeneram, ocasionando diminuição da substância cerebral. Atinge o lobo frontal do córtex cerebral responsável por controlar a personalidade, o comportamento, o controle emocional e cognitivo; o lobo temporal, que controla o pensamento, a linguagem expressiva, a música e o ritmo, o processamento de memória; e o lobo parietal, responsável pela compreensão da linguagem oral e escrita, pela estimulação sensorial (como dor, tato, olfato, audição e calor) e pela imagem corporal (TINOCO; ROSA, 2015, p. 295).

Apenas em 1993, o gene da apolipoproteína E (apoE) foi encontrado para associação com a DA (PUTHIYEDTH et al., 2016). Embora os vários fatores de risco genéticos estejam associados à doença de Alzheimer, a presença do alelo do gene apolipoproteína E do tipo 4 (apoE4) demonstrou uma maior associação ao número de placas senis e placas vasculares, além de uma redução da função colinérgica em cérebros de pacientes portadores dessa patologia (SERENIKI; VITAL, 2008).

Desde a caracterização dos sintomas da doença em 1906, a gênese da DA permaneceu uma incógnita. Sabe-se hoje que a etiologia da doença é multifatorial e tem influência de alguns fatores como idade, história familiar da doença, baixo nível de escolaridade, depressão, história de Acidente Vascular Encefálico, traumatismo craniano e Síndrome de Down (THOMAZ; VIEBG, 2012; TINOCO; ROSA, 2015). Além dos fatores citados, estudos menores também sugerem a exposição ou ingestão de algumas substâncias tóxicas como alumínio, mercúrio, álcool, chumbo, alguns medicamentos, estilo de vida e doenças do sistema imunológico como possíveis fatores etiológicos (RÉQUIA; OLIVEIRA, 2006).

O sintoma mais comum nos estágios iniciais é a perda de memória recente e dificuldades para aquisição de novas habilidades, evoluindo gradativamente com perdas cognitivas importantes. Nos estágios intermediários, pode ocorrer a apraxia e a afasia fluente que se apresenta como dificuldade para nomear objetos ou para escolher a palavra adequada para expressar uma ideia. Nos estágios terminais, encontram-se acentuadas alterações do ciclo sono-vigília; alterações comportamentais, como irritabilidade e agressividade; sintomas psicóticos;

incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais (HOLANDA; PONTE; PINHEIRO, 2012).

Com a progressão da doença é notório o comprometimento das atividades cotidianas e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e de alterações comportamentais. A apatia, a incontinência fecal e urinária e outros sintomas comuns a fase terminal da doença, deixam o paciente totalmente dependente de cuidadores. Os cuidados e atenção para com o paciente que tem Alzheimer representa um desafio para a família, cuidadores e pessoas próximas uma vez que a terapêutica é variável para cada indivíduo e funciona apenas como paliativo para retardar a progressão da doença (SCHULTZ; BERTOLUCCI; OKAMOTO, 2011; SILVA; MARUCCI; ROEDIGER, 2016).

O tratamento para doença de Alzheimer limita-se ao retardo do início dos sintomas ou da progressão da doença e envolve intervenções psicossociais e estratégias farmacológicas. A prescrição medicamentosa de substâncias psicoativas que tem como objetivo preservar ou reestabelecer a capacidade cognitiva, as habilidades funcionais e amenizar distúrbios de comportamento, como: agitação, psicose, agressividade e transtorno do sono (SILVA; MARUCCI; ROEDIGER, 2016; TINOCO; ROSA, 2015).

Portanto, a ciência tem buscado na fitoterapia, na nutrição e em outras estratégias não farmacológicas substâncias que possam auxiliar na prevenção ou retardo do surgimento da doença de Alzheimer. A suplementação com algumas substâncias e compostos específicos, fitoterápicos e o consumo de alimentos funcionais são algumas das terapias alternativas estudadas para evitar ou controlar a doença. Entre elas destacam-se o ômega 3, a romã e a cúrcuma, uma vez que vários estudos apontam os benefícios antioxidantes e antiinflamatórios e seus efeitos positivos na Doença de Alzheimer (DANA; JAVANMARD; RAFIEE, 2016; SANTIAGO et al., 2014; MALLMANN; KUMMEL; ROSA, 2012; PERES; VARGAS; SOUZA, 2015).

Os curcuminoides, componente presente na *Cúrcuma Longa*, especiaria conhecida popularmente como açafrão, tem sido alvo de vários estudos nessa área. Isso porque há registros antigos que mostram a utilização da *Cúrcuma Longa* na medicina oriental e na fitoterapia como potente anti-inflamatório utilizado no tratamento de diversas patologias (GRASSO; AYOAMA; FURLAN, 2017).

Estudos recentes mostram também importante efeito anti-amiloidogênico e quelante de metais (VELDMAN et al., 2016). De acordo com esses estudos há uma afinidade entre o curcumin e espécies pequenas de placas beta-amilóides. A curcumina pode se ligar as placas beta-amilóides promovendo sua degradação e, conseqüentemente, reduzindo a neurotoxicidade

(CHEN et al, 2016; FARKHONDEH; SAMARGHANDIAN, SAMINI, 2016; JIA et al., 2016). Há ainda registros de que os curcuminoides também se ligam aos emaranhados neurofibrilares, reduzindo assim sua atividade. Entretanto, essa relação é bem menor do que a que ocorre com as placas beta-amiloide e os estudos sobre seus efeitos nos emaranhados neurofibrilares ainda são escassos (VELDMAN et al., 2016).

Portanto, esse trabalho tem como objetivo investigar a ação dos curcuminoides na prevenção do Alzheimer precoce em pessoas com Síndrome de Down. Para isso, foi realizada uma revisão de literatura em diversas bases de dados nacionais e estrangeiras que tinham trabalhos publicados sobre o efeito dos curcuminoides na doença de Alzheimer. O trabalho inicia abordando a Síndrome de Down, definição, primeiros registros históricos, características comuns, prevalência e implicações do Alzheimer nessa população. Em seguida é apresentada a fisiologia da doença de Alzheimer, sinais, sintomas, diagnóstico e terapia. Na sequência são apresentadas as propriedades terapêuticas dos curcuminoides, reforçadas por diversos estudos que apontam seus efeitos benéficos em várias patologias e, principalmente, na doença de Alzheimer.

Apesar dos poucos estudos sobre o efeito dos curcuminoides na prevenção do Alzheimer precoce, especificamente na população com Síndrome de Down, vários trabalhos apontam a redução de placas beta-amiloides em pessoas neurotípicas quando submetidas ao tratamento com curcumina. Acredita-se que em pessoas com Síndrome de Down os resultados sejam semelhantes, e nesse caso a suplementação de curcuminoides pode significar uma esperança de redução de Alzheimer precoce e, conseqüentemente, de melhor qualidade de vida para essas pessoas.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo consiste numa revisão de literatura de caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa de estudos publicados em bases de dados nacionais e estrangeiras como Scielo, Pubmed, BVS, Bireme, Lilacs, entre os anos de 2000 e 2017, tendo, a grande maioria dos trabalhos (21) sido publicados em 2016. Além disso, também foram utilizados livros e documentos do Ministério da Saúde que serviram de embasamento para conceitos, definição, epidemiologia e histórico sobre envelhecimento, Doença de Alzheimer, Síndrome de Down e curcuminoides. Devido aos poucos estudos publicados envolvendo a temática da suplementação do curcumin como prevenção da Doença de Alzheimer,

especificamente na Síndrome de Down, a pesquisa será baseada em artigos dos últimos dezessete anos.

Para as pesquisas nas bases de dados foram utilizados como descritores as palavras: Curcumin (Curcumina), Síndrome de Down (Down Syndrome,) e Doença de Alzheimer (Alzheimer's disease, La enfermedad de Alzheimer). Ao todo foram encontrados 51 trabalhos que abordavam um ou mais temas dessa pesquisa. Desses, 29 foram publicações em inglês, um em espanhol e 21 em português.

Os critérios de seleção dos artigos foram estar publicados em língua portuguesa, espanhola ou Inglesa, terem sido publicados a partir do ano 2000 e abordar o uso da curcuman como terapia de patologias e, principalmente, na doença de Alzheimer, Síndrome de Down e envelhecimento e Alzheimer na Síndrome de Down. Os critérios de exclusão foram artigos que tratavam do uso da cúrcuma para fins não terapêuticos, que abordavam outros aspectos da Síndrome de Down que não fossem envelhecimento, declínio neuropsicológico e demências.

Do total de 51 artigos encontrados, 20 falavam sobre a ação dos curcuminoides em diferentes patologias, 11 tratavam dos benefícios dos curcuminoides no Alzheimer e outras doenças neurodegenerativas, quatro eram específicos sobre Síndrome de Down, oito tratavam de envelhecimento e Síndrome de Down, sete eram sobre Doença de Alzheimer na Síndrome de Down e apenas um relacionou a cúrcuma com a Síndrome de Down e o Alzheimer.

A pesquisa foi realizada entre janeiro e junho de 2018, e para critério de análise de dados sobre a ação dos curcuminoides na prevenção do Alzheimer precoce na Síndrome de Down foram escolhidos apenas os 11 trabalhos que falavam sobre a curcuman na prevenção e tratamento do Alzheimer e demências de maneira geral, e o que tratava desse mesmo tema especificamente na Síndrome de Down. A decisão pela seleção desses 12 artigos se deu a partir do entendimento de que não há diferença entre a ação da cúrcuma na doença de Alzheimer em pessoas com ou sem Síndrome de Down, além do fato de que nesse último grupo a doença pode se manifestar em idades mais jovens.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Estudo experimental realizado por Veldman et al (2016) mostrou que a curcumina tem importante efeito anti-amiloidogênico, anti-inflamatório, antioxidante e quelante de metais. Estudos mostraram afinidade entre o curcumin e espécies pequenas de placas beta-amilóides, através da inibição da agregação e formação de fibrilas tanto em experimentos in vitro quanto em in vivo (JIA et al., 2016; VELDMAN et al., 2016). Por estarem envolvidos em processos

inflamatórios, oxidativos e na formação de placas beta-amiloide, os curcuminoides são apresentados como importantes substâncias na prevenção da Doença de Alzheimer.

Em cérebros de pessoas normais os níveis de produção e depuração de placas beta-amiloides mantem-se podendo ser degradado por várias endopeptidases endógenas como: neprilisina, plasmina, enzima de degradação da insulina (IDE), enzima conversora de endotelina, enzima conversora da angiotensina (ECA) e várias metaloproteases de matriz. Em pessoas com idade avançada ou com Alzheimer os níveis de neprilisina cerebral encontram-se baixos quando comparados a adultos sem a patologia (CHEN et al., 2016). Assim um dos possíveis tratamentos para a prevenção da doença de Alzheimer seria a manutenção dos níveis estáveis dessas substâncias.

Sabe-se que à impermeabilidade da barreira hematoencefálica e a distribuição não seletiva de drogas no cérebro tornam o acesso terapêutico a distúrbios neurológicos um desafio (JIA et al., 2016). Entretanto, devido às propriedades lipofílicas dos curcuminoides, esses conseguem atravessar a barreira hematoencefálica e assim, ligarem-se as placas beta-amiloides e inibir sua agregação (VELDMAN et al., 2016; VETVICKA, 2016).

Muitos estudos têm mostrado as vantagens dos curcuminoides no tratamento de diversas patologias, entretanto sua baixa absorção no trato gastrointestinal tem limitado seu uso clínico. Estudos in vivo e em vitro mostram que quando administrada por via oral a absorção dos curcuminoides só foi significativa em doses diárias de 1g a 8g. Doses menores apresentaram níveis de absorção muito baixos, em torno de 38%. Estudos mostraram que doses de 12g embora não apresentassem toxicidade não foram bem aceitos por pacientes (CHENG et al., 2001 apud SCHOLZE, 2014), enquanto outro estudo feito por Lao et al. (2006 apud SCHOLZE, 2014) com pessoas saudáveis somente detectou a presença de curcumina no soro daqueles que ingeriram de 10g a 12g/dia do composto bioativo (JIA et al., 2016).

Apesar de ser considerada eficaz e farmacologicamente segura a curcumina tem biodisponibilidade sistêmica limitada. Isso devido sua baixa solubilidade em água, metabolismo rápido e instabilidade ao pH intestinal (mais estável em pH ácido e menos instável em pH básico ou alcalino). É metabolizada no fígado e excretada através das fezes (CODEVILLA et al., 2015; SCHOLZE, 2014; SUETH-SANTIAGO et al., 2015). Portanto, a busca por mecanismos que aumentem a solubilidade, estabilidade e, conseqüentemente, sua atividade farmacológica tem sido objetivo de vários estudos.

Várias técnicas clássicas, baseadas em parâmetros físicos tais como calor, pH e formação de complexos com íons metálicos, polímeros ou soro, podem ser

aplicadas para uma melhor solubilidade da curcumina. Nesse sentido, parece que o calor aumenta em 12 vezes a solubilidade dessa substância, bem como a formação de complexos com íons metálicos tais como  $Zn^{2+}$ ,  $Cu^{2+}$ ,  $Mg^{2+}$  e  $Se^{2+}$ , ou ligação com a albumina do soro (SCHOLZE, 2014, p. 23).

Outras técnicas empregadas para aumentar a biodisponibilidade e eficácia da curcumina são lipossomas, nanopartículas poliméricas, nanopartículas lipídicas sólidas, ciclodextrinas, nanoemulsões, entre outros (CODEVILLA et al., 2015). Estudos também têm mostrado resultados positivos no uso de curcumina associada a adjuvantes bloqueadores de suas vias metabólicas como a quecetina e a piperina, um alcalóide presente na pimenta preta que tem capacidade para inibir a glucuronidação renal e hepática, podendo aumentar a biodisponibilidade da curcumina em até 2.000% (SCHOLZE, 2014).

Com relação ao efeito da curcumina na Doença de Alzheimer estudos mostram resultados diferentes com relação às quantidades recomendadas para se obter efeitos positivos. Veldman et al. (2016) mostraram que a administração de 80mg/dia de curcumina reduziu o nível plasmático de placas beta-amiloides em indivíduos saudáveis, entretanto, em outro estudo no qual 5% da ingestão total de alimentos foi de açafrão por mais de 90 dias causou hepatotoxicidade em ratos. Estudos mostram também que essas quantidades variam de acordo com a patologia a ser tratada (HUSSEIN et al., 2016).

A via de administração dos curcuminoides também parece fazer diferença nos seus efeitos sobre as placas beta-amiloides. Em estudos realizados com ratos a administração intravenosa de curcumina por sete dias mostrou maior depuração de depósitos de beta-amilóide no cérebro dos animais quando comparado a administração oral (VELDMAN et al., 2016). Outro dado relevante é que os diferentes tipos de curcuminoides parecem ter efeitos diferentes sobre as placas beta-amiloides. Um estudo realizado na Suécia mostrou que o bisdemetoxicurcumina (BDMC) teve maior afinidade por placas beta-amilóides em tecido cerebral quando comparados a outros curcuminoides (VELDMAN et al., 2016; VETVICKA, 2016).

Por todos esses benefícios a curcumina tem sido alvo de vários estudos, mas as quantidades diárias necessárias para se obter tais vantagens não ficaram muito bem especificadas nos artigos pesquisados para essa atividade. Apenas um artigo refere que a dosagem diária de 30mg inibe a função de compostos tóxicos, conferindo a essa uma ação hepático-protetora (PERES; VARGAS; SOUZA, 2015). Torna-se necessário melhores esclarecimentos sobre a forma de uso e quantidades diárias para se obter cada um dos benefícios atribuídos a planta.

Várias pesquisas têm apontado a estreita ligação entre o surgimento precoce da Doença de Alzheimer (DA) com Síndrome de Down (SD). Isso porque desde a década de 1970 estudos mostram a presença de placas beta amilóides e emaranhados neurofibrilares, características da DA, em uma grande quantidade de indivíduos com a SD relativamente jovens (BURGER; VOGEL, 1973; LEVERENZ; RASKIND, 1998; HEAD et al., 2012). Entre as várias possibilidades de prevenção das manifestações clínicas da DA a suplementação alimentar com curcumin, de acordo com alguns estudos, é capaz de reduzir o dano oxidativo com redução das placas beta amiloides.

Entretanto, as dosagens e recomendações diárias de curcumina, o tipo de curcuminóide de melhor resposta e as melhores vias de absorção ainda são imprecisas. Vários estudos mostram quantidades diferentes que vai desde 30mg/dia (PERES; VARGAS; SOUZA, 2015) a 80mg/dia (VELDMAN et al., 2016), chegando até a 1,5g/dia – 1,65g/dia (FARKHONDEH; SAMARGHANDIAN; SAMINI, 2016).

Dos 12 artigos que abordavam a relação entre a curcumina e a Doença de Alzheimer 100% deles mostraram haver uma ligação inversamente proporcional entre os curcuminóides e a possibilidade de desenvolvimento ou progressão da patologia, uma vez que a maior presença de curcuminóides mostrava-se favorável a diminuição das placas beta amiloides cerebrais. Entretanto, chama-se atenção para o fato de que 75% (n = 9) dos estudos foram realizados em animais e os 25% (n = 3) realizados com humanos tiveram amostras pequenas.

Na pesquisa também foi identificado que 83% (n =10) dos artigos demonstravam a necessidade de mais estudos com populações humanas, uma vez que os resultados relacionados às vias de administração, quantidade e dosagem capazes de produzir efeitos positivos na Doença de Alzheimer ainda não estão bem esclarecidos. Outro dos principais desafios apresentados para a aplicação do uso de curcuminóides como alternativa para as terapias de demência em seres humanos diz respeito a baixa biodisponibilidade e a alta volatilidade quando submetido a temperaturas elevadas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Síndrome de Down é uma das condições genéticas mais associadas à deficiência intelectual e cognitiva no mundo. Melhorar o déficit mental e de desenvolvimento nas pessoas com essa síndrome é um dos principais objetivos e também desafios para os familiares e profissionais, pois representa para essa população melhor qualidade de vida e autonomia. No entanto, são necessárias variadas terapias e tratamentos que possibilitam amenizar sintomas

como estresse oxidativo, envelhecimento precoce e patologias, geralmente acentuados na presença da trissomia.

A alteração genética no cromossomo 21 aumenta a incidência de Alzheimer nas pessoas com SD, entretanto, o tratamento medicamentoso se mostra pouco eficaz nessa situação, fazendo com que se busquem novas abordagens de tratamento. Para tanto, a alimentação e a nutrição têm sido utilizadas nos últimos anos como importante recurso para prevenir demências e amenizar os sintomas do Alzheimer.

Poucos são os estudos que abordam envelhecimento, terapia nutricional e suplementação em pessoas com SD, principalmente no Brasil. No tocante ao uso dos curcuminoides na prevenção ou retardo da Doença de Alzheimer, foco principal desse estudo, a maioria dos trabalhos eram referentes às pessoas neurotípicas e foram encontrados em bases de dados estrangeiras. Mas partindo do princípio de que não há diferença na terapia com curcuminoides em pessoas com ou sem SD, esse trabalho buscou avaliar os potenciais benefícios dos curcuminoides na doença de Alzheimer e constatou que estudos experimentais e em humanos mostram prognósticos favoráveis.

Praticamente todos os trabalhos avaliados aqui mostraram redução na quantidade de placas beta-amiloides com o uso de curcumina, como também alguns revelaram melhoras de alguns sintomas clínicos característicos da doença de Alzheimer. Entretanto a dosagem ideal a ser prescrita, a biodisponibilidade e a volatilidade dos curcuminoides ainda representam um desafio para a prescrição segura e eficaz.

Por isso essas questões ainda necessitam de mais investigação. O aumento da biodisponibilidade dos curcuminoides ainda é um desafio para a ciência, assim como qual deles seria mais eficaz, ou em que frente do tratamento atuam melhor. Essas incógnitas quanto ao consenso sobre quantidade ideal para que se possa verificar efeitos práticos em seres humanos aparece na pesquisa como um dos principais objetivos dos estudos atuais.

Entretanto, se reconhece que também seriam necessárias mais pesquisas sobre prescrição de curcuminoides não apenas em pessoas neurotípicas mas, principalmente, em pessoas com SD, pois não foi encontrado na pesquisa nenhuma referência em relação à absorção, assimilação e aproveitamento dessa substância em pessoas atípicas. Hoje diversos estudos mostram que determinadas substâncias tem metabolismo diferente, sejam mais ou menos acentuados em pessoas com trissomia no cromossomo 21, por isso, mesmo partindo da premissa de que a princípio a prescrição pode ser a mesma para qualquer pessoa, há a necessidade de mais estudos, principalmente, em populações específicas, como no caso da SD.

## REFERÊNCIAS

ABDEL-MEGUID, I.E. et. al. Markers of neural degeneration and regeneration in Down syndrome patients. **The Egyptian Journal of Medical Human Genetics**, p. 49-53, 2013.

ABRAZ. Associação Brasileira de Alzheimer. **O que é Alzheimer**. São Paulo, 2018. Disponível em: <<http://www.abraz.org.br/index.php?page=a-abraz>>. Acesso em: 04 jun. 2018.

ALVAREZ, N. et al. Alzheimer Disease in Down Syndrome. **Medscape**, n. 38, p. 44-52, mai. 2016.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES E AMIGOS DOS DOENTES DE ALZHEIMER. **Prevalência da demência**. Portugal, 2018. Disponível em: <[http://alzheimerportugal.org/public/Text.php?text\\_id=349](http://alzheimerportugal.org/public/Text.php?text_id=349)>. Acesso em: 09 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1.298, de 21 de novembro de 2013. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Doença de Alzheimer**. Brasília: 2013. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-doenca-de-alzheimer-livro-2013.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

BURGER, M. D.; VOGEL, M. D. The Development of the Pathologic Changes of Alzheimer's Disease and Senile Dementia in Patients with Down's Syndrome. **American Journal of Pathology**. v. 73, n. 2, p.457- 477, 1973.

CARVALHO, C. L.; ARDORE, M. CASTRO, L. R. de. Cuidadores, Familiares e o Envelhecimento da Pessoa com Deficiência Intelectual: Implicações na prestação de cuidados. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 10, n.4, p. 333-352, jul.-set. 2015.

CHEN, P. et al. Polyhydroxycurcuminoids but not curcumin upregulate neprilysin and can be applied to the prevention of Alzheimer's disease. **Scientific Reports**. v. 98, n.5. p. 439 – 461, 2016.

CODEVILLA, C. F. et al. Incorporação da curcumina em sistemas nanoestruturados: Revisão. **Ciência e Natura**. Santa Maria. v.37, p. 152 – 163, 2015.

DANA, N.; JAVANMARD, S. H.; RAFIEE, L. **Role of peroxisome proliferator-activated receptor alpha and gamma in antiangiogenic effect of pomegranate peel extract**. 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4823608/>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

FARKHONDEH, T.; SAMARGHANDIAN, S.; SAMINI, F. Antidotal effects of curcumin against neurotoxic agents: an updated review. **Asian Pacific Journal of Tropical Medicine**, n. 46 p. 234 – 246, out. 2016.

FLÓREZ, J. Enfermedad de Alzheimer y síndrome de Down. **Revista Síndrome de Down**. v. 27, p. 63 -76, jun. 2010.

GRASSO, E. da C.; AYOAMA, E.M.; FURLAN, M.R. Ação Anti-inflamatória de *Curcuma longa* L. (Zingiberaceae). **Revista Eletrônica Thesis**, São Paulo, ano XIV, n.28, p.117-129, 2º semestre, 2017. Disponível em: <[http://www.cantareira.br/thesis2/ed\\_28/materia6.pdf](http://www.cantareira.br/thesis2/ed_28/materia6.pdf)>. Acesso em: 08 mai. 2018.

HEAD, E. et al. Alzheimer's Disease in Down Syndrome. **Eur J Neurodegener**, n. 87, p. 353 – 364, 2012.

HOLANDA, Í. T. A.; PONTE, K. M. de A.; PINHEIRO, M. C. D. **Idosos com Alzheimer: um estudo descritivo**. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027982011>>. Acesso em: 01 mai. 2018.

HUSSEIN, et al. Ameliorative Effect of Curcumin on Hepatic Oxidative Stress, Antioxidant Status, Cardiac Markers Enzymes and Inflammation in High Cholesterol Diet- Induced Hypercholesterolemia in Rats. **International Journal of Pharma Sciences ttili**, vol. 6, n.3, p.1496-1505, 2016.

JIA, T. et al. A dual brain-targeting curcumin-loaded polymersomes ameliorated cognitive dysfunction in intrahippocampal amyloid- $\beta$ -injected mice. **International Journal of Nanomedicine**, p. 555 – 566, ago. 2016.

LEVERENZ, J.B.; RASKIND, M.A. Early amyloid deposition in the medial temporal lobe of young Down syndrome patients: regional quantitative analyses. **Exp neurol**. v.150, n.2, p.296-304. Abr. 1998. Disponível em:<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9527899>>. Acesso em: 27 fev. 2017.

MALLMANN, C.M.; KUMMEL, L.M.S.; ROSA, N.B.S. **Ação da curcuma longa no processo de Envelhecimento**. 2012. 53f. Monografia (Especialização em Fitoterapia Clínica Avançada) Centro Universitário Filadélfia, 2012.

MARIN, M. et al. **Amyloid- $\beta$  plaques disrupt axon initial segments**. **Exp. Neurology**. n. **93**, **21 abr.** 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27109181>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

MARQUES, A. C.; NAHAS, M. V. Qualidade de vida de pessoas portadoras de Síndrome de Down, com mais de 40 anos, no Estado de Santa Catarina. **R. Bras. Ci. e Mov.**, v. 11, n. 2, p. 55-61, jun. 2003.

MOREIRA, I. M.; EL-HANI, C. N.; GUSMÃO, F. A. A síndrome de Down e sua patogênese: considerações sobre o determinismo genético. **Rev Bras Psiquiatr.**, v. 22, n.2, p. 96 – 99, 2000.

PERES, A.S.; VARGAS, E.G.A.; SOUZA, V.R.S. Propriedades funcionais da cúrcuma na suplementação nutricional. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 1, n. 2, p. 220-288, jul.-dez. 2015.

PUTHIYEDTH, N. et al. **Identification of Differentially Expressed Genes through Integrated Study of Alzheimer's Disease Affected Brain Regions**. 2016. Disponível em:

<<http://journals.plos.org/plosone/article/metrics?id=10.1371/journal.pone.0152342>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

RÉQUIA, C.D.C.; OLIVEIRA, V.R. Aspectos Fisiopatológicos e Nutricionais na Doença De Alzheimer. **Nutrição em Pauta**, v. 89, p. 27 – 38, set./out. 2006.

SANTIAGO, M. C. P. de A. et al. **Analytical standards production for the analysis of pomegranate anthocyanins by HPLC**. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-67232014000100008&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-67232014000100008&lang=pt)>. Acesso em: 01 mai. 2018.

SCHOLZE, A. F. A. Biodisponibilidade da Curcumina. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica Funcional**, v. 14, n.60, p. 19 – 24, 2014.

SCHULTZ, R. R.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. **Doença de Alzheimer: uma abordagem multidisciplinar nas diferentes fases da doença**. São Paulo: Wolters Klumer Pharma Solutions, 2011.

SERENIKI, A.; VITAL, M. A. B. F. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos**. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000200002)>. Acesso em: 28 abr. 2018.

SILVA, M. de L. do N. da; MARUCCI, M. de F.N.; ROEDIGER, M. de A. (Orgs.). **Tratado de Nutrição em Gerontologia**. Barueri. São Paulo: Manole, 2016.

SKOTKO, B. G.; TENENBAUM, A. Down Syndrome. **Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan**, v. 27, n. 39, p. 739 – 750, 2016.

STRUPP, B. J. et al. Maternal Choline Supplementation: A Potential Prenatal Treatment for Down Syndrome and Alzheimer's Disease. **Current Alzheimer Research**, v. 13, n. 1, p. 97-106, 2016.

SUETH-SANTIAGO, V. et al. Curcumina, o pó dourado do açafrão-da-terra: introspecções sobre química e atividades biológicas. **Quim. Nova**, v. 38, n. 4, p. 538-552, 2015.

TALHAFERRO, B.; BIANCHI, L.C.A. de P. Saber Down: terceira idade e fatores biopsicossocial. **Revista Científica UNILAGO**, v. 18, p. 101 – 108, 2013.

THOMAZ, F. S.; VIEBG, R. F. **Nutrição para Doença de Alzheimer: Como utilizar a nutrição para melhoria da qualidade de vida dos portadores desta doença**. São Paulo: M. Books, 2012.

TINOCO, A. L. A; ROSA, C. de O. B. (Orgs.) **Saúde do idoso: epidemiologia, aspectos nutricionais e processo de envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

TORRES, A. A. L. Aspectos nutricionais associados ao envelhecimento de

indivíduos com síndrome de Down: uma revisão integrativa. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 13, n. 367-387, set./dez. 2016.

VELDMAN, E. R. et al. Amyloid binding properties of curcumin analogues in Alzheimer's disease postmortem brain tissue. **Neuroscience Letters**. n.87, p. 123 – 141, jul. 2016.

VETVICKA, V. Strong anti-inflammatory effects of curcumin. **J Nutr Health Sci**, v. 3, mai. 2016.

ZIGMAN, W. B. Atypical aging in Down Syndrome. **Developmental Disabilities Research Reviews**, v. 18, n. 1, p. 51-67, 2013.

## A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

Suelane Renata de Andrade Silva <sup>1</sup>  
Lilian Guerra Cabral dos Santos <sup>2</sup>  
Juliana Cordeiro Carvalho <sup>3</sup>

### RESUMO

Este capítulo trata-se de discorrer sobre a evolução dos modelos de saúde da pessoa idosa. Diante do forte crescimento da população idosa no Brasil, o que a faz ser prioridade na agenda atual de políticas de saúde, este estudo buscou retratar por meio de documentos oficiais, leis, portarias e artigos, o contexto sócio-político-econômico desde os primeiros movimentos em prol extinguir a imagem de invisibilidade do idoso no contexto social, particularmente da Saúde. Os resultados desta pesquisa perpassou pelas influências internacionais nas políticas do Brasil, evolução de um modelo de excludente capitalista para modalidades assistenciais autoritárias e repressoras, curativas e hospitalocêntricas até o estabelecimento da atenção básica com fortalecimento da atenção básica e a conjectura do atual modelo traçado ao idoso com reafirmação da prevenção e busca de um envelhecimento ativo. O modelo atual apresenta-se didaticamente fragmentado em 5 níveis, sendo 3 mais leves e 2 mais pesados, articulando comunicação entre os mesmos, desde a porta de entrada até a finitude. Desta forma, conclui-se que para que a assistência seja integral ao idoso na idéia de um envelhecimento ativo e proporcionando a qualidade de vida, faz-se necessário acompanhar, avaliar, ajustar quando necessário e redesenhar o modelo sempre em busca do cuidado integral que aumente as oportunidades para um envelhecimento bem-sucedido.

**Palavras-chave:** envelhecimento, pessoa idosa, modelos de atenção, cuidado em saúde.

### INTRODUÇÃO

O contingente de pessoas idosas é cada vez mais emergente. Em função da significativa queda de mortalidade, redução da taxa de fecundidade e aumento da longevidade, principalmente nos anos 60, populações predominantemente jovens e adultas

---

<sup>1</sup> Mestre em Gerontologia e Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, [suelaneandrade3@gmail.com](mailto:suelaneandrade3@gmail.com);

<sup>2</sup> Mestranda em Gerontologia e Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, [lilianguerra.pe@gmail.com](mailto:lilianguerra.pe@gmail.com);

<sup>3</sup> Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, [julianacordeircarvalho@hotmail.com](mailto:julianacordeircarvalho@hotmail.com);

envelheceram gradualmente (OMS, 2015; SILVA *et al.*, 2015; ALVES *et al.*, 2016). Assim como nos países desenvolvidos, o envelhecimento acarretou transformações na incidência e prevalência das doenças, a chamada “transição epidemiologia” (ONRAM, 1971). Mais recentemente, Frenk e colaboradores (1991), ampliaram esse conceito para “transição da saúde”, referindo-se não apenas à influência do padrão de adoecimento, mas a resposta da sociedade a essa situação.

Relacionada de forma íntima ao aumento da expectativa de vida, conquistada às custas dos avanços científicos e tecnológicos da medicina e saúde e das melhores condições de higiene e saneamento básico, as mortes por doenças infecto-parasitárias (DIPs), principais causas de óbito até a década de 40, decaíram para 43,5% (CIOSAK, 20122; ARAÚJO, 2012). As doenças do aparelho circulatório (DAC) que correspondiam a 14,5%, após 30 anos passaram a 24,8%, ocupando a primeira posição como causa de morte; as DIPs passaram a ocupar a segunda colocação (15,7%); enquanto que as neoplasias malignas permaneceram em terceiro, com crescimento de 3,9% para 9,7%. Destacam-se também os óbitos por causas externas (TEIXEIRA, 2012).

Enquanto que nos países desenvolvidos como a Europa esse processo iniciou-se lentamente e durou mais de 200 anos até chegar a fase final (crescimento populacional nulo ou negativo com o perfil etário elevado), possibilitando formular estratégias e acompanhamento dos resultados de tais ações (GIACOMELLI, 2016). No Brasil, em 100 anos, ocorreu uma transição demográfica comprimida, típica de países em ascensão econômica, que exige ações em curto prazo, impossibilitando formulação estratégica da gestão pública que se antecipem aos desafios impostos.

No Brasil, país com contexto de grandes mudanças sociais, culturais e econômicas determinando uma desigualdade social extrema, pobreza e fragilidade na assistência dos sistemas de saúde, os índices de óbitos por enfermidades crônicas alavancaram, impondo ao país o desafio de lidar com tripla carga de doenças, envolvendo ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o impacto das doenças crônicas, cuja prevalência é maior entre os idosos e de seus fatores de risco como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse, e a alimentação inadequada; além do forte crescimento das causas externas (VERAS, 2009; MENDES, 2010; BRITO *et al.*, 2013).

O agravante é que segundo o Censo Populacional de 2010, há mais de 18 milhões de brasileiros com 60 anos e mais, representando 11% da população, com projeções desse contingente triplicar até 2050. O Brasil terá mais de 14% de idosos na população total,

classificando-se como “nação envelhecida”, segundo a Organização Mundial de Saúde (IBGE, 2012). O resultado desse envelhecimento é a ameaça aos modelos tradicionais de assistência ao idoso, com demanda crescente de políticas sociais, em especial na área da saúde, que necessitam da ampliação da promoção, prevenção e educação em saúde, o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia (VERAS, 2013)

Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas morreram no mundo por causa das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT (WHO, 2005). No Brasil, 72,4% das mortes ocorridas em 2009 foram por DCNT, com uma leve tendência ao crescimento. Em 2011, o governo brasileiro lançou para o Enfrentamento das DCNT no Brasil para 2011-2022 o Plano de Ações Estratégicas, englobando três eixos fundamentais: Vigilância, Informação e Monitoramento; Promoção da Saúde e Cuidado Integral (BRASIL, 2011; DUNCAN *et al.*, 2012).

O padrão de doenças nos idosos apresenta como principais características a coexistência de duas ou mais patologias, que aumentam a utilização dos serviços de saúde, internações hospitalares longas e mais frequentes, acompanhamentos constantes, cuidados permanentes, uso de medicações contínuas e exames periódicos. Esse aumento de demandas, que afetará tanto a saúde pública como a suplementar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), tornando urgente a transição do modelo assistencial clínico para o de prevenção por meio de uma assistência que aborde uma linha de cuidado que traga oportunidades de ampliar a qualidade de vida (VERAS, 2016).

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental, utilizando-se das leis, portarias e documentos oficiais, por se tratarem de políticas públicas, sendo a lei a maior fonte segura. Esse tipo de pesquisa, em expansão na área de saúde, por ter a vantagem de possibilitar a compreensão da questão em estudo, bem como a reconstrução da contextualização histórica e sociocultural de determinado fato ou momento do passado principalmente para entender os avanços (PIMENTEL, 2011; TEODÓSIO *et al.*, 2016). Os documentos foram extraídos por meio dos endereços eletrônicos oficiais do governo brasileiro. Para discorrer sobre os modelos de saúde, buscou-se por artigos no PUBMED, por meio dos descritores “idoso”, “modelos de assistência” e “idoso” e o

operador booleano “AND” e os artigos foram escolhidos se versassem sobre modelos de atenção em saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES.**

Para um melhor entendimento em relação ao desenho do atual modelo de cuidado para a população idosa, os resultados serão divididos em seis abordagens: o primeiro versará sobre Influências internacionais nas políticas para o idoso; o segundo, sobre Evolução das políticas de saúde para as pessoas idosas no Brasil; o terceiro, sobre a Evolução das políticas de saúde para as pessoas idosas no Brasil; o quarto sobre Evoluções no período pós constituinte; o quinto, a situação de saúde dos idosos brasileiros na atualidade e o sexto, O modelo de cuidado proposto para o idoso.

### **INFLUÊNCIAS INTERNACIONAIS NAS POLÍTICAS PARA O IDOSO**

O envelhecimento populacional foi ganhando reconhecimento ao longo dos anos, por intermédio de leis que buscaram implantar e aprimorar direitos humanos e políticas públicas em prol das pessoas idosas. O Brasil é signatário de duas importantes convenções da Organização das Nações Unidas (ONU) de promoção de direitos do idoso: as assembleias sobre o envelhecimento, que impulsionaram a promulgação da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) e do Estatuto dos Idosos (BRASIL, 2003).

A primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento das Nações Unidas ocorreu em 1982, em Viena, elaborou um documento sobre o envelhecimento atestado Plano de Ação, considerado o pilar de sustentação das políticas públicas internacionais do século XXI porque apresentou leis e políticas contendo os princípios e diretrizes sobre a saúde e nutrição; da proteção quanto à figura de consumidor; o direito à moradia e ao meio ambiente; ao bem-estar social; a previdência social; o trabalho, a educação e à família.

Em 1991, na Assembléia da ONU foram aprovadas os Princípios das Nações Unidas a partir da Resolução no 46/91 na forma de lei, fundamental para o seguimento das políticas específicas para pessoas idosas. Os princípios direcionavam para o enfrentamento de novos conceitos norteadores da senescência como a independência, a participação social, a necessidade de cuidados, autorrealização e dignidade. O Plano de ação ora elaborado em Viena teve seguimento no ano seguinte e refletiu na declaração da ONU em 1999 de “Ano

Internacional do Idoso” configurando imediatamente a migração da figura de idoso de vulnerabilidade e dependência em direção a uma vida saudável e ativa.

Já em 2002, as Nações Unidas por meio da segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri, adotou uma Declaração Política e o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, com o objetivo de uniformizar uma política para o envelhecimento ia nível internacional para o século XXI. O Plano buscou mudanças de atitudes, de políticas e de práticas em todos os níveis de assistência dando prioridade aos mais velhos. Traçou como objetivos: melhorar a saúde, o bem-estar, assegurando ambientes de apoio, habilitação e, enfatizando que seriam necessárias o estabelecimento de metas que conferissem a oportunidade para os idosos se manterem contributivos à sociedade. Nesse caso, seria necessário extinguir qualquer tipo de exclusão e discriminação das pessoas idosas (ONU, 2002).

## EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA AS PESSOAS IDOSAS NO BRASIL

Falar da evolução das políticas relacionadas à saúde ao idoso até os dias atuais é perpassar desde o descobrimento do Brasil até os dias atuais. Do ponto de vista político, o Brasil foi classificado em 6 grandes períodos: I - do descobrimento à República (1500 a 1889); II- República Velha (1889–1930); III - Era Vargas (1930-1964); Autoritarismo (1964-1984); Nova República (1985-1988); Neoliberal – pós constituinte (1989 até os dias atuais). Cada fase da história das políticas desenvolveu-se dentro de distintos contextos históricos, perfis epidemiológicos e organização dos sistemas de saúde.

No início do século XX, predominava no Brasil o contexto político demarcado pela república Velha (1889–1930), com predomínio de uma economia agroexportadora dominada politicamente por São Paulo e Minas Gerais (república do café com leite). O Estado apresentava a ideologia liberal, atuando somente naquilo que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não pudesse fazê-lo. Houve a instalação do capitalismo, com atração de capital estrangeiro, trazendo péssimas condições de trabalho e de vida às populações urbanas, que levou ao surgimento dos primeiros movimentos operários, embriões da legislação trabalhista e previdenciária.

A epidemiologia era marcada pelo predomínio de doenças transmissíveis, principalmente as pestilenciais como febre amarela, varíola, tuberculose, sífilis e peste, tendo o isolamento e quarentena como tratamento. E para as pessoas idosas, a segregação pela

prática de internações em asilos, que se multiplicaram intensamente nesta época, descartando as questões socioeconômicas e políticas (PAIM, 2011).

Surgiu, em 1923, a Lei Eloy Chaves, considerada o marco inicial da previdência social no Brasil, onde a instituição ou empresa organizadas na forma de caixas de aposentadorias e pensões (CAP's) financiavam equitativamente as reservas destinadas a custear aposentadorias, afastamentos e assistência médica. Sem nenhuma participação do Estado, foram fundadas a CAP ferroviários em 1923, portuários e marítimos em 1926 organizadas como categorias isoladas.

A primeira intervenção estatal veio com a ameaça ao modelo econômico vigente que proporcionaram o saneamento dos portos e cidades para a eliminação dos vetores de doenças e vacinação, decorrentes das epidemias de febre amarela, a peste bubônica e a varíola. Para o mosquito transmissor da febre, foram postos em ação guardas “mata-mosquitos” que visitavam as casas acompanhados por soldados da polícia; para os ratos, transmissores da peste, foi intensificada a limpeza pública; e para a varíola, uma lei que obrigava a vacinação em toda a população, originando a revolta da vacina (SKENKO, 2014).

As campanhas sanitárias com a descoberta das vacinas ocorridas nos primórdios do século XX apresentavam caráter repressivo, poder de polícia e extremamente violento (SEVCENKO, 2014). Até então, a assistência à saúde era negligenciada, com atendimento particular a quem podia pagar e instituições de caridade aos que não podiam (PAIM, 2011)..

A partir da década de 30, já na Era Vargas (1930-1964) houve o predomínio das doenças da pobreza e o aparecimento dos agravos crônicos (patologias crônico-degenerativas e causas externas), dando início à transição demográfica e epidemiológica, com aumento da expectativa de vida. Porém a revolução de 30 trouxe mudanças no Estado, ampliação de bases sociais, emergindo condições para uma “Política Nacional de Saúde”, início do populismo político e ampliação da urbanização e industrialização. (VERAS, 2018). Houve a criação do IAP (Institutos de Aposentadorias e Pensões), com financiamento tripartite, e administração estatal incipiente, segregado por categorias como marítimos, comerciários, bancários, transportes e cargas, e servidores do Estado (PAIM, 2011).

A saúde persistia fragmentada entre hospitais beneficentes e filantrópicos contra a saúde liberal, intermediadas por empresas médicas como modelo privatizante e excludente. Mas a Saúde Pública evoluiu para a educação sanitária, com a institucionalização da campanhas de controle das doenças com o Serviço de combate às endemias (1941); Serviço especial de Saúde Pública (SESP); Departamento Nacional de Endemias Rurais (1956). (PAIM, 2011).

No período do autoritarismo (1964-1984), iniciado com o Golpe Militar, havia manutenção da urbanização e industrialização e aumento de reivindicações de melhoria das condições de vida e reforma de base, dificultando a manipulação das massas porque as condições de saúde continuavam críticas com aumento da mortalidade infantil, predomínio das doenças da modernidade, coexistindo com as DIPs ( tuberculose, malária, Chagas), onde de fato configurou-se a transição epidemiológica. Nos anos 60 foi inaugurado o Serviço Social do Comércio (SESC) para o desenvolvimento de ações direcionadas às pessoas idosas, na contramão do assistencialismo predominante da época (PAIM, 2011).

O modelo de IAP é unificado pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), as CAPs foram extintas e o modelo de saúde apresentavam como principais características: ser privatizante, centralizador, hospitalocêntrico, conduzidos por empresas médicas multinacionais, pagas e financiadas pelo governo, sem fiscalização, utilizando-se do clientelismo político e excludente porque só favorecia a quem tinha condições de pagar. (PAIM, 2011).

Com a extensão da medicina previdenciária aos trabalhadores rurais (FUNRURAL) e empregadas domésticas, Ministério da Previdência e Assistência Social foi criado em 1974, que ampliou o atendimento de urgência para segurados e não segurados nas clínicas e hospitais particulares contratados. Quando então ocorreu a V Conferência Nacional de Saúde (1975), que realizou um diagnóstico da fragilidade do setor saúde, nascendo o sistema nacional de saúde como proposta governamental; criação do sistema de Vigilância sanitária e epidemiológica; a criação do programa de interiorização das ações de saúde e saneamento, com a ampliação da rede ambulatorial.

A posterior criação do Instituto nacional de assistência médica da previdência social (INAMPS) em 1977 delegou as atividades curativas, de diagnósticos, tratamento e reabilitação de trabalhadores formais e o Ministério da Saúde a prevenção, universalizada por meio de ações higienistas e atenção primária.

Enquanto ocorria a primeira Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (1982), no Brasil, com a tentativa de descentralizar o poder foram criadas as ações integradas em saúde, ampliando a assistência aos serviços previdenciários à população não contributiva. Esses movimento de reforma sanitária não foram suficientes para alterar o modelo assistencial privatista de interesse das empresas médicas e multinacionais de medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, mas surgiram os determinantes de saúde.

Na nova república (1985-1988) o contexto era de intensa queda da mortalidade infantil, das doenças imunopreveníveis (“milagre brasileiro”), manutenção das doenças da

modernidade e aumento das causas externas; e crescimento da AIDS e epidemia de dengue e cólera. No contexto sócio-político-econômico a democracia foi conquistada, uma profunda crise política pós ditadura perpetuou uma instabilidade econômica com planos de recuperação financeira sucessivamente falidos, culminado com aumento inflacional. A saúde foi colocada na agenda política como prioridade. Da reforma sanitária, o conceito de saúde e orçamento social foram ampliados, houve inserção da participação da população e reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, que resultou na criação do Sistema único de Saúde (SUS) como fruto da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e a Constituição em 1988.

A Constituição instituiu o SUS com seus artigos de 196 a 200 e a lei orgânica da Saúde 8.080/1990 dispôs sobre seus princípios e diretrizes que previam a participação social e a descentralização, e criou Secretaria estadual de saúde com a extinção do INAMPS, moldando a política de saúde assistencial da época até a década de 80. Houve vários eventos científicos, inclusive internacionais, sensibilizando a sociedade e o governo para as questões relacionadas à velhice. Expressa na Constituição segundo a garantia dos direitos dos idosos à proteção, ao amparo pelos filhos, à gratuidade em transportes coletivos, ao benefício de prestação continuada e à irredutibilidade das aposentadorias e pensões. Esta última encontra-se ameaçada pela reforma da previdência atual.

## EVOLUÇÕES NO PERÍODO PÓS CONSTITUINTE

A mortalidade infantil continuou em queda, a poliomielite foi erradicada, reduziram-se a hanseníase e as doenças imunopreveníveis, houve a desaceleração da AIDS, persistência da tuberculose, a expansão da dengue e a reintrodução da cólera. O modelo de saúde apoiado era o médico-assistencial-privatista por meio da expansão da rede suplementar, característica dos que tinham condições financeiras mais privilegiadas, que teve a baixa qualidade do SUS como “aliado” ao seu crescimento.

A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994) sofreu, para sua elaboração, sofreu influência dos fundamentos científicos internacionais (Plano de Madri), que desencorajava o ambiente asilar e priorizava o convívio em família evidenciando o idoso como um sujeito detentor de direitos, e merecedor de um atendimento diferenciado em suas necessidades gerais (sociais, econômicas, físicas e políticas). Trouxe a definição do marco etário “pessoa idosa”, como sendo a partir de 60 anos. E discutidas as questões sobre envelhecimento com ampla

participação em seminários nacionais de idosos, gerontólogos e a sociedade civil. (VERAS, 2018). Determinou a obrigatoriedade da família, sociedade e Estado no cuidado ao idoso.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) (Portaria nº 1395/1999) determinou que os órgãos do Ministério da Saúde relacionado ao Envelhecimento promovessem a elaboração/adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes orientadoras das ações na saúde e obrigações institucionais para atingir as propostas estabelecidas e orienta a avaliação de forma sistematizada para possibilitar intervenções no decorrer da prática.

As propostas buscaram a garantia da promoção do envelhecimento saudável, com a finalidade de assegurar-lhes a permanência no meio e na sociedade em que vivem visando à preservação da capacidade funcional dos idosos, desempenhando suas atividades de maneira independente. Elenca a necessidade de prevenção de doenças, a reabilitação, a recuperação da saúde, e a melhoria da qualidade de vida. Em relação aos recursos humanos, articulou-se com o Ministério da Educação e com as instituições de ensino superior (IES) que viabilizassem a capacitação de recursos humanos para fins de cuidado ao idoso (VERAS, 2018). Além disso, serviu como o intuíto do Estatuto do Idoso.

Apresentam as diretrizes para as ações de saúde e as instituições responsabilidades a fazê-las. Enfatiza as ações de desenvolvimento para a promoção do envelhecimento saudável a fim de melhorar as habilidades funcionais, a prática de um estilo de vida saudável, a eliminação de comportamentos nocivos à saúde como tabagismo, sedentarismo e bebida alcoólica, e a orientação aos idosos aos riscos ambientais relacionados às quedas, assim como seus familiares. Definiu as responsabilidades dos gestores do SUS em todos os níveis, de forma articulada e conforme as competências específicas, para prover os meios e atuar para viabilizar o alcance da política.

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou orientações sobre o envelhecimento ativo como diretriz para a política de saúde baseada em três pilares básicos: saúde, participação e segurança. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003) teve sua promulgação influenciada pelos movimentos de aposentados e pensionistas, pelo Fórum Nacional do Idoso e pelo Plano de Madri. Buscou o cumprimento da construção de um arcabouço que fosse favorável às pessoas acima de 60 anos e à consolidação dos direitos à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação,

ao transporte, à fiscalização de entidades de atendimento e à tipificação de crimes contra a pessoa idosa nas três esferas do governo.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa **Portaria nº 2528/2006** foi instituída, implementa das ações e delega responsabilidades institucionais para atingir das propostas da PNSI, e direcionou a avaliação contínua do desenvolvimento, possibilitando intervenções. Manteve como objetivo o envelhecimento saudável, com preservação da capacidade funcional, da autonomia e a manutenção da qualidade de vida, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Deparou-se por sua vez com grandes desafios para sua efetivação, como escassez de estruturas de cuidados intermediários do idoso no SUS, insuficiência de cuidado domiciliar do idoso frágil previsto no Estatuto do idoso, escassez de equipes multi e interdisciplinar com conhecimento sobre o processo de envelhecimento e saúde do idoso; falta ou insuficiência de assistência à saúde do idoso (VERAS, 2013;2016).

Na **portaria nº 399/2006** para o biênio 2010-2011 das 11 prioridades pactuadas na dimensão “Pacto pela vida”, a primeira foi em relação à Saúde do idoso, que reafirmava a portaria **nº 2.528/2006**: a promoção do envelhecimento saudável; a caderneta de saúde do idoso; a implantação dos serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial nas unidades; a divulgação da “Política nacional da pessoa idosa”, buscando alcançar a saúde integral; e o manual de atenção básica. A 6ª prioridade foi o fortalecimento da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da família, que apresenta o idoso no contexto.

O Decreto presidencial nº 7501/2011 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa reafirma a lei 8.080/1990 (Lei orgânica da Saúde), com o detalhamento do fluxo de assistência que conduza às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, executada em todas as esferas do governo, de forma regionalizada e hierarquizada. A partir deste decreto, surge a Política Nacional de Atenção Básica, que buscou o fortalecimento da Atenção Básica por meio da ordenação das ações e serviços de saúde pelos Programas Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

## A SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS BRASILEIROS NA ATUALIDADE

É importante destacar que as orientações da PNASI estão atualizadas com as expectativas para as necessidades dos idosos, mas apresenta lacunas no tocante às ofertas das redes prioritárias de atenção, às da atenção básica e às demandas específicas dessa população.

Esse é um grande desafio, porque 73% dos idosos tem o SUS como a rede de assistência associado ao fato de ter uma necessidade de ampliação ao acesso, incluir e/ou potencializar o cuidado integral, considerando as especificidades da população idosa nas redes existentes.

Após o Plano de Ação sobre a Saúde dos Idosos e Envelhecimento Ativo e Saudável, organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2009), para a América Latina e Caribe. O Brasil definiu na agenda de prioridades em Saúde “a manutenção da funcionalidade dos idosos como objeto nos programas de saúde”, sendo necessária a formação dos profissionais para atenção ao envelhecimento.

A atual assistência de saúde prestada ao idoso é preocupante: é o mais acometido por doenças crônicas e fragilidades, apresenta-se num contexto de fragmentação da assistência, com multiplicação de consultas de especialistas, informações não compartilhadas entre os níveis de assistência, polifarmácia, exames clínicos e imagens, que costumam ser custosos e pouco resolutivos. Insuficientes são os recursos sociais e financeiros, fazendo com que mesmo sem doenças crônicas, apresentem alguma perda funcional. Isso gera aumento da demanda dos serviços, aumenta os gastos públicos e não necessariamente melhoram a saúde e a qualidade de vida.

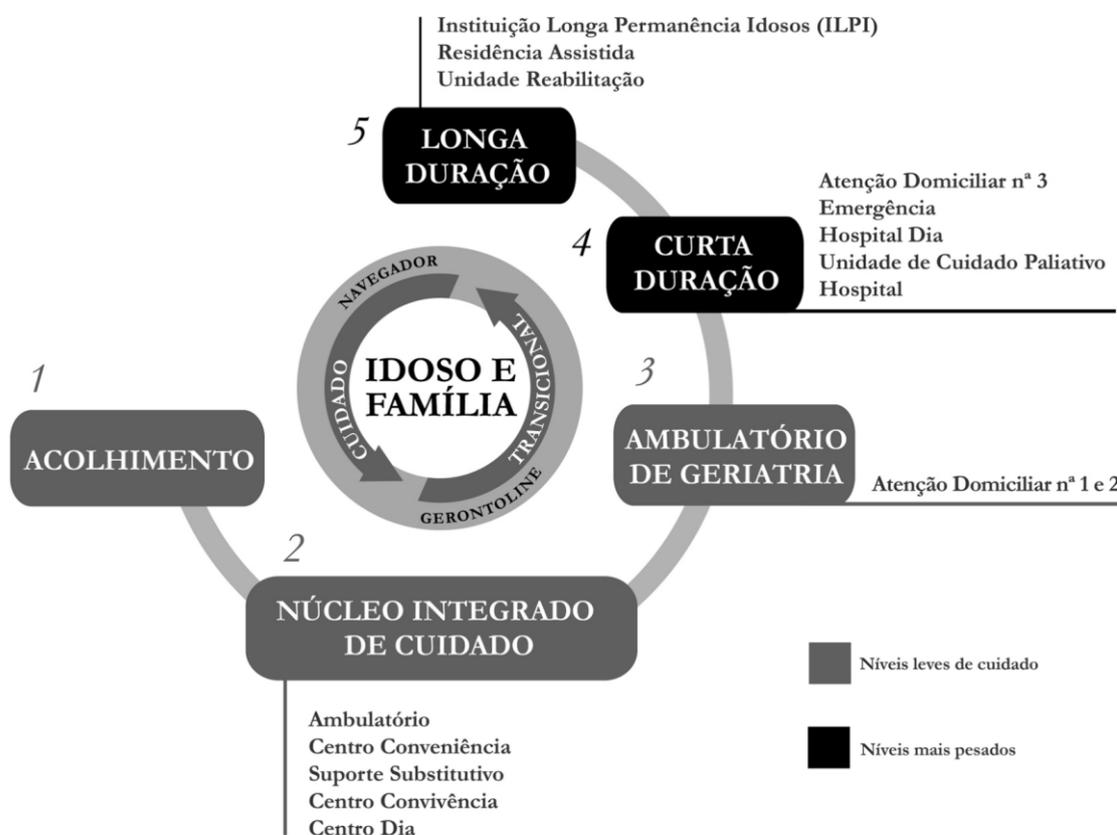
Devido a tantas complexidades, a assistência prestada ao idoso deve ser minuciosa e reestruturada, diferindo da população geral, idealizando o acompanhamento da saúde, não da doença. Mesmo na idéia racional de oferta de programas com o intuito de antecipar agravos, as propostas permanecem visando à ocorrência de determinada patologias/grupo de doenças, esquecendo que na doença crônica já instalada o objetivo a busca da estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, não a cura, mas de alguma maneira deve-se postergar ou inviabilizar o declínio funcional.

A atenção deve ser estruturada de forma integrada, e os cuidados devem ser orientados durante uma seqüência assistencial, com a idéia de rede, como descrito no decreto 7501/2011, mas que haja comunicação entre os níveis de assistência, monitorados desde porta de entrada até a morte variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção. Dessa forma, é apontado como uma proposta com base em uma linha de cuidados para idosos parece ser o modelo mais adequado, com manutenção das prioridades já sólidas de ações de educação, com promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação.

## O MODELO DE CUIDADO PROPOSTO PARA O IDOSO

Analisando como funciona o modelo atual de saúde para idosos, percebe-se uma urgência em seu redesenho. Veras e colaboradores, em 2012, propuseram um modelo priorizando o cuidado ao idoso (não a doença) e em suas características e necessidades específicas, segundo estudos nacionais e internacionais, de acordo com a figura abaixo:

**Figura 1.** Modelo de cuidado de saúde integrado para o idoso brasileiro.



Fonte: Veras, 2018

De acordo com a ilustração acima, o cuidado foi distribuído em cinco níveis (VERAS, 2018). São eles:

**Níveis leves:** do 1 ao 3, que representam custos menores e são constituídos pelo cuidado dos profissionais de saúde, mediante treinamentos, a utilização de instrumentos epidemiológicos de rastreamento e o monitoramento de saúde tecnológicos.

O Nível 1 (acolhimento ou entrada) – é a porta de entrada que garante o acesso consciente da atenção ofertada. É o momento de demonstração de empatia e busca da

confiança do idoso para com o profissional de saúde, o que determinará os engates iniciais à fidelização do usuário ao projeto.

O Nível 2 ( núcleo integrado de cuidado - ambulatório clínico, centro-dia, entre outras instâncias de cuidado): onde diversas ações que foca a inserção do idosos como gestor de seu próprio acompanhamento por meio de como educação, promoção e prevenção de saúde que são integradas aos profissionais, por meio das equipes de saúde da família para idosos com baixo risco em ambulatórios, centro de convivência, de reabilitação, serviços de apoio ao cuidado e ao autocuidado, apoio à família; é onde o idoso é apresentado ao seu gerente de acompanhamento.

O Nível 3 (Ambulatório de Geriatria - atenção domiciliar complexidade 1 e 2): a realização da avaliação geriátrica multidimensional, realizada pela equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro e assistente social, que permitirá intervenções específicas se necessário. São considerados os aspectos médicos, de cuidados, de suporte social, de meio ambiente, cognitivos, afetivos, de crenças religiosas e econômicas que nortearão a construção do plano terapêutico, construído coletivamente e discutido com a equipe de saúde e o gerente de acompanhamento. Além desses elementos, no nível 3, também está localizado desde o atendimento domiciliar até à reabilitação.

**Níveis pesados:** 4 e 5, que representam níveis mais pesados e de alto custo, uma vez que são compostos pelos internamentos convencionais e instituições de longa permanência. Apesar de estarem em graus mais complexos, os objetivos são a reabilitação e tentativas de progredir aos níveis leves.

O Nível 4 ( Curta duração: Atenção Domiciliar complexidade 3, Emergência, Hospital, Hospital Dia e Cuidados Paliativos):

Um detalhe importante aqui a lembrar é que a questões relacionadas às políticas que abrangem os idosos continuam a emanar, em 2018, a Resolução CT nº 41, dispôs sobre a construção de uma política pública nacional com diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, considerando o cuidado integral, no âmbito do SUS.

O Nível 5( Longa Duração: Unidade de Reabilitação, Residência Assistida e a Instituição de Longa Permanência de Longa Permanência de Idosos ( ILPI))

A resolução – RDC n° 283, de 26 de setembro de 2005 dispõe sobre as normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos;

O principal objetivo dos níveis de assistências em relação ao modelo proposto, é mater a comunicação entre os diversos níveis e caminho percorrido durante a assistência até a morte, com a utilização de sistema de informação amplo e de qualidade, que registre tanto

a evolução clínica da pessoa idosa, como a participação em ações de prevenção. O esforço deve ser realizado para tentar reabilitá-lo e trazê-lo para as instâncias leves, embora nem sempre possa estar disponível. Propõem-se utilizar chamadas telefônicas via GerontoLine (Call Center) com pessoal treinado e qualificado.

O condutor do processo será o médico gestor ou assistente, geralmente generalista que determinará necessidade de um especialista. Se investidora em especialista como nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos e outras especialidades médicas, ou o próprio cuidador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nota-se que mesmo o envelhecimento tendo dado seus primeiros indícios na década de 60, os esforços vem sendo realizados para tentar garantir uma saúde mais integral no cuidado ao idoso porque ainda há a continuidade ao modelo assistencial, onde o foco é a doença. Ao longo do tempo os esforços estão sendo em uma forma de reafirmar a atenção primária, com o fortalecimento dos programas já existentes no âmbito da saúde Pública. Desta forma, para que assistência seja integral ao idoso na lógica de um envelhecimento ativo e a proporcionalização da qualidade de vida, é preciso analisar resultados, ajustar, acrescentar políticas que sejam necessárias para o redesenho de um novo cuidado, sempre levando em consideração as alterações próprias do envelhecimento. Isso tende a agregar a integralidade da assistência verdadeiramente praticada, melhorará a qualidade de assistência e quem sabe, garantir a sustentabilidade do SUS.

## REFERÊNCIAS

- ALVES, D.A S.B; BARBOSA, M. T. S.; CAFFARENA, E. R.; SILVA, A.S. **Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro, contribuições para políticas públicas sustentáveis.** Cad. Saúde. Coletiva, Rio de Janeiro v.24, n.1, p. 63- 69, 2016. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000100063&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2016000100063&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em: 05/07/2017
- ARAÚJO, J.D. Polarização epidemiológica no Brasil\* **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400002>>. Acesso em: 08/12/2016
- BRASL. Resolução 46/91. **Assembléia Geral das Nações Unidas**, 1991. Disponível em:< <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>> Acesso em: 20/05/2019

\_\_\_\_\_. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, **cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados**, 1923. Disponível em: <  
<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-90368-pl.html>. Acesso em 20/04/2019

\_\_\_\_\_. Decreto-lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso**. Brasília (DF), 1994. Disponível em: <  
<http://www.planalto.gov.br/ccivil03/leis/l8842.htm>>. Acesso em: 01 /08/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em:< <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redesestaduais.pdf>> Acesso em 12/04/2017.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Estatuto do Idoso. São Paulo, 2003. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: 01 /08/2017

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Série Pactos pela Saúde, vol. 6. Disponível em:<  
[http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao\\_final/sites/default/files/arquivos/Politica\\_Nacional\\_Nac\\_de\\_At\\_Basica.pdf](http://sistemas.aids.gov.br/forumprevencao_final/sites/default/files/arquivos/Politica_Nacional_Nac_de_At_Basica.pdf)> Acesso em 21/07/2012.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Portal da Saúde. 2006. Disponível em:<  
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>>. Acesso em: 01 /08/2017

\_\_\_\_\_. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Dez anos do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso: repertórios e implicações de um processo democrático** / Ministério da Justiça, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Neusa-Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. 538 p. Disponível em: <  
[http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO\\_Idoso/Conselhos\\_fundos/Conselho%20do%20Idoso-Publica%C3%A7%C3%A3o%20do%20CNDI%20-%202013.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/CAO_Idoso/Conselhos_fundos/Conselho%20do%20Idoso-Publica%C3%A7%C3%A3o%20do%20CNDI%20-%202013.pdf)>. Acesso em: 11/11/2017

\_\_\_\_\_. Resolução - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial**. Disponível em: <  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283\\_26\\_09\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html)> Acesso em 22/05/019

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. **Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2011. Disponível em:<  
[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2011/iels.out.11/Iels205/U\\_PT-MS-GM-2527\\_271011.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.out.11/Iels205/U_PT-MS-GM-2527_271011.pdf)>. Acesso em 22/05/019

\_\_\_\_\_. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico- **VIGITEL 2016**. Disponível em:

<[http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel\\_2016\\_jun17.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf)>.  
Acesso em: 10/10/2017

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) **Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar, 2012**. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_cuidado\\_idosos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos.pdf)> Acesso em  
18/05/2019

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148p. (Série . Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf)>. Acesso em: 07/01/2017

BRITO, MCC *et al* Envelhecimento Populacional e os Desafios para a Saúde Pública: Análise da Produção Científica **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 3, p.161-178, \_\_\_\_\_, 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18552/13738> >. Acesso em: 15/11/2017

PEREIRA, S.R.M. Fisiologia do Envelhecimento. In: Freitas EV. **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p 1342-1359

MENDES, Eugênio Vilaça; As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.  
Acesso em: 07/12/2017.

CIOSAK, SL; BRAZ, E; COSTA, MFBN; NAKANO, NGR, Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v.45, n. e2, 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022)>. Acesso em: 02/07/2017

CENTRO, internacional de longevidade Brasil - ILC- Brasil. **Envelhecimento ativo**. Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Rio de Janeiro: ILC, 2015. **Envelhecimento ativo**. Um marco político em resposta à revolução da longevidade. Disponível em: <[http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil\\_web.pdf](http://ilcbrazil.org/portugues/wp-content/uploads/sites/4/2015/12/Envelhecimento-Ativo-Um-Marco-Pol%C3%ADtico-ILC-Brasil_web.pdf)>. Acesso em: 05/11/2017.

CAMPOLINA, et al., A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.6, p. 1217-1229, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>>. Acesso em: 09/05/2017

DUNCAN, B.B *et al*. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n.1, p. 126-134, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/17.pdf>>. Acesso em: 21/05/2017

FERREIRA L. S; MARRUCI M. F. N. Ações preventivas na terceira idade. In: JACOB FILHO W; GORZONI M. L. **Geriatría e gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: ROCA, 2008, p. 63-83.

FERREIRA, F.P.C.P.; L.O., BANSI; S.M.P., PASCHOAL. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.17 n.4, 2014. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13053>

GEIB LTC Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(1):123-133, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>>  
>. Acesso em: 07/12/2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contas Nacionais - Conta-Satélite de Saúde 2007- 2009**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv56202.pdf>>. Acesso em: 01/10/2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. 137p - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. Disponível em: <<https://ndonline.com.br/files/images/2015/12/04-12-2015-02-58-43-pesquisa-ibge.pdf>>. Acesso em: 15/11/2017.

CARVALHO, J. Bestializados; CASTRO, S. República; CHALHOUB, S. Cidade; Fiocruz. **A trajetória de Oswaldo Cruz e sua luta como médico sanitário no século**. Disponível em: . Acesso em: 28/9/2010;  
FRANCO, A. Rodrigues Alves (v.1); LOBATO FILHO, O, G. Última; PEREIRA, S.; AGOSTINO, G. Epidemia; SEVCENKO, N. Literatura.

FRENK, J. et al. Elements for a theory of the health transition. *Health Transition Review*, Canberra: Australian National University, National Centre for Epidemiology and Population Health - Nceph, v. 1, n. 1, p. 21-38, Apr. 1991. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/40608615?uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&id=21104927968843>>. Acesso em: jan. 2015.

GIACOMELLI, GS.et al. Transição Demográfica e Gasto Público: uma análise comparativa de diferentes contextos, v.18,n.37, 2016

MENDES, Eugênio Vilaça; As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em:07/12/2017.

MIRANDA, G.M.; MENDES, ACVC, , ANDRADE, A.L. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras **Rev. BRas. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3; p. 507-519, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>>. Acesso em: 05/11/2017

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 49 (Part 1): 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viana sobre Envelhecimento: Relatório da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento**. Viena, Áustria; 1982

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002**/ Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos. — Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. : 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

PAIM, J; Travassos, C; AMEIIDA, C; ET AL. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios, 2011. Séries, no Brasil 1. doi: [http://10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](http://10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 179-195, 2001

SEVCENKO, N. Revolta da Vacina. Editora Cosac Naify, 8 de out de 2014. Disponível no link: <http://portalconservador.com/livros/Nicolau-Sevcenko-ARevolta-da-Vacina.pdf>

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde; 2005. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Envelhecimento ativo uma politica a de saude /362](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Envelhecimento_ativo_uma_politica_de_saude_/362)>Acesso em: 05/01/2017

OMS; **Relatório Mundial de envelhecimento e saúde, 2015**. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/oms-divulga-relatorio-sobre-envelhecimento-e-saude/>> Acesso: em 10/02/2016

VERAS R.P., Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1929-1936, 2018

VERAS, R. P. baseada na capacidade funcional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013.

VERAS, Renato Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações **Rev Saúde Pública**; v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 04/01/2016

VERAS, R. P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado **Ciênc. saúde colet.** V.23, n.6, 2018. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>

Veras RP, Oliveira MR. Care pathway for the elderly: detailing the model. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2016; 19(6):887-905.

SILVA, JVF; SILVA, EC; RODRIGUES, ABRA. MIYAZAWA, AP. A Relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública **.Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 2n.3 , p. 91-100, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosaude/article/view/2079/1268>>. Acesso em: 10/08/2016.

TEIXEIRA, RAG; et al GONSAGA. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.39, n.4 , 2012

TEODOSIO, S.S.C.S. A história oral e pesquisa documental como itinerário de pesquisa na Enfermagem: um estudo bibliométrico (2000-2014) **Esc Anna Nery** 2016; 20(4):e20160087

WHO – **Global status report on non communicable diseases 2014** Disponível em:<13/02/2016:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)> Acesso em: 03/02/2017.

WHO- **Relatório Mundial sobre Envelhecimento Humano**, Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/6/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf)> Acesso em: 15/01/2017.

WHO – **Monitoring Health for the SDGs Sustainable development goals**, 2016; Disponível em: <[www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/)> Acesso em: 01/02/2017.

WHO – **Relatório sobre doenças crônicas, 2005** Disponível em:<[www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.)> Acesso em: 05/01/2016.  
> Acesso em: 05/01/2016.

## ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA ARTRITE REUMATOIDE EM IDOSOS

Luciana Moura de Assis<sup>1</sup>  
Daniele Rodrigues da Silva<sup>2</sup>  
João Rodrigues de Sousa<sup>3</sup>  
Raquel Fragoso Pereira Cavalcanti<sup>4</sup>

### RESUMO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, crônica, de caráter destrutivo e autoimune. Considerando a diminuição da qualidade de vida dos acometidos e o emergente envelhecimento da população mundial, o objetivo desta pesquisa foi conhecer as opções e manejos terapêuticos preconizados para o tratamento de idosos com AR atendidos, no período de 2014 a 2018, em clínica de reumatologia no sertão paraibano. Trata-se de um estudo transversal, documental, com abordagem quantitativa, aprovado sob Nº 2712427 pelo Comitê de Ética do Centro de Formação de Professores da UFCG, realizado em 2018 através da aplicação de questionário à pacientes com AR. Participaram 21 idosos com AR, a maioria do sexo feminino com idades entre 60 a 65 anos. Verificou-se que 15 idosos (71%) tiveram tratamento farmacológico associado ao não farmacológico, sendo os mais frequentes os glicocorticoides (61,9%) e a fisioterapia (53%), respectivamente. A maioria (19%) associaram glicocorticoide à leflunomida (Droga Modificadora do Curso da Doença sintética) e apenas três pacientes sem osteoporose utilizavam suplementação de cálcio e vitamina D. Os idosos referiram apenas três eventos de reações de hipersensibilidade. Conclui-se que o manejo terapêutico da AR em idoso se deu principalmente com o uso de glicocorticoides, embora este seja preconizado de acordo com protocolos de tratamento da AR, deve ser considerado suplementação com cálcio e vitamina D na prevenção da osteoporose. Neste contexto, faz se necessário novas abordagens de estudo nesta área que possibilitem auxiliar na conduta terapêutica eficaz e segura na prevenção de agravos, sobretudo para os idosos.

**Palavras-chave:** Artrite Reumatoide, Idosos, Tratamento.

### INTRODUÇÃO

A Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória, crônica, de caráter destrutivo e de origem autoimune. A doença tem como principais características a sinovite persistente que acomete grandes e pequenas articulações de forma simétrica, deformidades em estruturas articulares e ósseas, rigidez matinal, edema, fadiga além do risco aumentado para quedas

<sup>1</sup> Professora Doutora dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (Cajazeiras), [lu\\_moura\\_2002@yahoo.com.br](mailto:lu_moura_2002@yahoo.com.br);

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG (Cajazeiras), [dani1108@outlook.com](mailto:dani1108@outlook.com);

<sup>3</sup> Mestre em Irrigação e drenagem da Universidade Federal de Campina – UFCG (Campina Grande), [joaorosousa4@gmail.com](mailto:joaorosousa4@gmail.com);

<sup>4</sup> Mestranda do Programa de pós graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, [raquelfragoso@hotmail.com](mailto:raquelfragoso@hotmail.com).

devido à diminuição do equilíbrio e da marcha (DE ALMEIDA LOURENÇO; ROMA; DE ASSIS, 2017).

As manifestações podem surgir em qualquer idade, no entanto, é mais incidente em populações entre os 35-65 anos. A doença afeta cerca de 0,5-1% da população mundial, predominando no gênero feminino numa proporção de 3:1 para o sexo masculino (DA MOTA et al., 2013). Não há distinção quanto à raça, porém a maioria dos estudos aponta para um maior acometimento da população branca.

Os pacientes com AR possuem uma diminuição na qualidade de vida, devido às manifestações de dor, inchaço articular, rigidez, fadiga e incapacidade funcional advindos da doença (HORIUCHI et al., 2017). Uma vez que a dor articular prejudica a mobilidade e a realização das atividades diárias, com conseqüente diminuição no autocuidado (FREITAS, 2013).

Diante desses danos causados pela doença, iniciar o tratamento precoce e adequado é essencial para o controle dos sinais e sintomas. Os métodos de tratamento são importantes para o controle intensivo da doença e intervenção na fase inicial, que, quando rápida e eficaz, pode mudar o curso da doença a longo prazo. Essas condutas de tratamento resultarão no controle das manifestações clínicas, com a capacidade de promover a regressão da AR (DA MOTA et al, 2013).

De acordo com Brasil (2017) o tratamento da AR consiste em uma abordagem farmacológica como também não farmacológica. Essa última, por sua vez, inclui a prática de exercícios físicos, fisioterapia, acompanhamento psicológico, terapia ocupacional e cirurgia. Algumas terapias alternativas como dietas, meditação, acupuntura, massagens, quiropraxia e homeopatia, podem ser buscadas pelos pacientes, no entanto, devem ser bem recomendadas pelo profissional responsável pelo acompanhamento do idoso, devido aos riscos a saúde e as poucas evidências que sustentem a recomendação do uso dessas práticas.

Segundo Almeida et al (2015) não somente as terapias alternativas requerem conhecimento e comprovação clínica da sua eficácia, a compreensão da terapia não farmacológica como a terapia ocupacional também é essencial para que o reumatologista possa indicar com segurança o seu uso. O tratamento com auxílio do terapeuta ocupacional visa à melhoria e manutenção da capacidade funcional do paciente, com base na prevenção e diminuição do agravamento das deformidades, por meio do uso de próteses, adaptações de utensílios e modificação do ambiente.

O tratamento farmacológico é baseado na utilização de medicamentos como os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), os corticosteroides, as drogas modificadoras do curso da doença (DMCD) sintéticas e biológicas, e as drogas imunossupressoras.

A forma de manifestação da AR apresenta variações, e a idade de início da doença é fator determinante. O início da doença em idosos (*Elderly Onset Rheumatoid Arthritis-EORA*) é observado entre aqueles pacientes cuja doença se inicia com idade igual ou maior que 60 anos, e aqueles que possuem início inferior a essa idade é caracterizado como o início da doença em jovens (*Young Onset Rheumatoid Arthritis-YORA*). O tratamento, tanto para *YORA* e *EORA*, possui o mesmo objetivo, entretanto, o tratamento destinado ao *EORA* é menos agressivo, explicado pela cautela do uso de medicamentos modificadores do curso da doença, cujo intuito é evitar possíveis agravos mediante as vulnerabilidades da própria idade (HORIUCHI et al., 2017).

Diante do caráter incapacitante da doença e a maior propensão dos idosos aos diversos problemas de saúde, o objetivo deste estudo foi conhecer as opções e manejos terapêuticos preconizados para o tratamento de idosos com AR, atendidos por um reumatologista em uma Clínica Particular no Sertão Paraibano.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de natureza observacional, documental, com delineamento transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa. A pesquisa foi desenvolvida no município de Cajazeiras, Paraíba, em uma Clínica Particular que dispunha de atendimento em reumatologia e nos domicílios dos pacientes com AR que não possuíam consulta agendada durante o período da coleta de dados.

Foram incluídos na pesquisa os pacientes com diagnóstico de AR que tinham idade igual ou superior a 60 anos e que estavam sendo acompanhados pelo reumatologista durante o período de 2014 a 2018. O critério de exclusão consistiu em idosos que não estavam em plenas condições mentais para responder ao instrumento da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro a dezembro de 2018 através de um formulário semiestruturado, elaborado pelos autores, contendo questões sobre as variáveis sociodemográficas e as relacionadas ao tratamento dos pacientes com AR, mediante assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram organizados em planilhas, posteriormente analisados por estatística descritiva, do programa excel versão 2013 e apresentados por meio de gráficos e tabelas.

Este estudo é fruto de um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Aspectos clínicos, diagnóstico, terapêutico e qualidade de vida de pacientes com Artrite Reumatoide”, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, sob o número do parecer: 2712427. A pesquisa respeitou a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, visando à defesa e garantia a proteção dos participantes da pesquisa.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram utilizados dados referentes ao tratamento de pacientes com AR, com idade igual ou superior a 60 anos, tendo sido obtida uma amostra de 21 participantes.

Em relação ao perfil dos participantes da pesquisa observou-se que a maioria 17 (81,0%) era do sexo feminino, a média de idade da amostra foi de 67,5 anos, sendo a faixa etária de 60-65 anos a mais frequente com 9 indivíduos (42,9%), conforme mostra a Tabela 1. Esses dados corroboram a afirmação em que há o predomínio da incidência de AR no gênero feminino numa proporção de 3:1 para o sexo masculino (DA MOTA et al., 2013).

**Tabela 1.** Distribuição dos participantes da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas. Cajazeiras/PB, 2019.

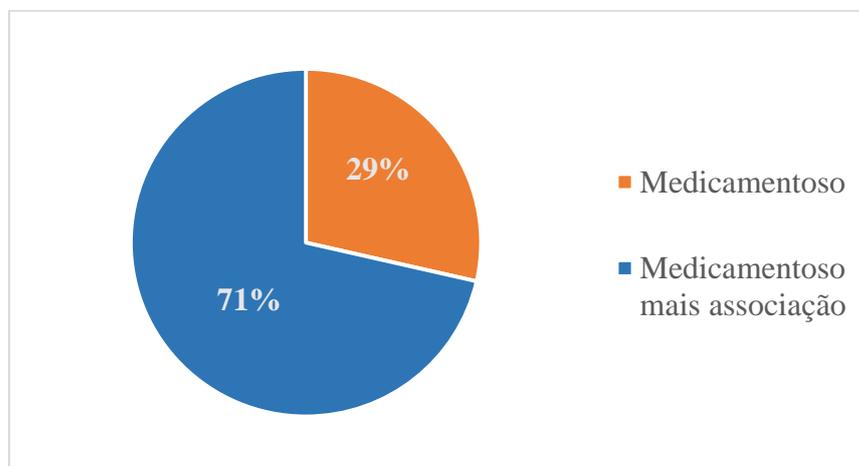
Variáveis		n	%
Gênero	Masculino	4	19,0%
	Feminino	17	81,0%
Faixa etária (anos)	60 – 65	9	42,9%
	65 – 70	5	23,8%
	70 – 75	4	19,0%
	75 – 80	3	14,3%

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Quanto aos dados sobre o tratamento, foram realizadas perguntas sobre o tipo de tratamento realizado, os fármacos utilizados e a presença de hipersensibilidade aos mesmos.

Com relação ao tipo de tratamento a pergunta questionava se os idosos faziam uso apenas do tratamento medicamentoso ou tratamento medicamentoso associado a outras práticas como fisioterapia, hidroginástica e outras. No gráfico 1 verifica-se que a maior parcela dos idosos, 15 (71%), realizava o tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso.

**Gráfico 1.** Frequência do tipo de tratamento realizado pelos idosos com AR.  
Cajazeiras/PB, 2019.



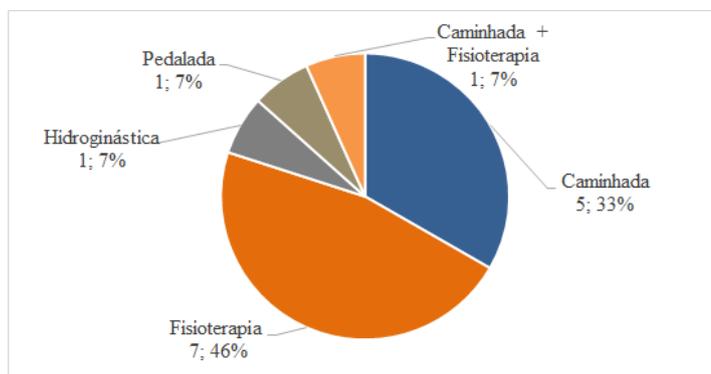
Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

A AR é uma condição sistêmica caracterizada por inflamação crônica das articulações que eventualmente resulta em danos e perda de função levando a vários déficits musculoesqueléticos e subsequente declínio da função física/locomotiva e social do indivíduo. A dor, um dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes dos pacientes com AR, reduz ainda mais a qualidade de vida e pode causar sofrimento psicológico, fadiga e depressão (SMOLEN; ALETAHA; MCINNES, 2016). Sendo importante a existência de um tratamento direcionado e específico.

Ambas as terapêuticas, medicamentosa e a não medicamentosa, são eficazes sobretudo quando utilizadas concomitantemente; devido à AR ser uma doença crônica e que pode desencadear diversas complicações relacionadas à saúde, a abordagem terapêutica deve ser multidisciplinar englobando o dano físico, emocional e social na qual os indivíduos com AR estão vulneráveis.

Quando perguntados sobre qual modalidade de tratamento não medicamentoso, os idosos mencionaram a prática de fisioterapia, hidroginástica, caminhada e pedalada; sendo a fisioterapia a mais citada 8 (53%), como mostra o gráfico 2.

**Gráfico 2.** Modalidade de tratamento não medicamentoso realizado por idosos com AR. Cajazeiras/PB, 2019



Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Segundo Schnornberger, Jorge e Wibelinger (2017) em seu estudo de caso sobre os efeitos da intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida de mulheres com AR, observaram que exercícios como o alongamento e fortalecimento muscular; exercícios direcionados a motricidade fina, equilíbrio e relaxamento proporcionaram diminuição da intensidade da dor em algumas participantes, e naquelas que não tiveram diminuição da dor foi percebido que não houve piora no estado clínico. Além da dor, a fisioterapia proporcionou melhoria na capacidade funcional, vitalidade, estado geral de saúde, aspectos físicos, emocionais e sociais.

Com base na literatura, a fisioterapia para idosos está mais direcionada a prevenção de quedas, visto que a marcha e o equilíbrio torna-se comprometido com o aumento da idade. A fisioterapia é vista pelo idoso como algo positivo na melhora física e na saúde, de maneira geral, proporciona uma sensação de bem-estar e revigoramento. Os exercícios contribuem não somente com a melhora do aspecto físico como também do estado mental, proporcionando autonomia a este público (BANZATTO et al., 2015).

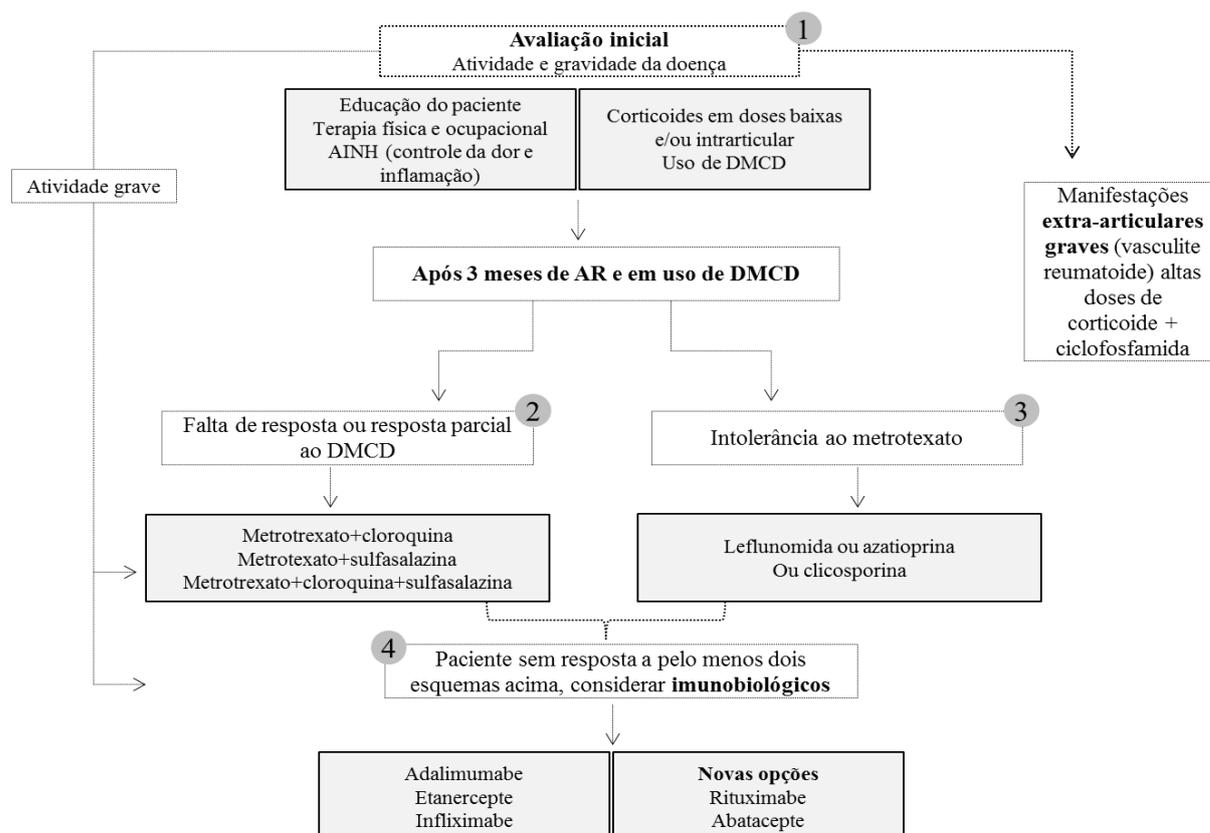
Apesar dos diversos benefícios proporcionados pelo tratamento não medicamentoso o uso dos fármacos constitui o principal meio de tratamento da AR. Quanto às opções farmacoterapêuticas, as DMCD (Droga Modificadora do Curso da Doença) sintéticas são pioneiras para o tratamento da AR e visam reduzir a progressão do dano estrutural. Outros fármacos como os anti-inflamatórios não-esteroidais (AINEs) e glicocorticoides atuam no controle sintomático da doença. Embora reduzam a dor e a rigidez e melhore a função física, estes não interferem no dano articular e, portanto, não modificam a doença, além disso a precaução na prescrição de tais fármacos deve-se fazer presente principalmente em relação

aos glicocorticoides que oferecem efeitos rápidos, mas estão associados a sérios efeitos colaterais quando usado de forma crônica (SINGH et al., 2016).

As DMCD dividem-se em: sintéticas e biológicas. As do tipo sintéticas podem ser drogas sintéticas convencionais (scDMCD) como o metotrexato, sulfasalazina, leflunomida, cloroquina; e as drogas sintéticas com alvo específico (saDMCD), exemplos importantes incluem inibidores de Janus Cinase (JAK), tais como tofacitinibe ou baricitinibe (SINGH et al., 2016). Os agentes biológicos e os saDMCD induzem mais eventos adversos do que os scDMCD. Em particular, a incidência de infecções graves é aumentada, embora diminua com o tempo. Um risco especial está relacionado à reativação da tuberculose, embora isso não tenha sido relatado com rituximabe (SMOLEN et al., 2015).

Tendo em vista o risco aumentado dos idosos para o desenvolvimento de eventos adversos é primordial conhecer a abordagem terapêutica da AR. Conforme estabelecido pelo CBDR (Consenso Brasileiro de Doenças Reumatológicas), esquematizado na fig.1.<sup>1</sup>

**Figura 1.** Algoritmo para o tratamento da AR



<sup>1</sup> DMCD: Droga Modificadora do Curso da Doença; AINH: Anti-Inflamatório Não Hormonal; 1. Avaliação inicial do quadro da AR e monoterapia; 2. Terapia combinada; 3. Escolha terapêutica em casos de intolerância ao metotrexato; 4. Terapia biológica; Considerar escolhas terapêuticas em casos de atividade grave da doença e vasculite reumatoide. Fonte: adaptado BERTOLO et al., 2014.

Neste estudo, quando questionados sobre quais os fármacos que eram utilizados, os idosos referiram o uso de medicamentos de diversas classes terapêuticas, os AINEs, glicocorticoides, DMCD-sintéticas, DMCD-biológicas. A tabela 2 descreve a frequência dos medicamentos de diversas classes utilizados pelos idosos do estudo.

**Tabela 2.** Tratamento medicamentoso utilizado pelos pacientes com AR.  
Cajazeiras/PB, 2019

Medicamentos	N	%
AINEs, arava e azulfin	1	4,8%
AINEs, arava e tecnomet	2	9,5%
Arava	2	9,5%
Humira e tecnomet	1	4,8%
Prednisona e arava	4	19,0%
Prednisona e reuquinol	1	4,8%
Prednisona e tecnomet	2	9,5%
Prednisona, arava e tecnomet	2	9,5%
Prednisona, azulfin e humira	1	4,8%
Prednisona, tecnomet e humira	2	9,5%
Prednisona,tecnomet e beta trinta	1	4,8%
Tecnomet	1	4,8%
Tecnomet e beta trinta	1	4,8%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

Sobre os tratamentos utilizados, a maioria dos participantes (19,0%) realizava o uso de prednisona associado ao arava, nome comercial do leflunomida. Com base nesses dados podemos verificar que o prednisona (glicocorticoide) foi o fármaco mais indicado para o tratamento da AR, sendo prescrito para 13 pacientes (61,9%). O glicocorticoide é um anti-inflamatório potente utilizado há anos para tratar processos inflamatórios, neoplásicos, tratamento de doenças clínicas de caráter agudo ou crônico, para intervenções cirúrgicas e também em setores de internação e ambulatoriais (AYALA; COARITI, 2017).

De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas (PCDT) da AR, os glicocorticoides sistêmicos como a prednisona e prednisolona, são iniciados juntamente com os DMCD sintéticos ou biológicos, e por sua vez atuam no controle dos sinais e sintomas da doença. Contudo, algumas observações devem ser realizadas antes da prescrição deste fármaco, o glicocorticoide quando associado aos AINEs é indicado uso de inibidor de bomba de próton para proteção gástrica. Além disso, deve ser considerado suplementação com cálcio e vitamina D quando o glicocorticoide for utilizado por mais de 3 meses e uso do

bisfosfonatos para casos em que o paciente apresente fatores de risco para fraturas (BRASIL, 2017).

O uso de suplementação de cálcio e vitamina D e o uso de bisfosfonatos em pacientes com AR é justificado por dois mecanismos. Um deles é a predisposição que os portadores de AR têm de desenvolver a osteoporose e o outro é a diminuição de cálcio no organismo causado pela prednisona. De acordo com Bellan Pirisi e Sainaghi (2015) a osteoporose apresenta-se como uma manifestação extra-articular da AR, devido à ação de diversas citocinas pró inflamatórias: TNF (Fator de Necrose Tumoral) e interleucinas (IL-1, IL-6 e IL-17) que atuam culminando na ativação dos osteoclastos de maneira exarcebada causando a diminuição da densidade mineral óssea. O outro mecanismo é justificado pelo uso prolongado e em grande quantidade de glicocorticoide, aumentando em 30% o risco para desenvolvimento da osteoporose, por meio da diminuição da absorção de cálcio e aumento da excreção renal deste íon, além da diminuição na ação de osteoblastos (AQUIARA et al., 2018). Diante disso, a suplementação de pacientes com AR e sem osteoporose deve ser investigada quanto a sua aplicação, pacientes idosos com AR em uso de glicocorticoide por mais de 3 meses compõe uma classe indicativa para a prescrição de cálcio e vitamina D. Contudo, a consulta individualizada desse paciente será determinante para a escolha dessa terapêutica.

Foi observado neste estudo que dos 21 pacientes entrevistados 6 (28,57%) deles apresentaram osteoporose, e dos pacientes sem osteoporose apenas três faziam uso de suplementação com cálcio e vitamina D de forma profilática. Contudo, os dados dessa pesquisa não contemplaram a causa da não prescrição desse suplemento aos demais idosos. Uma consulta clínica detalhada, focada nas reais necessidades do paciente se faz necessário, para que além do controle da doença haja a prevenção de complicações provenientes dessa.

Quanto aos outros fármacos, vimos que as DMCD-sintéticas foram mais frequentes do que as DMCD-biológicas. Dentre os fármacos sintéticos pode-se verificar que o metotrexato, nome comercial tecnomet, foi prescrito para 12 pacientes (57,14%) seguida da leflunomida, nome comercial arava (52,38%), na tabela 2.

As DMCD-sintéticas são pioneiras no tratamento da AR, e estão presentes na maioria dos esquemas terapêuticos proposto pelo Consenso Brasileiro de Doenças Reumatológicas. De acordo com a definição do DeCS/BVS, o metotrexato é um antimetabólito antineoplásico com propriedades imunossupressoras. Conforme Brasil (2017) o metotrexato é o medicamento padrão e deve ser iniciado assim que estabelecido o diagnóstico de AR, em casos de contraindicação ao metotrexato, a leflunomida ou a sulfassalazina podem ser

utilizados. Se houver falhas na primeira fase do tratamento é recomendado o uso de duas DMCD-sintéticas sempre adaptando a dose, reduzindo assim a dosagem do primeiro fármaco. O metotrexato é contraindicado em casos de gestação e amamentação e sempre deve ser associado ao ácido fólico para redução da toxicidade hepática e gastrointestinal.

Quanto ao uso do metotrexato, todos os idosos desta pesquisa que fizeram uso desse fármaco também utilizaram a suplementação com ácido fólico. Em relação aos efeitos indesejáveis desse medicamento, um dos participantes afirmou que sentiu dores no estômago e outro revelou uma suspeita do medicamento ter causado úlceras disseminadas quando seu uso foi associado com os medicamentos AINEs e arava. Conforme a Anvisa (2014) alterações no sistema gastrointestinal são classificadas em reações muito comuns (>10%) na qual incluem sinais e sintomas como úlceras na boca, inflamação na língua e na gengiva, náusea, vômitos e diarreia; no entanto a paciente em questão afirmou sentir dores no estômago, algo que não está descrito na bula. Quanto a suspeita de úlceras disseminadas este sinal é classificado como reações incomuns (< 1%), contudo uma investigação deve ser feita para comprovar qual o fármaco está causando esta reação, visto que com o surgimento de ulceração na pele a paciente interrompeu por conta própria todas as medicações.

As reações às medicações são comuns na terapêutica de diversas doenças. Desta forma é necessário total atenção ao paciente, realizando uma escuta qualificada e ofertando as orientações pertinentes para que efeitos indesejáveis ou qualquer outra irregularidade não comprometa o tratamento.

Quando perguntados sobre o uso das DMCD-biológicas, três idosos (14,3%) afirmaram fazer o tratamento com o adalimumabe, nome comercial humira. O adalimumabe é um anticorpo monoclonal humano que inibe o fator de necrose tumoral alfa (anti-TNF- $\alpha$ ), administrado por via subcutânea a cada quinze dias. Este fármaco é um potente agente antirreumático para a remissão e inibição da progressão radiológica (Guo et al., 2018).

Conforme o PCDT da AR (2017) O adalimumabe ou qualquer outro fármaco biológico compõe a segunda etapa da estratégia terapêutica da AR, esse fármaco deve ser utilizado após 06 meses de uso com pelo menos dois dos esquemas terapêuticos diferentes da primeira etapa, com persistência moderada ou alta da atividade da doença. Ele apresenta maior eficácia quando associado à DMCD-sintéticas, sua dose inicial é com 40 mg, por via subcutânea, duas vezes/mês. O mesmo deve ser evitado em casos de hipersensibilidade, tuberculose sem tratamento, hepatites B ou C agudas, insuficiência cardíaca congestiva classes III ou IV, doença neurológica desmielinizante e outras.

De acordo com Costa et al (2015) em seu estudo de revisão sistemática e metanálise sobre a eficácia e a segurança do uso do infliximabe associado ao metotrexato (IFX + MTX) em comparação com o MTX em monoterapia ou combinado com outras DMCD-sintéticas, verificaram que o IFX + MTX apresentaram melhores resultados em relação ao uso de MTX isolado ou junto a outras DMCD-sintéticas. Doses mais baixas (3 mg/kg) do IFX mostrou-se eficaz tanto quanto as doses mais elevadas e que o aumento nas doses desse medicamento estava relacionado com um aumento na incidência de infecções. Apesar do fármaco em questão ser o infliximabe, tais observações nos leva a pensar se as mesmas aplicam-se a fármacos como o adalimumabe, pois segundo Passos (2016) os fármacos infliximabe, adalimumabe, golimumabe, certulizumabe e etanercepte são bastante semelhantes quanto ao espectro de efeitos clínicos e adversos.

Com base nos estudos de Kawashima et al (2017) não houve diferença significativa no aumento da incidência de infecções graves entre os grupos biológicos e não biológicos em pacientes idosos com AR, diferentemente da afirmativa anteriormente exposta por Costa et al (2015). Além disso, o autor concluiu que os glicocorticoides mesmo em doses mais baixas configura-se como um importante fator de risco para o aumento de infecções graves em pacientes idosos com AR tratados por agentes biológicos, do que aqueles em uso de DMCD-sintéticas.

De acordo com Sugihara et al (2015) o tratamento da AR em idosos com o fármaco biológico associado ou não ao metotrexato foi mais eficaz em reduzir a atividade da doença do que o metotrexato em monoterapia. O manejo ideal da EORA requer tratamento precoce e adequadamente intensivo, com avaliação cuidadosa dos riscos para eventos adversos graves. Com o tratamento adequado é possível estabelecer uma baixa atividade da doença além da remissão estrutural e funcional desses pacientes. Nesse estudo de coorte verificou-se que com uma dose relativamente baixa de metotrexato é suficiente para a remissão funcional em 63% dos pacientes EORA, além de impedir o desenvolvimento da progressão radiográfica em 75% dos pacientes na coorte.

Outro parâmetro quantificado entre os participantes da presente pesquisa foi a frequência de Reações de Hipersensibilidade a Fármacos (RHF). A maior parte da amostra não apresentou hipersensibilidade (85,71%). Três eventos de RHF foram relatados, igualmente envolvendo a classe dos AINES (dipirona), ácido fólico e prednisona numa proporção de 4,76% para cada fármaco, tabela 3.

**Tabela 3.** Frequência de Reações de Hipersensibilidade a Fármacos em idosos com AR. Cajazeiras/PB, 2019.

Hipersensibilidade	n	%
Sem hipersensibilidade	18	85,71%
Dipirona	1	4,76%
Ácido fólico	1	4,76%
Prednisona	1	4,76%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autoria própria. Cajazeiras/PB, 2019.

As Reações de Hipersensibilidade a Fármacos são definidas como eventos adversos desencadeados por um ou mais fármacos ou seus excipientes, integram o grupo de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) do tipo imprevisíveis relacionadas à suscetibilidade individual. A literatura relata uma relação diretamente proporcional entre a utilização de AINEs e o aumento das RHF. As RHF representam aproximadamente 25 a 30% das reações adversas. Estima-se que cerca de 7% da população em geral já referiu ter tido uma reação de hipersensibilidade a pelo menos um fármaco (CAIADO; CASTELLS, 2015).

Segundo a *World Allergy Organization (WAO)*, as RHF são consideradas imediatas quando ocorrem nas primeiras seis horas após a administração do fármaco ou não imediatas quando ocorrem após isso. As RHF imediatas podem ser imunológicas, desencadeada por processo alérgico mediado por IgE, ou não (Reações de Hipersensibilidade não alérgicas) e incluem urticária, angioedema, conjuntivite, broncoespasmo, náuseas, vômitos, diarreia ou até afetar mais de dois sistemas, culminando em quadros anafiláticos. Já as RHF não imediatas podem ter apresentações mais variáveis, como o rash maculopapular, eritema fixo, vasculite, doenças bolhosas como a necrólise epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson (SJS) ou síndrome de hipersensibilidade induzida por fármacos (VIANA et al., 2015).

No contexto da AR, a frequente utilização de AINES faz com que essa seja a classe pioneira em desencadear manifestações cutâneas comuns nas RHF de acordo com o fármaco envolvido. As erupções maculopapulares, erupções vesicobolhosas e o eritema fixo são as manifestações cutâneas mais observadas nesse caso (SOARES et al., 2015).

Para obtenção do diagnóstico de uma RHF é necessário à execução de uma história clínica completa que possibilite não apenas a caracterização detalhada da reação, como também a exclusão de outros potenciais fatores desencadeantes como alimentos e agentes infecciosos. Para complementar a história clínica, estão disponíveis testes *in vivo* (cutâneos e epicutâneos) e *in vitro* (pesquisa de IgE específica e teste de transformação de linfócitos) que podem auxiliar no diagnóstico. O tratamento das RHF depende do grau das reações

apresentadas observadas pelo médico. Ainda é observada a utilização de protocolos de dessensibilização que permitem a aquisição de tolerância temporária a um determinado fármaco. Após um diagnóstico definitivo, o paciente deverá ser portador de um relatório com a lista dos fármacos a evitar e que poderão substituir como alternativa (MURRAY et al., 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos dados expostos conclui-se que o manejo terapêutico da AR neste público idoso foi composto da associação do tratamento medicamentoso ao não medicamentoso, na qual o uso de glicocorticoides e a fisioterapia foram, respectivamente, os mais frequentes. Quanto as DMCD-sintéticas e as DMCD-biológicas, respectivamente os fármacos Tecnomet e Humira tiveram unanimidade, sendo as sintéticas mais frequentes.

O uso desses fármacos implica numa série de questões, o acompanhamento com o profissional responsável é essencial na prevenção de eventos adversos e de outras comorbidades, como é o caso do uso do cálcio e vitamina D na prevenção da osteoporose. Neste estudo verificou-se uma carência quanto à suplementação com cálcio e vitamina D desses pacientes, diante disso faz-se necessário uma maior investigação quanto ao uso desses suplementos. As causas para a não prescrição configuram-se como uma limitação do estudo, visto que não foi possível conhecer os critérios que o reumatologista seguiu para não indicar a suplementação nos demais pacientes com AR.

Em relação às reações de hipersensibilidade, estas não foram muito frequentes, apesar de serem relativamente comuns na prática terapêutica; ademais é imperativo uma escuta qualificada para que eventos indesejáveis não comprometa o tratamento do paciente. Com base nisso, ressalta-se a importância das consultas de acompanhamento, visto que o tratamento é bastante dinâmico e continuamente adequado ao índice da atividade da doença, um olhar atento para possíveis mudanças é primordial, sobretudo, no público idoso, que está mais propenso à outras comorbidades que influenciam negativamente na qualidade de vida deles.

Algumas limitações ocorreram neste estudo, como a dificuldade de alguns idosos em responderem ao questionário devido a lapsos de memória e aos dados incompletos das fichas clínicas. Isso fez com que algumas variáveis não pudessem ter sido discutidas em sua totalidade; além disso, foram escassas as referências que abordavam essa temática em idosos.

Diante do exposto, faz-se necessário novas abordagens de estudo nesta área de conhecimento que possibilitem auxiliar na conduta terapêutica eficaz e segura na prevenção de agravos, sobretudo para os idosos com AR.

## AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos idosos pela colaboração, à reumatologista da clínica particular pela concessão das fichas clínicas e ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica-PIBIC/CNPq/UFCG pelo apoio à pesquisa.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Da Artrite Reumatoide. Portaria Conjunta Nº 15, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2017.

ALIVERNINI, S. et al. Tapering and discontinuation of TNF- $\alpha$  blockers without disease relapse using ultrasonography as a tool to identify patients with rheumatoid arthritis in clinical and histological remission. **Arthritis research & therapy**, v. 18, p. 39-46, 2016.

ALMEIDA, P. H. T. et al. Terapia ocupacional na artrite reumatoide: o que o reumatologista precisa saber?. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.55, p. 272-280, 2015. Acesso em 05 de Maio de 2019. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0482500414002101>>. Acesso em 24 de abril de 2019.

AQUIARA, I. A; et al. A AÇÃO DOS GLICOCORTICÓIDES NO METABOLISMO ÓSSEO LEVANDO A OSTEOPOROSE. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v.3, p. 30-37, 2018.

AYALA, G. U; COARITI, R. A. DIABETES E HIPERGLICEMIA INDUZIDA POR CORTICÓIDES. **Rev. Méd. La Paz**, La Paz, v. 23, n. 1, p. 60-68, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582017000100011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000100011&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 06 de maio de 2019.

BANZATTO, S. et al. ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA FISIOTERAPIA ATRAVÉS DA PSICOMOTRICIDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40842428016>> Acesso em 07 de maio de 2019.

BELLAN, M; PIRISI, M; SAINAGHI, P. P. Osteoporose na artrite reumatoide: papel do hormônio D / hormônio paratireoideo. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 256-263, junho de 2015.

BERTOLO, M. B. et al. Update on the Brazilian consensus for the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 47, p. 151-159, 2014.

CAIADO, J.; CASTELLS, M. Presentation and diagnosis of hypersensitivity to platinum drugs. **Current allergy and asthma reports**, v. 15, p. 15-21, 2015.

COSTA, J. O. et al. Infliximabe, metotrexato e sua combinação no tratamento da artrite reumatoide: revisão sistemática e metanálise. **Rev. Bras. Reumatol**, São Paulo, v. 55, n. 2, p.146-158, Novembro, 2015.

DA MOTA, L. M. H. Diretrizes para o tratamento da artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 53, p. 158-183, 2013.

DE ALMEIDA LOURENÇO, M.; ROMA, I.; DE ASSIS, M. R. Ocorrência de quedas e sua associação com testes físicos, capacidade funcional e aspectos clínicos e demográficos em pacientes com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. 217-223, 2017.

DE NARD, F. et al. Risk of hepatitis B virus reactivation in rheumatoid arthritis patients undergoing biologic treatment: extending perspective from old to newer drugs. **World journal of hepatology**, v.7, p. 344-350, 2015.

DENNIS, G. et al. Synovial phenotypes in rheumatoid arthritis correlate with response to biologic therapeutics. **Arthritis research & therapy**, v. 16, p. 90-102, 2014.

FREITAS, D. C. D. C. V. et al. Associação entre sintomas de insônia e artrite reumatóide em idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 869-875, 2013.

GOES, A. C. J. et al. Rheumatoid arthritis and sleep quality. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 57, p. 294-298, 2017.

GUO, Q. et al. Artrite reumatoide: mecanismos patológicos e terapias farmacológicas modernas. **Osso Res**, v. 6, n.15, p. 1-14,27 de abril. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5920070/>>. Acesso em 06 de maio de 2019.

HORIUCHI, A. C. et al. Artrite reumatoide do idoso e do jovem. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 57, p. 491-494, 2017.

KAWASHIMA, H et al. O uso prolongado de agentes biológicos não aumenta o risco de infecções graves em pacientes idosos com artrite reumatoide. **Rheumatol Int**, v. 37, n. 3, p. 369-376, 20 de dezembro de 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310556/>>. Acesso em 06 de maio de 2019.

LISTING, J. et al. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF $\alpha$  inhibitors and rituximab. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 74, p. 415-421, 2015.

MURRAY, T. S. et al. Medication Desensitization: Characterization of outcomes and risk factors for reactions. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 50, p. 203-208, 2016.

OKADA, Y. et al. Genetics of rheumatoid arthritis contributes to biology and drug discovery. **Nature**, v. 506, p. 376-387, 2014.

SCHNORNBERGER, C. M; JORGE, M. S. G; WIBELINGER, L. M. Intervenção fisioterapêutica na dor e na qualidade de vida em mulheres com artrite reumatoide. Relato de casos. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 365-369, 2017. Acesso em 05 de Maio de 2019.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132017000400365&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132017000400365&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 de maio de 2019.

SINGH, J. A. et al. American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. **Arthritis & rheumatology**, v. 68, 1-26, 2016.

SIOUTI, E.; ANDREAKOS, E. The many facets of macrophages in rheumatoid arthritis. **Biochemical pharmacology**, v. 42, p. 222-234, 2019.

SMOLEN, J. S. et al. Certolizumab pegol in rheumatoid arthritis patients with low to moderate activity: the CERTAIN double-blind, randomised, placebo-controlled trial. **Annals of the rheumatic diseases**, v. 74, p. 843-850, 2015.

SMOLEN, J.S.; ALETAHA, D.; MCINNES, I.B. Rheumatoid arthritis, **The Lancet**, v. 388, p. 2023-2038, 2016.

SOARES, J. et al. Allopurinol desensitization: a fast or slow protocol?. **Journal of investigational allergology & clinical immunology**, v. 25, p. 295-297, 2015.

SUGIHARA, T, et al. Resultados estruturais e funcionais de uma estratégia terapêutica visando baixa atividade da doença em pacientes com artrite reumatoide de início tardio: um estudo prospectivo de coorte ( CRANE). **Reumatologia**, v. 54, n. 5, p.798–807, maio de 2015. Disponível em: <<https://academic.oup.com/rheumatology/article/54/5/798/1773950>>. Acesso em 06 de maio de 2019.

TECNOMET: metotrexato. Resp. Téc.: Alexandre Endringer Ribeiro CRF-SP nº 43.987. Prov. De San Juan Argentina, 2014. Bula de remédio. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4162682014&pIdAnexo=2066825](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=4162682014&pIdAnexo=2066825)>. Acesso em 06 de maio de 2019.

VIANA, J. et al. Estudo da Hipersensibilidade a AINEs e Teste de Ativação de Basófilos. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 73, p. 293-298, (2015).

## ACESSIBILIDADE PARA ADULTOS E IDOSOS COM DEFICIÊNCIA EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Kaisy Martins de Albuquerque Madruga<sup>1</sup>  
Tatiana Ferreira da Costa<sup>2</sup>  
Natália Pessoa da Rocha Leal<sup>3</sup>  
Kátia Neyla de Freitas Macêdo Costa<sup>4</sup>

### RESUMO

O acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica tem contribuído para a mudança no perfil de adoecimento populacional, gerando um aumento das doenças crônicas e comorbidades, que podem levar à deficiência e incapacidades, gerando dificuldades e impossibilidades de executarem atividades comuns às outras pessoas. Essa população ainda enfrenta problemas em relação às condições de acessibilidade que, muitas vezes, são encontrados nos serviços de saúde. Nesse sentido, a acessibilidade é um importante fator que pode atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso, além de se apresentar como uma forma de aumentar a independência e melhorar a participação social dessa população. Assim, este estudo teve como objetivo avaliar a acessibilidade de adultos e idosos com deficiência em Unidades de Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de base populacional, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Para coleta dos dados utilizou-se um instrumento *checklist* fundamentado na Norma Técnica 9050. Os dados foram analisados em um *software* através de análise descritiva e exploratória. Os resultados expostos nesta pesquisa evidenciaram que as unidades de saúde não têm condições adequadas de acessibilidade para idosos e pessoas com deficiência referente à estrutura física no percurso casa/instituição de saúde. Nesse sentido, se faz necessário, intervenções específicas e dirigidas a esse grupo populacional e a avaliação das políticas públicas vigentes, para efetivar tudo o que é garantido por lei, sendo uma forma de minimizar as dificuldades decorrentes dessas deficiências e promover a atenção integral em saúde.

**Palavras-chave:** Idosos, Pessoas com Deficiência, Acesso aos Serviços de Saúde.

### INTRODUÇÃO

O acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica tem contribuído para a mudança no perfil de adoecimento populacional, gerando um aumento das doenças crônicas e comorbidades, que podem levar à deficiência e incapacidades (KARENY; SILVA, 2017). A Organização das Nações Unidas (ONU), em 1975, lançou a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência (PcD), que definiu como sendo qualquer pessoa incapaz de assegurar

<sup>1</sup> Doutoranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [kaisyjp@hotmail.com](mailto:kaisyjp@hotmail.com);

<sup>2</sup> Doutora pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [tatxianaferreira@hotmail.com](mailto:tatxianaferreira@hotmail.com);

<sup>3</sup> Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [nataliapessoad@hotmail.com](mailto:nataliapessoad@hotmail.com);

<sup>4</sup> Doutora pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFC, [katianeyla@yahoo.com.br](mailto:katianeyla@yahoo.com.br);

por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais (RIBAS, 2017; BRASIL, 2015).

Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que mais de um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de deficiência, o que equivale a cerca de 15% da população mundial (IBGE, 2010). Desse total, há cerca de 85 milhões na América Latina, com o agravante de que esses números estão aumentando em muitos países da região devido, principalmente, ao envelhecimento populacional e ao aumento das doenças crônicas (ROJAS-ROJAS; ARBOLEDA-TORO; PINZÓN-JAIME, 2018).

No Brasil, segundo o censo demográfico, o número de pessoas que se declararam com algum tipo de incapacidade ou deficiência é de aproximadamente 23,9% da população, sendo o primeiro país da América de Sul com maior prevalência, seguido pela Colômbia (6,4%), Costa Rica (5,4%) e Venezuela (4,1%). O percentual brasileiro corresponde, em média, a 45,6 milhões de pessoas que apresentam alguma dificuldade de enxergar, ouvir ou se locomover ou com deficiência mental ou intelectual. Em relação à região, o Nordeste é responsável por concentrar o maior número de acometidos e quanto à idade, predominam as pessoas com 65 anos ou mais, o que atinge mais da metade da população (67,7%) (IBGE, 2010).

A população adulta e idosa com deficiência apresenta limitações físicas e/ou sensoriais que, não raras vezes, geram dificuldades e impossibilidades de executarem atividades comuns às outras pessoas. Diante de toda a história vivenciada pela humanidade, essas limitações contribuem para que haja exclusão no âmbito social, sendo influenciada por problemas de acessibilidade, o que pode interferir no seu desenvolvimento ocupacional, cognitivo e psicológico. Nesse sentido, é preciso assegurar a esses sujeitos o exercício efetivo da cidadania e da convivência social, mediante o direito de liberdade e de autonomia para que possam ir e vir (WAGNER et al., 2010).

As dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações são conhecidas como barreiras arquitetônicas, que impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão - o de se deslocar livremente. Alguns exemplos podem ser citados, como: falta de rampas e de corrimãos, degraus altos, banheiros não adaptados, buracos nas vias públicas, entre outros. Essas barreiras arquitetônicas estão presentes nos serviços de saúde de atenção primária, como encontrado em pesquisa realizada em 41 municípios do Brasil, com prédios adaptados e inadequados às necessidades dos usuários com alguma deficiência ou limitação (SIQUEIRA et al., 2009).

Nessa perspectiva, a Norma Brasileira (NBR) 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (2004) regulamentou o direito à acessibilidade dessa população. Por conseguinte, a acessibilidade envolve as possibilidades de o indivíduo se deslocar com segurança, que tanto depende da mobilidade quanto do ambiente físico. Nos serviços de saúde, há duas dimensões a serem consideradas: a dimensão sócio organizacional, que se refere às características da oferta dos serviços, e a dimensão geográfica, que está relacionada à distância e ao deslocamento (IBGE, 2010). Esse acesso possibilita que as pessoas utilizem esses serviços de acordo com suas necessidades, em todos os níveis de atenção.

No entanto, ainda são encontrados problemas em relação às condições de acessibilidade. No caso das Unidades de Saúde de Família (USF), muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas às PcD ou com limitações, apresentando condições insatisfatórias que não garantem o livre acesso (SIQUEIRA et al., 2009). Todavia, a atenção primária é um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde dessas pessoas, principalmente, pelo fato dessa população está mais exposta a comorbidades, resultando em maior necessidade de uso desses serviços para a manutenção de sua integridade física e mental (CASTRO et al., 2011).

Convém enfatizar que o fato das PcD, sejam adultos ou idosos, terem a liberdade de experimentar o chegar, fazer e se deslocar sem barreiras é uma sensação de estar vivendo uma vida mais saudável, de perceber que tem melhor a imagem corporal, além do reforço da autoestima. Os benefícios conseguidos por influência da mudança do ambiente e do comportamento dos serviços se refletem nas relações de trabalho e na vida afetiva e social desses indivíduos (NASCIMENTO et al., 2012).

Nesse sentido, a acessibilidade é um importante fator para o efetivo uso dos serviços de saúde, podendo atenuar ou ampliar as dificuldades no acesso, além de se apresentar como uma forma de aumentar a independência e melhorar a participação social dessa população (CASTRO et al., 2011). Além disso, urge a busca incansável para potencializar as ações de cuidado as PcD na atenção básica, com a complementação de outros serviços de maior complexidade, quando necessários (GIRONDI; SANTOS, 2011).

As organizações de saúde devem exigir um perfil profissional em constante desenvolvimento e com potencial para resolver problemas. O cuidado às pessoas idosas e com deficiência é uma ação interdisciplinar, porém o enfermeiro, por ser um profissional que atua em diversos campos de ação, exercendo atividades de assistência, administração, ensino, pesquisa e integração, torna-se responsável por uma contribuição prática no auxílio a essas

peçoas em seu enfrentamento para que seja vista em sua totalidade (OTHERO; DALMASO, 2009; CRUZ et al., 2015).

Diante do exposto, pode-se perceber que muitas são as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que apresentam alguma deficiência ou incapacidade no que tange à acessibilidade, entretanto, são escassos os estudos sobre a realidade em relação às barreiras arquitetônicas no percurso casa/instituição de saúde. Percebeu-se, então, a necessidade de realizar este estudo, visando proporcionar benefícios para essa população, melhorar a qualidade da assistência de saúde e subsidiar os órgãos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com informações que permitam a adequação da rede básica para garantir o acesso universal aos serviços. Além disso, implicará numa visão crítica sociocultural e não apenas biológica, no intuito de favorecer mudanças positivas de comportamentos em face das questões pertinentes ao campo de reabilitação e integração social dessa população.

Assim, considerando os aspectos abordados, este estudo teve como objetivo avaliar a acessibilidade de adultos e idosos com deficiência em Unidades de Saúde da Família.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem quantitativa, realizada nas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Este município apresenta população estimada de 780.738 habitantes e que tem uma área de 211.475 km<sup>2</sup>. A escolha do local é justificada pelo fato de ser a primeira referência da comunidade no acesso a informações e a serviços de saúde.

No concernente ao Sistema de Atenção à Saúde, João Pessoa é demarcada territorialmente sob a forma de distritos sanitários, para se organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir à população acesso aos serviços básicos, aos especializados e à assistência hospitalar. É distribuída, territorialmente, em cinco distritos sanitários que recortam toda a sua extensão territorial. Os distritos sanitários estão sob a supervisão da Secretaria Municipal de Saúde, com a responsabilidade de executar a gestão plena do SUS no âmbito municipal, na perspectiva de formular e implantar políticas, programas e projetos que visem à promoção de uma saúde de boa qualidade para o usuário.

O universo do estudo foi constituído por todos os prédios que compõem as USF do município de João Pessoa, portanto, o estudo é de base populacional. Esse município é dividido em cinco Distritos Sanitários, com um total de 181 USF, das quais, 60 são individuais, 11, com duas equipes, nove, com três, e 18, com quatro, totalizando 98 prédios. Portanto, a amostra do

estudo foi constituída por 90 prédios que compõem as USF. Oito foram excluídos devido à impossibilidade de acesso físico e de riscos de danos e prejuízos para a pesquisadora por falta de segurança.

A pesquisa foi realizada no período de março a maio de 2016. Inicialmente, foi feito um contato prévio com os responsáveis por cada distrito sanitário, objetivando a liberação do estudo. Os dados foram coletados pela pesquisadora, através de um instrumento checklist fundamentado na NBR 9050 da ABNT (2004), sendo considerado os seguintes itens: símbolos, sinalizações, circulação externa, passarelas de pedestres, vagas para veículos e semáforos. Para coleta dos dados utilizou-se técnica de observação sistemática e foram realizadas medições utilizando-se fita métrica graduada em centímetros, para mensurar a altura e a largura dos locais, como também observadas a presença de barreiras arquitetônicas nas áreas e vias públicas contíguas aos prédios das USF.

Os dados foram analisados no software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0 através de análise descritiva e exploratória.

Para a execução desta pesquisa, foram considerados os princípios básicos da Bioética, postulados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Pelo o fato da pesquisa não envolver seres humanos não foi necessário a aprovação do Comitê de Ética, apenas a autorização da Secretaria de Saúde do Município em que foi realizada a pesquisa.

## **RESULTADOS**

Fizeram parte deste estudo 90 prédios que compõem as USF do município de João Pessoa-PB, que é dividido em cinco distritos que recortam toda a extensão territorial dessa cidade, organizam a rede de cuidado e garantem à população acesso aos serviços básicos, como também aos especializados e à assistência hospitalar. Com maior número, foi o Distrito III, com 25 prédios (27,7%); em seguida, o Distrito I, com 24 (26,7%); o Distrito II, com 15 (16,7%); o Distrito IV, com 14 (15,6%), e o Distrito V, com apenas 12 (13,3%).

A Tabela 1 aponta ausência de faixa de pedestre (85,6%) e rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos (65,6%) nas USF analisadas. Das obras públicas próximas às USF, 97,8% não estavam protegidas por tapumes. Quanto às calçadas, 70,0% são livres de cadeiras ou outro tipo de mobiliário, 42,2% estão livres de buracos e desnivelamentos e 76,7% têm a largura mínima permitida de 1,50 m. Sobre as placas de sinalização de trânsito, a pesquisa constatou que 31,1% não são visíveis, e 98,9% das USF não apresentam sinalização indicativa

do percurso para a instituição, além da ausência de semáforos munidos de botoeiras de comando (96,7%) e de dispositivo sonoro (100,0%).

**Tabela 1: Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo a situação das avenidas de acesso no percurso casa/instituição de saúde. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.**

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Faixa de pedestre	13	14,4	77	85,6
Rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos	31	34,4	59	65,6
Obras públicas protegidas por tapume	2	2,2	88	97,8
Calçadas livres de cadeiras ou outro tipo de mobiliário	63	70,0	27	30,0
Calçadas livres de buracos e desnivelamentos	38	42,2	52	57,8
Calçadas com largura mínima de 1,50 m	69	76,7	21	23,3
Placas de sinalização de trânsito visíveis	62	68,9	28	31,1
Sinalização indicativa do percurso para a instituição	1	1,1	89	98,9
Semáforos munidos de botoeiras de comando	3	3,3	87	96,7
Semáforos munidos de dispositivo sonoro	0	0,0	90	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Os dados registrados na Tabela 2 mapeiam as condições arquitetônicas nas áreas contíguas aos prédios das USF. Percebe-se que 60% possuíam rebaixamento de guia, 97,8% não dispõem de estacionamento privativo para PcD; 81,1% não apresentam percurso livre de obstáculos da vaga de estacionamento até a entrada da instituição; 100,0% não têm o Símbolo Internacional de Acesso (SIA) em entradas e saídas, e 100,0% das saídas de emergência ou rotas de fuga não têm sinalizações com informações sonoras.

**Tabela 2: Distribuição das Unidades de Saúde da Família segundo as condições de acesso ao entorno das USF para as pessoas com deficiência. João Pessoa, PB, Brasil, 2016.**

Item	Categorias			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Acesso ao prédio possui rebaixamento de guia	54	60,0	36	40,0
Possui estacionamento privativo para PcD	2	2,2	88	97,8
Percurso da vaga até a entrada livre de obstáculos	17	18,9	73	81,1
Entradas e saídas possuem o SIA	0	0,0	90	100,0
As saídas de emergência são sinalizadas com informações Sonoras	0	0,0	90	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

## DISCUSSÃO

A atenção básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e perto da vida das pessoas, sendo comumente, o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. Por isso, é

fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2015).

A acessibilidade é definida pela NBR 9050 (2004) como a possibilidade e a condição de se alcançar, perceber e entender como utilizar com segurança e autonomia as edificações, o espaço, o mobiliário, o equipamento urbano e os elementos. No que diz respeito à acessibilidade física no percurso casa/instituição de saúde para as pessoas idosas e com deficiência, no presente estudo, pode-se evidenciar a ausência de faixa de pedestre em 85,6%. Esse achado corrobora outra pesquisa (FRANÇA et al., 2010).

As faixas de pedestres devem ser aplicadas nas seções de via onde houver demanda de travessia nos semáforos, nos focos de pedestres e no prolongamento das calçadas e dos passeios (ABNT, 2004). A existência dessas faixas funciona como alerta para motoristas, motociclistas, ciclistas e pedestres e é um instrumento educativo no trânsito, visto que, em sua ausência, as pessoas precisam estar mais atentas ao atravessar uma avenida. Portanto, a melhoria nas faixas de pedestres, nos sinais de parada e no mobiliário urbano beneficiará todas as pessoas, com e sem alguma deficiência. Concomitante a isso, em virtude do crescimento e do desenvolvimento das cidades, novas decisões e ações político-administrativas são necessárias para que o progresso não sofra estagnação (GAMACHE et al., 2016).

Em relação ao rebaixamento nas calçadas, a norma recomenda que se localize nas esquinas, nos meios de quadra e nos canteiros divisores de pistas, independentemente de esses locais terem ou não faixas ou semáforo (ABNT, 2004). Não pode haver desnível entre o término do rebaixamento da calçada e o leito carroçável. Nesta pesquisa, 65,6% das USF não apresentaram esse item, o que caracteriza a falta de recursos para o acesso à esses serviços pelos adultos e idosos com deficiência. Portanto, a acessibilidade é uma característica importante do processo de busca e obtenção dos serviços de saúde e sua ausência resultará em pouca utilização (CASTRO; CIEZA; CESAR, 2011).

Ressalta-se que, embora o quantitativo de pessoas que convivem com algum tipo de deficiência seja significativo, o acesso para essa população, nos serviços de saúde, ainda não é satisfatório, isso compromete o desenvolvimento de habilidades pessoais com vistas à promoção da saúde. Além da inadequação do ambiente, observa-se, muitas vezes, o despreparo dos profissionais para lidar com as especificidades dessas pessoas, o que compromete a qualidade de sua vida. No entanto, a promoção do acesso no contexto das práticas de saúde funcionará como um fator multiplicador da consciência social sobre a diversidade humana, o que ampliará as possibilidades de se construir sociedades inclusivas (SOUZA et al., 2012).

No tocante às obras públicas próximas as USF, 97,8% não estavam protegidas por tapumes. Em relação às calçadas, 70,0% são livres de cadeiras ou outro tipo de mobiliário, e 76,7% têm a largura mínima permitida de 1,50 metro. As faixas livres devem ser completamente desobstruídas e isentas de interferências, tais como vegetação, mobiliário urbano, equipamentos de infraestrutura urbana, orlas de árvores, jardineiras, rebaixamentos para acesso de veículos, bem como qualquer outro tipo de interferência ou obstáculo que reduza a largura da faixa livre (ABNT, 2004).

Diferente dos resultados ora encontrados, a maioria de outros estudos apontou calçadas ocupadas por entulhos e mobiliários (cadeiras, cercas, árvores, lixeiras, bancos, iluminação pública, entre outros) (FRANÇA et al., 2010). Com resultados também distintos, uma pesquisa realizada em Nova York identificou problemas com pavimentação nas calçadas (90,0%), barreiras ambientais (80,0%), e cerca de 50,0% apresentou calçadas estreitas. Além disso, os participantes do estudo foram questionados sobre o uso de estratégias para superar as barreiras e relataram que isso depende de planejamento de passeios, pois, muitas vezes, é preciso alterar rotas ou ir mais devagar do que o planejado (GAMACHE et al., 2016).

Barreiras de acessibilidade física reduzem a autonomia na mobilidade de pessoas idosas e com deficiência, uma vez que elas necessitam da cooperação de outros indivíduos. Na Colômbia, um estudo destacou que, em média, 82,0% dessas pessoas gostariam que se aprimorassem as ruas, os parques, as avenidas, as rodovias e os ambientes públicos e os privados, pois isso melhoraria a mobilidade para participarem de atividades que devem ser realizadas diariamente e as de lazer (BARIS; USLU, 2009).

A inadequação das calçadas e das áreas próximas às USF, o que é considerado como um importante serviço de saúde, resulta da precariedade da infraestrutura e interfere no acesso aos espaços destinados à prestação de serviços. Nesse sentido, garantir que calçadas sejam adequadas para usuários beneficia a locomoção tanto os cadeirantes e aqueles que utilizam dispositivos auxiliares de marcha quanto à população sem limitações (GAMACHE et al., 2016).

No que concerne às placas de sinalização de trânsito, 31,1% não são visíveis, e a sinalização indicativa do percurso para a instituição está ausente em 98,9%. A sinalização nas ruas que dão acesso às USF deve ser feita com placas e outros instrumentos que tenham projeção sobre a faixa de circulação, colocados a uma altura de dois metros do piso, e as informações visuais contidas nas placas devem ter textura, dimensionamento e contraste de cor dos textos e das figuras para que sejam perceptíveis por pessoas com baixa visão (ABNT, 2004).

As pessoas idosas e adultos com deficiência visual podem apresentar ausência total da visão ou simples percepção de luz e baixa visão. Essa é a diminuição da capacidade visual,

caracterizada pela percepção de massas, cores e formas, limitação da visão a distância com possibilidade de identificar objetos próximos e pela dificuldade de perceber representações tridimensionais, profundidade, movimento, objetos ou materiais com fundos similares e pouca luminosidade (AMARAL et al., 2012). A sinalização visual é recomendada para indicar o percurso em edifício ou distribuir seus ambientes por meio de setas associadas a textos, figuras ou símbolos. Para indicar a forma tátil, deve-se utilizar recurso do tipo linha-guia ou piso tátil (FRANÇA et al., 2010).

Comparando-se o desempenho funcional, principalmente em atividades de autocuidado e mobilidade, entre pessoas com e sem deficiência visual, observa-se que, nas primeiras, há mais comprometimentos. Essa deficiência impõe restrições ao desenvolvimento, interfere no conhecimento do próprio corpo e na inter-relação entre as coisas e as pessoas no ambiente. Assim, precisam-se criar práticas educativas para que as aptidões e as necessidades sejam valorizadas de forma singular e individualizada, envolvendo não apenas a pessoa não vidente, mas também sua família e a comunidade (SILVA, 2016).

Em 96,7% das USF, não há semáforos munidos de botoeiras, em que o dispositivo de acionamento deve situar-se à altura entre 0,80 m e 1,20 m do piso, nem semáforos munidos de dispositivo sonoro que emitam sons entre 50 e 60 decibels (dBA), intermitente e não estridente, ou outro mecanismo alternativo que sirva de auxílio àqueles com limitação visual quando o semáforo estiver aberto para os pedestres. Esse mesmo resultado foi encontrado em outro estudo que caracterizou as condições arquitetônicas de acesso das PcD física e/ou visual às USF (FRANÇA et al., 2010).

As limitações causadas pela cegueira interferem na atuação dessas pessoas na sociedade, e parte dessas limitações pode ser atribuída a barreiras arquitetônicas e humanas, que levam essa população a passar de uma situação de independência para uma condição de dependência. Isso justifica a necessidade de se desenvolverem tecnologias que auxiliem esse indivíduo a ampliar suas capacidades. Embora o ser humano apresente certo grau de subordinação em determinados momentos do ciclo vital, no contexto da perda de visão, ela torna-se mais complexa e envolve a reestruturação de comportamentos, atitudes e práticas solidificadas (SILVA, 2016).

Em um estudo realizado com PcD visual para identificar diagnósticos de enfermagem, um dos encontrados foi mobilidade física prejudicada, pois a maioria dos participantes, mesmo utilizando a bengala, ainda necessitava da ajuda de outros indivíduos, como o suporte físico, além de um senso de direção e equilíbrio aguçados. Esses fatores são influenciados tanto pela peculiaridade de cada indivíduo quanto a problemas na infraestrutura do ambiente que se vive,

como a falta de calçadas niveladas, a falta de sinais sonoros (SOUZA et al., 2012). Assim, andar livremente pelas ruas de forma segura é um dos desafios do cotidiano para essas pessoas.

Em relação às condições arquitetônicas nas áreas contíguas aos prédios das USF, o estudo mostrou que 97,8% não têm estacionamento privativo para idosos e PcD; 81,1% não apresentam percurso livre de obstáculos da vaga de estacionamento até a entrada da instituição e não existe o SIA em entradas e saídas das USF. Isso corrobora os achados de outras pesquisas (FRANÇA et al., 2010; SOUZA et al., 2012).

Concernente à reserva de vagas preferenciais em estacionamentos para as pessoas com alguma limitação de locomoção, é necessário que, nesses locais, também sejam disponibilizadas rampas e que o percurso até os espaços de lazer seja livre de barreiras arquitetônicas. Isso se justifica porque, embora estacionamentos que atendam às normas de acessibilidade se configurem como uma necessidade inicial, considera-se que existem rotas acessíveis que ligam o estacionamento à entrada do estabelecimento (HENNING-SMITH et al., 2013).

Além disso, cabe enfatizar que o preenchimento por outro usuário ou a falta da vaga no estacionamento para idosos e PcD, bem como obstáculos no percurso do estacionamento, poderá impedir o acesso à unidade ou retardar um atendimento imediato em uma situação de emergência, podendo causar danos e sequelas ao paciente.

Essa população, muitas vezes, experimentam desvantagem socioeconômica, pois comumente recebe aposentadoria e benefício por invalidez, dificultando a inserção no mercado de trabalho, seja por condições para desempenhar as funções ou por oportunidades (NOGUEIRA et al., 2016). Portanto, não é surpreendente que necessitem de mais cuidados relacionados à saúde, e que na busca por esses serviços enfrentem barreiras ambientais, estruturais e culturais. Na perspectiva ora referida, pesquisa nos EUA constata que 40,0% das PcD têm dificuldades com relação ao acesso com transporte para os locais de saúde (HENNING-SMITH et al., 2013).

A respeito desse aspecto, o difícil acesso de pessoas idosas e adultos com algum tipo de deficiência às áreas circunvizinhas às USF também corrobora o enunciado de outros autores segundo os quais a acessibilidade urbana é permeada por relações entre objetos que, quase sempre, têm grande carga simbólico-afetiva com os usuários desse espaço e que podem incentivar, deprimir, cuidar ou, até, pôr em risco o bem-estar das pessoas que utilizam esse espaço (FRANÇA et al., 2010).

Quanto às sinalizações com informações sonoras nas saídas de emergência ou rotas de fugas, não existem nas USF pesquisadas. Os alarmes sonoros devem atender às seguintes

condições: ter intensidade e frequência entre 500 Hz e 3 000 Hz; frequência variável alternadamente entre som grave e agudo, se o ambiente tiver muitos obstáculos sonoros (colunas); intermitência de uma a três vezes por segundo; intensidade de, no mínimo, 15 dBA superior ao ruído médio do local ou 5 dBA acima do ruído máximo do local. Recomenda-se adotar em ambientes internos valores entre 35 dBA e 40 dBA, e em ambientes externos, valores entre 60 dBA a 80 dBA. Deve-se utilizar o valor de 60 dBA (ABNT, 2004).

A deficiência auditiva pode ser considerada como a mais difícil de conviver na sociedade, pois a audição é o sentido essencial para a aquisição e o uso da linguagem, e sua ausência pode levar à exclusão. Em um estudo realizado na Turquia mostrou que 39,1% das pessoas com dificuldade de audição precisavam de alguma ajuda para se deslocar de um local para outro (BARIS; USLU, 2009).

De acordo com os discursos analisados em um estudo realizado no município de São Paulo, aproximadamente metade das PcD também relatou ter necessidade de acompanhantes. Elas ressaltaram a ligação entre a dependência e a fragilidade, mostrando uma estreita relação entre o suporte oferecido a PcD e a execução de tarefas diárias (CASTRO et al., 2011).

Considerando o exposto em relação à presença da família ou do cuidador, é importante ressaltar que desempenham um importante papel na saúde da pessoa adulta e idosa com deficiência, no que diz respeito ao contato direto com os profissionais da área de saúde, razão por que devem receber instruções que complementem o tratamento dessas pessoas. Pois, destaque-se que, muitas vezes, ficam dependentes da família, contudo nem sempre os membros podem acompanhá-las quando necessitam utilizar o serviço de saúde, e isso dificulta o acesso ao atendimento oportuno. A maioria dessas pessoas ficam privadas do seu direito à saúde por não ter acessibilidade para se deslocar livremente.

Nesse contexto, as possibilidades de o enfermeiro atuar diante do paciente com algum tipo de deficiência contemplam o cuidado e a educação em saúde para o autocuidado dessas pessoas, a fim de atender a todas as suas necessidades. Outro aspecto para o qual se deve atentar é a inserção dessa categoria profissional nas instituições de apoio às pessoas idosas e aqueles com deficiência, não apenas no concernente à reabilitação, mas também aos aspectos de promoção e acessibilidade à saúde (RODRIGUES et al., 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados expostos nesta pesquisa evidenciaram que as USF do município de João Pessoa-PB não têm condições adequadas de acessibilidade para as pessoas com deficiência

física e/ou sensorial referente à estrutura física no percurso casa/instituição de saúde. Foram constatados aspectos como ausência de faixa de pedestre, rebaixamento de meio fio em pontos estratégicos, sinalização indicativa do percurso para a instituição, semáforos munidos de botoeiras e de dispositivo sonoro, estacionamento privativo para PcD, o SIA em entradas e saídas, entre outros.

No Brasil, existe legislações voltadas para os direitos da pessoa com deficiência. No entanto, elas ainda precisam ser efetivamente implementadas e fiscalizadas para que se possa construir ações conjuntas para prevenir deficiências e facilitar a acessibilidade, o que possibilitará a verdadeira inclusão social desse público.

Este estudo é um primeiro passo para melhorar a gestão e o planejamento dos serviços de saúde para pessoas com deficiência. No entanto, algumas limitações estiveram relacionadas à inexistência na literatura de estudos intervencionais no Brasil destinadas à acessibilidade dessa população. Isso requer o desenvolvimento de novas pesquisas nessa área, a fim de ampliar o conhecimento sobre a influência do meio ambiente e de fatores que interferem no livre acesso dessas pessoas, como também a validação de instrumentos específicos que possam trazer dados mais fidedignos sobre essa acessibilidade.

## **REFERÊNCIAS**

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. *NBR 9050: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano*. Rio de Janeiro, 2004.

AMARAL, F.L.J.S. et al. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012.

AZEVEDO, T.R et al. Acessibilidade física de pessoas com deficiência em hospitais públicos. *Enfermería Global*. Espanha, v. 14, n. 1, p. 319-327, 2015.

BRASIL. Lei nº. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

BARIS, M.E; USLU, A. Accessibility For People With Disabilities In Urban Spaces: A Case Study of Ankara, Turkey. *International Journal of Architectural Research*, v. 4, n. 9, p. 801-814, 2009.

CASTRO, S.S.; CIEZA. A.; CESAR, C.L.G. Problems with accessibility to health services by persons with disabilities in São Paulo, Brazil. *Disability and Rehabilitation*. v.33, n. 17, p. 1693–169, 2011.

CASTRO, S.S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CRUZ, D.M. ET AL. Redes de Apoio à Pessoa com Deficiência Física. *Ciencia y Enfermería*, Chile, v. XXI, n. 1, p. 22-33, 2015.

FRANÇA, I.S.X. et al. Symbolical violence in the access of disabled persons to basic health units. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 63, n. 6, p. 964-970, 2010.

GAMACHE, S. et al. Development of a measure of accessibility to urban infrastructures: a content validity study. *Medical Research Archives*. Canada, v. 4, n. 5, p. 1-25, 2016.

GIRONDI, J.B.R.; SANTOS, S.M.A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*, v.32, n. 2. p.378-84, 2011.

GOMES, L.; EMMEL, M.L.G. Mapeamento da acessibilidade em edifícios públicos de cultura/Accessibility mapping in cultural public buildings. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 519-530, 2016.

HENNING-SMITH, C. et al. Delayed and Unmet Need for Medical Care Among Publicly Insured Adults With Disabilities. *Medical Care*, EUA, v. 51, n. 11, p. 1015-1019, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em:

<[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)

>. Acesso em: 26 jun. 2018

KARENY, S.J.; SILVA, O.B.R.N. The meaning of caring for a dependent elderly woman after a stroke. *Av Enferm* v. 35, n. 2, p. 208-218, 2017.

NASCIMENTO, V.F.F. Acessibilidade de deficientes físicos em uma unidade de saúde da família. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, v. 3, n. 3, p. 1031-1044, 2012.

NOGUEIRA, G.C; et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 21, n. 10, p. 3131-42, 2016.

OTHERO, M.B; DALMASO, A.S.W. Disabled people in primary healthcare: professionals' discourse and practice in a healthcare teaching center. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-188, 2009.

RIBAS, J. *Preconceito contra as pessoas com deficiência: as relações que travamos com o mundo*. São Paulo: Cortez, 2017.

ROJAS-ROJAS, L. M.; ARBOLEDA-TORO, N.; PINZÓN-JAIME, L. J. Caracterización de población con discapacidad visual, auditiva, de habla y motora para su vinculación a programas de pregrado a distancia de una universidad de Colombia. *Educare*, v. 22, n. 1, 2018.

SIQUEIRA, F.C.V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

SILVA, K.A. Acessibilidade para deficientes visuais: um estudo nos museus de Belo Horizonte. *Rev. Temas em Educação*, João Pessoa, v. 25, n. 1, p. 91-113, 2016.

SOUZA, E.L.V. et al. Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria do autocuidado em pessoas com deficiência visual. *Rev. Rene*, Fortaleza, v.13, n.3, p. 542-551, 2012.

WAGNER, L.C. et al., Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. *Ciência em Movimento*, Porto Alegre, v. 12, n. 23, p. 55-67, 2010.

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: FATORES QUE SE INTERPÕEM E AS DIMENSÕES QUE A CONFORMAM NA CONTEMPORANEIDADE.

João Guilherme Carvalho de Freitas<sup>1</sup>

Joseana Maria Saraiva<sup>2</sup>

Iêda Litwak de Andrade Cezar<sup>3</sup>

Emanuel Saraiva Carvalho Feitosa<sup>4</sup>

### RESUMO

Alimentação saudável no processo de envelhecimento leva à reflexão uma multiplicidade de aspectos que envolvem o entendimento desses fenômenos. Sugere compreender valores, crenças, comportamento, modo de vida, condições econômicas e sociais, hábitos, padrões alimentares, dentre outros fatores que determinam o consumo e às práticas alimentares dos/as idosos/as. Nessa direção, este artigo tem como objetivo compreender numa perspectiva sócio histórica como os estudos têm tratado a discussão sobre alimentação saudável no processo de envelhecimento e os fatores que influenciam diretamente e se interpõem ao acesso, a escolha e o consumo de alimentos pelos/as idosos/as nesse processo. O entendimento dos fatores que determinam o consumo e às práticas alimentares e dos fatores que se interpõem ao acesso, a escolha e o consumo dos alimentos pelos/as idosos/as no processo de envelhecimento, torna-se fundamental tendo em vista contribuir, sobretudo, com as condições de saúde, promoção do envelhecimento saudável e bem-estar desse segmento social. Trata-se de uma pesquisa teórica, para qual se utilizou a revisão bibliográfica, valendo-se das contribuições dos diversos autores que abordam sobre os fenômenos estudados de forma crítica e sócio histórica. O estudo evidencia que o consumo e às práticas alimentares dos/as idosos/as são influenciadas por uma diversidade de fatores - individuais, sociais, econômicos e culturais - que implicam diretamente no acesso, na escolha e no consumo dos alimentos. Os fatores mais evidentes e determinantes que se interpõem a prática de uma alimentação saudável compreendem a renda e o poder de compra da população, aliado a publicidade de produtos alimentícios não saudáveis.

**Palavras-chave:** Alimentação Saudável; Envelhecimento e Consumo; Práticas alimentares.

### INTRODUÇÃO

Pensar sobre alimentação saudável e processo de envelhecimento implica, sobretudo, refletir a complexidade que envolve o entendimento desses fenômenos. Nessa direção, esse estudo tem como objetivo abordar numa perspectiva sócio histórica a discussão que vem

---

<sup>1</sup> Gastrônomo. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social/Departamento de Ciências Domésticas/UFRPE. Prof. Instituto Gastronômico das Américas - Recife/PE. [guigasstrike@gmail.com](mailto:guigasstrike@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestra em Nutrição. Doutora em Serviço Social. Prof.<sup>a</sup> do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social /UFRPE. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Consumo, Envelhecimento e Qualidade de Vida - NUEPECQV. [joseanasaraiva@yahoo.com.br](mailto:joseanasaraiva@yahoo.com.br);

<sup>3</sup> Mestra em Extensão Rural e Desenvolvimento Local - POSMEX/UFRPE. Prof.<sup>a</sup>. Colégio Agrícola Dom Agostinho Ikas - NEAD/CODAI/UFRPE. Escola Técnica Estadual José Alencar Gomes da Silva - ETE JAGS. [iedalitwak\\_ufrpe@yahoo.com.br](mailto:iedalitwak_ufrpe@yahoo.com.br).

<sup>4</sup> Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Ceará - UFC . [emanuelsfeitosa@gmail.com](mailto:emanuelsfeitosa@gmail.com).

sendo realizada acerca desses fenômenos e dos fatores que influenciam diretamente e se interpõem ao acesso, a escolha e o consumo dos alimentos pelos/as idosos/as no processo de envelhecimento.

Considerando o contexto socioeconômico, político e cultural em que surgem e evoluem os estudos que abordam sobre esses fenômenos, reflete-se sobre questões centrais que determinam e conformam esses fenômenos na sociedade de consumo contemporânea, sobretudo, as contradições que tem influenciado as práticas alimentares no processo de envelhecimento.

O estudo evidencia que os hábitos alimentares e as práticas alimentares dos/as idosos/as são influenciados por uma diversidade de fatores - individuais, sociais, econômicos e culturais - que implicam diretamente no acesso, na escolha e no consumo dos alimentos. Considerando esses achados, justifica-se a relevância desse estudo na perspectiva de compreender os fatores que influenciam o consumo alimentar dos/as idosos/as e os fatores se interpõem a uma alimentação saudável no processo de envelhecimento.

A partir destas premissas, pretende-se com este estudo, além de dá visibilidade aos fatores que determinam e configuram as práticas alimentares dos/as idosos/as, agregar novos conhecimentos e estimular novas reflexões acerca desses fenômenos, sobretudo, aproximar-se das contradições que os conformam na sociedade de consumo contemporânea capitalista.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa teórica, para qual se utilizou a revisão bibliográfica, valendo-se das contribuições dos diversos autores que abordam sobre os fenômenos estudados, em especial, os estudos publicados em livros, periódicos científicos nacionais e internacionais, dentre outros documentos que lhes deram a devida sustentação. A questão norteadora considerada, dispõe acerca do que já foi produzido na literatura sobre os fenômenos estudados. Além das procuras em livros, periódicos científicos nacionais e internacionais, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônica, tipo *MEDLINE (PubMed)* e *BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde)*.

Considera-se o contexto sócio histórico e cultural em que surge e evoluem as discussões sobre os fenômenos, da antiguidade à contemporaneidade, com foco nas dimensões conceituais sobre alimentação saudável e os fatores que influenciam e se

interpõem diretamente ao acesso, a escolha e o consumo de alimentos saudáveis pelos/as idosos/as no processo de envelhecimento.

### **Origem e evolução das dimensões conceituais sobre alimentação saudável: da antiguidade a contemporaneidade.**

Tradicionalmente, o conceito de alimentação saudável foi pensado com enfoque específico na dimensão biológica, contudo, o biológico, é apenas um dos componentes que integram este complexo conceito que não se restringe a essa dimensão, mas, envolve outras dimensões - sociais, econômicas, afetivas, comportamentais, antropológicas e ambientais (PINHEIRO, 2005, p.126-127). A própria alimentação em si é um objeto de extrema complexidade que envolve na sua compreensão crítica, na perspectiva da totalidade, conhecimentos de economia, sociologia, antropologia, história, psicologia e outras variáveis do conhecimento científico (POULAIN, 2004, s/p).

Nessa perspectiva, refletir sobre alimentação saudável, implica envolver os padrões alimentares de indivíduos, grupos e sociedade, além disso, compreender os valores que sustentam a identidade coletiva, posição na hierarquia, na organização social (LODY, 2008, s/p). Isso justifica porque os alimentos são centrais para a compreensão da identidade individual ou coletiva de povo ou população. A alimentação ou a comida é tão importante e identificadora de um indivíduo, de uma sociedade, de um grupo, de um país, quanto um idioma, funciona como um dos mais importantes canais de comunicação. Comer é existir enquanto indivíduo, sociedade, grupo e país, enquanto história, enquanto cultura, dignificando o sentido de pertencimento (LODY, 2008, s/p).

Para Santos (2005, p.13) o alimento constitui uma categoria histórica, pois os padrões de permanência e mudanças dos hábitos e práticas alimentares têm referências na própria dinâmica social. Os alimentos não são somente alimentos. Alimentar-se é um ato nutricional, comer é um ato social, pois constitui atitudes ligadas aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações. Nenhum alimento que entra em nossas bocas é neutro. A historicidade da sensibilidade gastronômica explica e é explicada pelas manifestações culturais e sociais como espelho de uma época e que marcaram uma época. Neste sentido, o que se come é tão importante quanto quando se come, onde se come, como se come e com quem se come. Enfim, este é o lugar da alimentação na História (SANTOS, 2005, p.13).

Nesse mesmo entendimento, Barbosa (2004, p.92) registra sobre a complexidade que remete o entendimento sobre hábitos alimentares. Para autora falar sobre hábitos alimentares

implica ter conhecimento sobre comida e sobre as atitudes em relação a ela e não apenas a classe de alimentos consumidos por uma população. Mas, especificamente, trata de expor sobre o que se come. E comida significa o que, o como, o quando, o com quem, o onde e de que maneira os alimentos selecionados por um determinado grupo humano são ingeridos.

Esse significado relevante dado ao alimento vem desde tempos remotos. Os povos antigos, tanto os seres humanos saudáveis quanto os doentes atribuíam a alimentação significado importante. Considerava-se alimentação saudável aquela que se constituía da oferta de todos os alimentos que eram disponíveis na natureza, sem grandes especificações, rica em carnes, peixes, vegetais, cereais e outros alimentos, que de preferência eram preparados cozidos para facilitar sua digestão. Os médicos à época, já reconheciam a importância de uma alimentação saudável, inclusive seus efeitos preventivos e terapêuticos. Textos escritos por Hipócrates e Galeno, médicos da Grécia Antiga, revelavam produtos alimentícios consumidos pelos gregos, que eram associados aos alimentos que tinham a propriedade de combater doenças, vistos como alimentos que curavam. Nesse mesmo contexto, a dietética, segundo Fladrin e Montanari (1998, p.254-258) se constituía um dos pilares da medicina e só quem tinha acesso era os indivíduos mais abastados.

Os médicos da antiguidade, em geral, já reconheciam a importância de uma alimentação saudável, conheciam seus efeitos preventivos e terapêuticos. Textos escritos por Hipócrates e Galeno, médicos da Grécia Antiga, revelavam produtos alimentícios consumidos pelos gregos, que eram associados aos alimentos que tinham a propriedade de combater doenças, vistos como alimentos que curavam.

Flandrin e Montanari (p.260) menciona que Galeno em um de suas obras indica um regime alimentar para pessoas idosas. Esse autor evidencia ainda, que outros pensadores antigos destacavam que a dieta deveria ser personalizada, de acordo com o nível de atividade exercida, com a idade e com o sexo da pessoa – com essas variáveis era possível indicar uma alimentação saudável para o indivíduo.

Para os pensadores antigos que se preocupavam com os benefícios de uma alimentação saudável, os velhos não deveriam comer muita *espelta* (trigo vermelho), queijos, ovos cozidos, moluscos, bulbos, lentilhas, carne de porco. Além disso, deveriam ter cuidado com as enguias, as ostras e com os animais cuja carne é de casca ou cartilagosos, pois não eram indicados, assim como o atum e os cetáceos e a carne de cervo, de cabra e de boi [...]. No entanto, a carne de cordeiro não era ruim para os velhos, tampouco a das aves que vivem longe dos pântanos, dos rios e dos lagos. Contudo, todas as carnes salgadas eram melhores que as carnes frescas (FLANDRIN; MONTANARI, p. 260).

Ademais, segundo Flandrin e Montarani (p. 260), Galeno recomendava:

[...] é preciso, sobretudo, os velhos, ter cuidado com alimentos que provoquem indigestão; [...] no que diz respeito ao pão, os velhos devem evitar os que não são salgados, fermentados, amassados, nem bem cozidos, assim como a farinha mais fina e os alimentos que são preparados com elas [...]. Nada é mais perigoso para os homens, principalmente para os velhos, do que deixar de misturar bastante mel aos bolos preparados com manteiga e farinha.

Para se ter ideia, ao contrário do que se pensa, na Grécia Antiga a palavra dieta já equivalia ao pensamento de que não há saúde e boa forma física sem exercícios e alimentação saudável. A dietética, junto com a cirurgia e a farmacologia constituía um dos três ramos fundamentais da medicina antiga.

Para Santos (2007, s/p):

[...] a dieta “envolvia tudo, não só a alimentação, mas disciplina de horário, frequência do ato sexual e outras prescrições do cotidiano”, cujo objetivo era prevenir e combater as doenças. Para Hipócrates a doença baseava-se no excesso ou falta de alimentos sendo que o exercício físico e a atividade sexual também entram nessa lógica da falta e do excesso. [...]. Em relação à busca da dieta saudável ou a dieta perene, cumpre destacar um tratado antigo de dieta, que foi a 1ª vez que se falou na relação do homem com o meio-ambiente, intitulado “Ares, Águas e Lugares”, datado do séc. 5º a.C.

Os alimentos têm, na Idade Antiga, a função de promover a saúde não apenas do corpo, mas, da alma. Baseados na fisiologia dos humores, médicos à época associavam os alimentos aos quatro tipos de humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) e assim atribuía essas características aos alimentos. O estado de saúde dependeria da exata proporção e da perfeita mistura dos quatro humores, que poderiam alterar-se por ação de causas externas ou internas. O excesso ou deficiência de qualquer dos tipos humores, assim como o seu isolamento ou miscigenação inadequada, causariam as doenças com o seu cortejo sintomático (FLANDRIN; MONTANARI, p.256; REZENDE, 2009, p.52).

Conforme Azevedo (2014, p.88) as intervenções alimentares para o tratamento de doenças nos sistemas tradicionais da antiguidade, partiam do conhecimento do poder terapêutico dos alimentos. Naturalmente, tais práticas ainda não se baseavam no

conhecimento dos princípios ativos ou das qualidades funcionais nos alimentos, mas se estabeleciam a partir de outras racionalidades, a patologia humoral.

Durante a Idade Média os ensinamentos sobre dietética seguem o modelo antigo da doutrina da patologia humoral. À época, segundo Kislinger citado por Fladrin e Montanari (p.333), a escolha de uma boa alimentação é essencial para que se mantenha um bom equilíbrio psicossomático. Atribuía-se também aos alimentos as qualidades de quente, seco, úmido e frio [...]. Entretanto, esse conhecimento pouco evoluiu durante esse período e andava junto com a medicina rudimentar da época.

De acordo com Azevedo (p.92) as condutas alimentares e o conceito de alimentação saudável surgem no início da modernidade, no Século XV, definidos pela cultura e pela territorialidade.

Nos séculos XVI e XVII, os médicos formados nas universidades recebiam um ensino puramente acadêmico sobre os princípios de fisiologia dos humores. Aprendiam que a doença surgia de um desequilíbrio entre os quatro humores (o sangue, a fleuma, a bÍlis amarela e a bÍlis negra). O diagnóstico consistia em estabelecer qual humor estava desequilibrado e a terapia, em medidas para recompor o equilíbrio, fosse por sangrias (com cortes na veia, escarificação ou aplicação de sanguessugas) ou submetendo o paciente a uma série de purgantes e vomitórios (DECKMANN FLECK, 2005, p.38).

Essa teoria e modelo de medicina e dietética continuaram até os primórdios da modernidade – final do século XVII, quando os avanços tecnológicos, científicos e médicos começaram a se desenvolver.

No século XVIII, segundo Silva (2016, p.30) a agricultura, que na Idade Antiga e até o final da Idade Média era de subsistência, passa a ter fins comerciais. Produtos entre muitas espécies alimentares como o tomate, a batata, o milho, o arroz e outros, tornam-se importantes na alimentação ocidental e transformam-se em mercadoria, isto é, passam a ser vendidos, obtêm valor de troca. A produtividade agrícola e a oferta de alimentos aumentaram consideravelmente, as pessoas passaram a viver mais tempo, conseqüentemente, a população aumentou e a indústria ganhou mais mão de obra e consumidores.

Com a Revolução Industrial, profundas transformações ocorreram na sociedade em todas as esferas, técnicas, comerciais e agrícolas. Para Arruda (1980, p.119) as conseqüências geradas pela Revolução Industrial transformaram a sociedade rural em sociedade industrial, o trabalho artesanal-manual, em trabalho assalariado, sistemas que passaram a utilizar à energia a vapor concomitante a energia humana.

De acordo com Mandel (1982, p.265) a produção capitalista de mercadoria destruiu definitivamente a unidade entre agricultura e a produção artesanal e também dissolveu outros vínculos entre diversos setores das sociedades pré-capitalistas e, por conseguinte, penetrou incessantemente na produção simples de mercadorias, gerando a contraposição entre os bens de consumo produzidos no campo e os meios de produção na cidade.

Nesse contexto, o investimento realizado no melhoramento das ferramentas e das máquinas para a indústria e a agricultura – a Revolução Agrícola - bem como a utilização de novos métodos como a rotação de safras, as sementes selecionadas e o surgimento de novos equipamentos agrícolas, levou a um extraordinário aumento na produção e no consumo de alimentos, que contribuiu para a sobrevivência de uma parcela considerável da população, e, por conseguinte, para o aumento demográfico (SILVA, 2013, p.32).

Segundo essa mesma autora, à medida que aumentavam as populações e as cidades cresciam, eram construídas as ferrovias, seguidas depois pelas estradas, levando as lavouras a serem empurradas para longe dos centros consumidores. Nesse processo, outros produtos alimentares que podiam ser transportados com maior facilidade e que duravam mais tempo, foram ocupando espaços no comércio e na mesa das pessoas, concorrendo com vegetais e outros alimentos frescos.

Segundo Mandel (p.265), o aumento do consumo de outros produtos alimentares fez as indústrias de alimentos começarem a demandar matérias-primas agrícolas, propiciando a especialização crescente dos empreendimentos agrônômicos.

Beardsworth e Keil (1997) ressaltam que em 1720 uma série de livros abordando a relação saúde e alimentação foram publicados pelo médico George Cheyn. Suas recomendações enfocavam a frugalidade, o consumo de alimentos “leves”, como carnes brancas, leite e vegetais e a restrição no consumo de álcool, bem como a prática de exercícios regulares e a prescrição de horários regulares de sono e descanso (AZEVEDO, p. 93).

No Século XIX, uma série de empreendimentos são desenvolvidos no campo da indústria química, de alimentos, elétrica, do petróleo e do aço, incluindo-se entre eles a introdução de navios de aço movidos a vapor, o incremento do avião, a produção em massa de bens de consumo, a industrialização de alimentos, a refrigeração mecânica e outras técnicas de preservação de alimentos (SILVA, 2016, 33).

Segundo Azevedo, na primeira década desse século são realizadas as primeiras considerações sobre a qualidade da alimentação e a racionalização no uso de alguns alimentos na Europa, com foco na saúde das elites. Mais tarde, com o desenvolvimento da ciência da Nutrição, países como a Inglaterra e os Estados Unidos começaram a intervir nos padrões

nutricionais das classes desprivilegiadas, com intervenções no campo da educação nutricional, subsídios e distribuição de alimentos para grupos nutricionalmente vulneráveis.

Nesse contexto, ainda conforme Azevedo (p. 92) com a descoberta dos nutrientes, a Nutrição moderna se desenvolve como uma profissão paramédica, preconizando a padronização das necessidades nutricionais humanas com base no conceito de caloria e na análise quantitativa dos nutrientes. Iniciam-se as pesquisas no campo da bioquímica substituindo os tratados filosóficos históricos e os livros sagrados que abrigavam teorias sobre a qualidade de certos alimentos (SCHMIDT, 2011).

A descoberta da proteína – palavra de origem grega que significa primeiro ou de principal importância - pelo químico Berzelius em 1779-1848 - mudou profundamente a trajetória dos estudos da Nutrição humana e iniciou uma expressiva mudança nos sistemas alimentares que se voltaram para produção da proteína animal. Com essa descoberta, o conceito de nutrição, segundo esse mesmo autor, definida pelos antigos gregos como “tipo de vida ou estado de ser, tornou-se menos um *“instrument of state”* (MARTINS, IN: CANNON, 1987, p.702).

Segundo Azevedo (p.94) os menus racionais se ajustaram ao perfil da modernidade, baseados em princípios científicos, elementos de cálculo e mensuração, bem como passam a envolver critérios designados para atingir objetivos específicos – perda de peso, bem-estar físico ou mental, prevenção de doenças e promoção da saúde.

Esses menus podem ter outros objetivos específicos, como minimizar tempo e esforço para o preparo de alimentos (menus convenientes); baixar custos na compra alimentos (menus econômicos) e maximizar o prazer gustatório (menus hedonísticos) (Beardsworth; Keil, 1987). Ressalta-se que tais menus, na atualidade, ainda definem o modo de se alimentar.

No final Século XIX, a alimentação passa a ser abordada de forma mais enfática como uma estratégia para a saúde, assinalando o início das pesquisas no campo da nutrição científica e as mudanças da concepção da relação entre alimentação e saúde no mundo ocidental. Segundo Silva, Racine e Queiroz (2012, p.1362), as recomendações internacionais de promoção da alimentação saudável evocam a importância da variedade de alimentos como fonte de nutrientes, o equilíbrio na escolha da ração alimentar baseada nas necessidades individuais e a moderação pelo controle do consumo de alimentos energéticos, principalmente as gorduras (FAO, 1996; OMS, 1990). Todas essas regras circunscrevem, ainda hoje, as distintas abordagens socioculturais e biológicas sobre os significados da alimentação (SILVA, RECINE E QUEIROZ, p.1368).

Antes do advento da modernidade e das indústrias, a alimentação tinha por base alimentos locais, sazonais, frescos e pouco processados, devido ao próprio perfil dos sistemas agroalimentares tradicionais. O gradual processo de desenvolvimento da agropecuária foi revolucionário e intensificou-se através de complexos sistemas integrados que ocorreram simultaneamente em muitos lugares do mundo. O gerenciamento ótimo de recursos naturais baseado na manutenção da biodiversidade, no pousio e na rotação de culturas e o acúmulo de conhecimento ecológico local resultaram em níveis satisfatórios de produtividade em várias regiões do mundo (FREIXA E CHAVES, 2009, s/p; AZEVEDO, p.86).

Ao longo da história, observa-se que a preocupação com a escassez de alimentos, coma a fome e a desnutrição sempre estiveram e ainda estão presentes. Contudo, não se pode negar que as transformações sociais, econômicas e culturais ocorridas na contemporaneidade trouxeram sem dúvidas inúmeras mudanças na forma de produção e de consumo de alimentos em relação a tradicional - consequência do desenvolvimento industrial, das novas tecnologias, fortalecido pelo mercado mundial e pela globalização - sobretudo, no que se refere à produção, ao acesso e a facilidade de se preparar e consumir alimentos.

O novo padrão alimentar propiciou mudanças expressivas nos hábitos alimentares da população. O aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em carboidratos simples, sódio, gorduras e outros aditivos químicos, é extremo. Esse aumento é marcado, sobretudo, pelas dinâmicas do modo de vida urbanizada e têm como consequências o aumento do sobrepeso, da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer, obesidade, entre outras.

Na década de 1940, segundo Bianco (2008, p.48) os estudos de Healsman e Mellentin (2001, p.3) sobre microbiologia e química alimentar contribuiu para o rápido crescimento da ciência e da tecnologia de alimentos, cujos resultados vão colaborar posteriormente, mais especificamente em 1950 para ressaltar os estudos sobre nutrição e doenças degenerativas, principais pautas dos estudos relacionados à nutrição na década de 1970.

Nos anos de 1950, o discurso sobre a saúde humana estava em alta, utilizado especialmente, pelas indústrias alimentícias na perspectiva de alimentar o mercado para produção de alimentos saudáveis. Nessa mesma década, segundo Healsman e Mellentin (p.55) o conceito de alimentação saudável começa a ser pensado junto com a revolução da cultura da alimentação saudável. Para tanto, nos países desenvolvidos, os governos elaboram guias e metas dietéticas que indicam mudanças na dieta para combater doenças, especialmente as do coração. Mudanças baseadas em estudos científicos, cujas propostas gerais fundamentam uma

alimentação variada, balanceada, manutenção do peso ideal e diminuição de alimentos ricos em açúcares, sódio e gorduras.

Bianco (p.49) destaca que na década de 1970 foram criados vários comitês, associações de profissionais e comitês cunhados pelos governos, ou, de origem acadêmica, os quais formularam pacotes contendo recomendações para mudanças na dieta da população, como exemplo – *Dietary Fats and Oils*, da Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação (FAO) em 1977.

No século XX, as consequências geradas pela revolução urbana industrial, muda o ritmo de vida das cidades, tanto na unidade familiar (espaço privado) quanto no espaço público, os efeitos, afetam, sobremaneira, as relações de consumo e as práticas alimentares.

Segundo Batista Filho e Rissin (2003); Kac e Velásquez-Meléndez (2003), Souza (2010, p.50), a inserção da mulher no mercado de trabalho, principalmente a partir dos anos de 1970, quando algumas deixam de serem apenas donas de casa, mãe e esposa e conquistam um espaço no mundo do trabalho, afeta a vida da unidade doméstica em vários aspectos. Com isso, perde-se um pouco da figura da mulher “dona do lar”, que prepara a alimentação para família. Fora da unidade doméstica, a mulher não dispõe mais de tempo suficiente para realizar essa tarefa com a mesma qualidade de antes, considerando alimentos mais naturais, sabor, consistência e aparência. Essa condição resulta na busca da mulher por alimentos industrializados, de mais fácil preparação e até mesmo a realização das refeições por ela e pela família fora do lar, principalmente em restaurantes, pensões e *fast foods*.

Para Malta (2006, p.40) essa condição, ocasiona mudanças no padrão alimentar e no estilo de vida da população, como consequência, vive-se uma transição nutricional cujos altos índices de sobrepeso e obesidade são evidenciados. Como consequência observa-se um aumento progressivo da morbimortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, acidentes cerebrovasculares, osteoporose e câncer de muitos órgãos, bem como doenças coronarianas), que de forma considerável tem afetado principalmente as pessoas idosas. Essas doenças mesmo tendo fatores internos como a genética e outras patologias associadas, são consequência principalmente de fatores externos que auxiliam na propagação das DCNT como o tabagismo, a inatividade física, o uso de álcool e, principalmente, as dietas não saudáveis, cujo consumo de alimentos processados ricos em gorduras saturadas, açúcares e sódio, tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas.

De acordo com Gimeno *et al.* (2002), a renda e o poder de compra da população são fatores determinantes do processo de transição nutricional observado na contemporaneidade.

A variação positiva ou negativa da renda de uma família ou do preço de determinados produtos alimentícios é muito mais evidente na população pobre. Isso explica porque na atualidade, a população pobre consome mais alimentos que contribuem para o desenvolvimento das DCNT, isto é, são mais baratos e ricos em quantidade de gordura, carboidratos, açúcares, entre outros aditivos químicos, extremamente prejudiciais à saúde.

Essa análise é confirmada a partir de dados obtidos em quatro grandes pesquisas representativas sobre compras de alimentos pelas famílias do Brasil, entre a década de 1970 e meados da década de 2000, evidenciam nesse período uma redução nefasta na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos notáveis na compra de alimentos processados – mais baratos e ricos em gordura saturadas, carboidratos, açúcares - acarretando aumento do consumo de gorduras saturadas e sódio, extremamente maléficos (LEVY *et al.*, 2009).

O Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF (2002-2003) confirma essa mudança no padrão alimentar brasileiro quando mostra em sua análise que o consumo de alimentos ultra processados aumentou de 20,8% para 25,4%, no período de 2002-2003. Explica ainda que, os ultraprocessados são essencialmente formulações da indústria de alimentos, contendo pouco ou nenhum alimento integral ou natural. Geralmente é rico em aditivos, conservantes e associados com vitaminas e minerais sintéticos. Compreendem pães, barras de cereais, chocolates, doces, bolos, sorvetes, refrigerantes, refeições congeladas, *pizzas*, embutidos, *nuggets* e sopas enlatadas ou desidratadas.

Por conta desse tipo de alimentação e outros fatores associados ao estilo de vida urbano, o Brasil vem se tornando um país com grande prevalência de pessoas com sobrepeso e obesidade, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Através de dados e estatísticas de uma diversidade de estudos acadêmicos e de órgãos governamentais que mensuram e comprovam esse crescimento, é possível visualizar essa situação. Segundo a VIGITEL (2016) citado por LEVY, o sobrepeso e a obesidade aumentaram 23,6% e 60% respectivamente, no período de 2006 a 2016, e no aumento de doenças como hipertensão arterial e diabetes, que aumentaram também nesse intervalo de 10 anos 14,2% e 61,8% respectivamente.

A POF organizada pelo IBGE, mensurou no período de maio de 2008 a maio de 2009 as estruturas de consumo; qualidade nutricional dos alimentos servidos a mesa; gastos; rendimentos e parte da variação patrimonial das famílias, incluindo todas as faixas etárias. A análise da participação relativa de grupos de alimentos indicou que os alimentos de origem vegetal (cereais, leguminosas, raízes e tubérculos) correspondem a 45% das calorias totais, seguidos com 28% pelos alimentos essencialmente calóricos (óleos e gorduras vegetais,

gordura animal, açúcar de mesa, refrigerante e bebidas alcoólicas) e, com apenas 19%, produtos de origem animal (carnes, ovos, leite e derivados). As frutas, verduras e legumes atenderam apenas 2,8% das calorias totais, o que pode ser um dos motivos do crescente ganho de peso da população brasileira.

Segundo dados da LEVY (2016), a população adulta - entre a faixa etária de 35-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos e 65 anos ou mais, apresentam respectivamente 61,1%, 62,4%, 62,4% e 57,7% excesso de peso, percentual alarmante que afirma os malefícios da má alimentação da população brasileira. Além disso, 59,2 % dos entrevistados possuem baixa escolaridade, apontando dois fatores associados – a idade avançada, sobretudo, na faixa de 60 ou mais anos de idade, e a falta ou baixa escolaridade característica da população do Brasil.

### **Processo de envelhecimento e consumo alimentar: fatores que se interpõem a uma alimentação saudável.**

Uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais e estima-se um crescimento de uma em cada 5 por volta de 2050. No Brasil, segundo o IBGE (2014) a população de pessoas com 60 anos ou mais cresceu 47,8% na última década, totalizando cerca de 21 milhões de pessoas, aproximadamente, 11% do total da população brasileira. Em 2025, a estimativa é que o Brasil tenha perto de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Essa realidade é consequência da nova equação demográfica, cuja média de tempo de vida se elevou, aumentando a expectativa de sobrevivência maior. A pirâmide populacional, antes formada, em sua maior composição, por crianças, adolescentes e jovens, hoje já apresenta um perfil aproximado do padrão vigente nos países desenvolvidos, com uma participação crescente de pessoas com mais de cinquenta anos nos patamares medianos e superiores de sua estrutura.

Subjacentes à rápida transição demográfica, particularmente, acelerada a partir dos anos 1980, ocorreram outras mudanças significativas que afetaram a geração de renda e a condição de vidas dos /as trabalhadores/as brasileiros /as. As mudanças na estrutura de ocupações e empregos, é um exemplo. O mercado de trabalho antes fundado no setor primário (agropecuária e extrativismo) passou a exigir uma demanda de mão-de-obra concentrada no setor secundário e, sobretudo, no setor terciário da economia. Essas transformações afetaram à geração de renda, o estilo de vida e, especificamente, de satisfação das demandas de alimentação (BATISTA FILHO; RISSIN, p.182).

Do ponto de vista econômico, Aranceta-Bartrina (1988), Veras (1990), Arhontaki (1994) e Nogués (1995), afirmam que no Brasil, essas mudanças afetaram o poder aquisitivo da população, sobretudo, pela exclusão de uma parcela significativa da população do mercado de trabalho, incluindo os/as idosos/as. Essa situação levou ao baixo poder aquisitivo que vai refletir diretamente na compra de alimentos de menor valor e uma monotonia da alimentação pelo consumo frequente de produtos industrializados como doces e massas, de fácil preparo.

Segundo Monteiro (2012, s/p) esta situação reflete diretamente no consumo, alimentar dos idosos (as) que passam a consumir alimentos industrializados. Esse consumo afeta ainda mais as alterações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento. Para Campos (2008, s/p) o consumo de alimentos processados se dá não apenas em função da condição financeira que leva a compra de alimentos de menor valor e de fácil preparo, mas, devido, também, a sua progressiva incapacidade para realizar sozinho, as atividades cotidianas. Nessas circunstâncias, a aquisição de alimentos, principalmente através da ida ao supermercado e a preparação das refeições podem se tornar uma tarefa muito difícil. As consequências geradas pela modificação do comportamento alimentar do/a idoso/a afetam a adequação de nutrientes ao organismo, colocando-os/as em risco de má nutrição e a prevalência de outras doenças, como as DCNT.

Para Monteiro, tal situação faz com que o idoso dê preferência aos alimentos menos nutritivos, de fácil preparo, evitando os que possam causar dificuldades de manipulação durante as refeições. Em geral, verifica-se o excesso no consumo de produtos de panificação (pão, biscoitos, rosas, bolos), massas e doces. Embora, existam outros fatores - como perda do cônjuge, depressão, ansiedade, que podem afetar o consumo alimentar do/a idoso/a - Malta *et al.*, (2013, p.378) e Gomes (2005) fazem questão de lembrar que a condição socioeconômica pode ser o fator determinante para o estado nutricional dos/as idosos/as, uma vez que a condição de pobreza, da maioria dos idosos/as do Brasil, muitas vezes dificulta o acesso à uma alimentação saudável, farta e variada, apropriada a evitar desequilíbrios nutricionais, maior longevidade, com melhor qualidade de vida.

Silva *et al.*, (p. 218) chama atenção para outros fatores, além da condição financeira que pode comprometer o consumo alimentar dos/as idosos/as, destaca a falta de integração social que leva a solidão. A solidão familiar ou social predispõe o/a idoso/a a falta de ilusão e a preocupação consigo, fazendo com que se alimente de forma inadequada em quantidade e qualidade (ARANCETA-BARTRINA). Idosos/as que vivem sozinhos tendem a consumir, com maior frequência, produtos industrializados, como doces e massas, ou de fácil preparo,

como chás e torradas, afetando a adequação de nutrientes e colocando-os em risco nutricional (SILVA, *et al.*, 2016, p. 218).

Permeando essa discussão, Sartori (2013, p. 56) ressalta o papel do marketing usado por empresas da indústria alimentícia na perspectiva de propiciar o aumento do consumo de produtos industrializados pelo grupo de idosos/as. Segundo Sartori, estudos realizados por profissionais da área de saúde e de nutrição afirmam que o consumo em alta de alimentos processados no mundo, são, sobretudo, consequências das estratégias de marketing desenvolvidas pelas indústrias alimentares que controlam o setor.

É sabido que as estratégias de marketing alimentar são utilizadas principalmente para influenciar o público infantil, contudo, a falta de conhecimento sobre os malefícios que causam o consumo de alimentos processados em qualquer faixa etária, tem contribuído significativamente para o consumo desses alimentos, inclusive pelos idosos/as.

O problema é tão sério que desde novembro de 2006, o Brasil dispõe de um excelente instrumento regulatório que limita eficazmente a publicidade de alimentos não saudáveis. Esse instrumento, elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2006), entre outras providências, restringe a publicidade de produtos alimentícios com alto teor de açúcar, sal ou gorduras não saudáveis, no rádio e na televisão e obriga o uso de frases de advertência como já ocorre com a propaganda de medicamentos (MONTEIRO p. 58-59). A Resolução RDC nº 24 /2010 também dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura *trans*, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional.

No entanto, contrariando essas normativas, pesquisas demonstram o consumo crescente de alimentos industrializados tanto por parte da população infantil, quanto por parte do segmento idoso do Brasil, público considerado mais vulnerável. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) por meio do Programa de Orçamento Familiar (POF, 2009) evidencia em seus dados que o consumo de embutidos, biscoitos, sanduiches e salgados industrializados aumentou consideravelmente pela população idosa. Freitas *et al.* (2011, p.165) cita que entre os 10 alimentos mais consumidos por idosos (de 60 anos ou mais) no Brasil, estão açúcar refinado em várias formas de preparações, adoçante líquido e margarina com sal, em 4º, 6º e 10º posição respectivamente.

O consumo de alimentos doces por idosos/as foi estimado pelo VIGITEL (2015) a partir da frequência semanal e se evidenciou em 5 ou mais dias o consumo de sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces. Os resultados mostram ainda que o consumo por idosos

de 65 anos ou mais, apresentou uma média de 17,9%, sendo mais frequente em mulheres que homens, 14,8% e 19,8% respectivamente. O consumo de refrigerantes tende a diminuir com o aumento da idade, mas, 9% da população entrevistada com 65 anos ou mais consome o produto 5 dias ou mais na semana, esse número é maior em homens que em mulheres, 10,9% e 7,9% respectivamente.

Pesquisa realizada por Levy mostra que mais de 13,7% dos /as idosos/as consomem doces 5 ou mais dias da semana, os homens consomem 14,8% e as mulheres 13,0%, apresentando uma diminuição em relação ao ano anterior e inversão da quantidade de pessoas, por gênero, nessa faixa etária que consomem esse tipo de alimento. Em relação ao consumo de refrigerantes no mesmo ano o consumo médio foi 9,9%, com 12,0% para os homens e 8,6% para as mulheres, identificando um aumento no consumo em relação a 2015.

Os dados apresentados pela Levy revelam que a obesidade cresceu 60% em dez anos, de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016. O grupo de idosos/as entrevistado a partir de 65 anos, apresentou um número de 20,3% de obesos, sendo mais frequente naqueles com menor escolaridade. Hipertensão arterial e diabetes também apresentaram taxas elevadas na população entrevistada, principalmente, em idosos/as com menor nível de instrução - 64,2% para hipertensão e 27,2% para diabetes no mesmo grupo.

Segundo Nogueira e Sichieri (2009, p.1) o hábito de consumir refrigerantes desde a infância e outros alimentos com alto teor de açúcar influencia o consumo na idade adulta e conseqüentemente na velhice. Medidas de saúde pública para limitar o consumo desses alimentos, como ações socioeducativas e conhecimento da quantidade de açúcares nos rótulos de alimentos, podem ajudar a população a diminuir o consumo desse produto, principalmente quando limitados na infância.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta revisão bibliográfica busca apresentar a relação existente entre alimentação saudável e processo de envelhecimento, na perspectiva de compreender como vem sendo tratado pela literatura à discussão sobre alimentação saudável e os fatores que influenciam e se interpõem diretamente ao acesso, a escolha e o consumo de alimentos saudáveis pelos/as idosos/as no processo de envelhecimento. Entende-se que a compreensão dos fatores que determinam o consumo e as práticas alimentares dos/as idosos/as se torna fundamental tendo em vista contribuir, sobretudo, com as condições de saúde, promoção do envelhecimento saudável e bem-estar desse segmento social.

O estudo evidencia que o consumo e as práticas alimentares dos/as idosos/as são influenciadas por fatores sociais, econômicos e culturais que refletem diretamente no acesso, na escolha e no consumo dos alimentos, por conseguinte, no comportamento alimentar, corroborando outros estudos. Considera-se, portanto, que a relação entre consumo e práticas alimentares no processo de envelhecimento tem repercussões diretas na saúde e bem-estar do/a idoso/a. Nessa perspectiva, importante se faz conhecer o comportamento alimentar deste grupo etário para garantir aos idosos/as uma sobrevivência maior com saúde e uma boa qualidade de vida.

Sugere-se, a partir dos resultados desse estudo, que outras pesquisas possam dar conta do aprofundamento desses fenômenos numa perspectiva crítica, considerando que apesar do avanço no campo conceitual e da legislação acerca dessa problemática, uma parcela considerável da população idosa continua consumindo alimentos industrializados, com alto teor de açúcar, sal ou gorduras, aditivos químicos, alimentos não saudáveis. Porque isso ocorre? Como os/as idosos tem percebido essa questão? Quais são os fatores que se interpõem para que se tenha o equilíbrio da dieta e uma alimentação saudável, a partir do ponto de vista dos/as idosos/as?

## REFERÊNCIAS

- ARANCETA-BARTRINA, J. Pautas dietéticas nutricionales para la vejez. **Nutrición Clínica**, v.8, n.6, p.34-40, 1988 - apud CAMPOS et al., Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, 13(3): 157-165, set/dez,2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci_abstract&tlng=pt).
- ARRUDA, Bertoldo Kruse. Grande de. Alimentação e Bolsões de Pobreza. Brasília, **Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN)**, set, 1980.
- ARHONTAKI, J. Desenvolvimento e avaliação de formulações para alimentação de idosos. Viçosa, 1990. 99p. **Dissertação** (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Universidade Federal de Viçosa, 1990 - apud CAMPOS et al., Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, Campinas, 13(3): 157-165, set/dez, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci_abstract&tlng=pt)
- AZEVEDO, Elaine de. ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: Uma construção Histórica. **Revista Simbiótica**, n 7. Vitória, ES, 2014.
- BARBOSA, Lívia. **Sociedade de Consumo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004. 68 p.
- BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. **Caderno de Saúde Pública** 2003; 19(1):181-191.
- BEARDSWORTH, Allan; KEIL, Thereze (1997). **Sociology on the menu**. An invitation to the study of food and society. London: Routledge.
- BIANCO, André Luiz. **A construção das alegações de saúde para alimentos funcionais**. Brasília, DF: Embrapa Informação Tecnológica, 2008.

BRASIL. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF. Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Resolução ANVISA nº 24/2010 – dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de gordura saturada, de gordura trans, de sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/resolucao\\_rdc24\\_29\\_06\\_2010.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/resolucao_rdc24_29_06_2010.pdf) Acesso em: 10/05/2019.

BATISTA FILHO, M; RISSIN, A. Nutritional transition in Brazil: geographic and temporal trends. **Caderno de Saúde Pública**. 2003; 19(1):181-191.

CAMPOS, Teresa Fialho de Souza. Alimentação na Terceira Idade. Portal Educação, 2008. Disponível em: <https://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/582/alimentacao-na-terceira-idade>.

DECKMANN FLECK, E. **Sobre os martírios e curas**: medicina e edificação nas reduções jesuítico-guaranis (século XVII). Estudos Ibero-Americanos, [online] XXXI (1), pp.35-50. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134618603003>

FAO. Report of the World Food Summit. Rome. Agriculture Organization, 1997.

FLANDRIN, Jean-Louis e MONTARINI, Massimo. História da Alimentação. Tradução MACHADO, L. & TEIXEIRA, G. São Paulo: Estação Liberdade, 1998.

GIMENO, Sueley Godoy, et al. Padrões de consumo de alimentos e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Projeto OBEDIARP **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2011.

FREIXA, D; CHAVES, G. Gastronomia no Brasil e no Mundo. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2009.

FREITAS, A.M.P. et al. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 14(1): 161-77, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v14n1/15.pdf>

GOMES, Eduardo Biacchi; REIS, Tarcísio Hardman (org.). Globalização e o Comércio Internacional no Direito da Integração. São Paulo: LEX Editora, 2005.

HEASMAN, M. & MELLENTIN, J. 2001. The Functional Foods Revolution. Healthy People, Healthy Profits? London: Earthscan.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009 – POF**. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

LEVY, Renata Bezatti et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil 2008-2009. ver. **Saúde Pública**, 2012; 46(1) 6:15.

- LODY, R. Brasil bom de boca: temas da antropologia da alimentação. São Paulo: SENAC, 2008.
- KAC G., Velásquez-Meléndez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1): S4-S5, 2003.
- MALTA, M. B. et al. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(2):377-384, 2013.
- MANDEL, Ernest. A expansão do Setor de Serviços, a “Sociedade de Consumo” e a Realização da Mais-Valia. In: Capitalismo Tardio. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- MARTINS, Ana Paula Bortoletto. *et al.* Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). **Rev. Saúde Pública** [online]. 2013, vol.47, n.4, pp.656-665.
- MONTANARI, M. **Comida como cultura**. Tradução de Leticia Martins de Andrade. São Paulo: Editora SENAC, 2008. 207 p.
- MONTEIRO, J. S. Educação Nutricional e Ecologia por uma Cultura de Paz. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2012.
- MONTEIRO C. A; CASTRO I. R. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. **Cienc. Cult** 2009; 61:56-9.
- NOGUEIRA, F. A. M; SICHIERI R. Associação entre consumo de refrigerantes, sucos e leite, com o índice de massa corporal em escolares da rede pública de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25 (12): 2715-2724, dez, 2009.
- NOGUÉS, R. Factors que afectan la ingesta de nutrientes en el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutrición Clínica*, v.15, n.2, p.39-44, 1995 - apud CAMPOS et al., Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.** Campinas, 13(3): 157-165, set/dez,2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci_abstract&tlng=pt).
- OMS. Organização Mundial de Saúde. **Dieta saudável** - Ficha nº 394. 2015. Último acesso em 15 de abril de 2018]. Disponível em: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>
- PINHEIRO, Anelise R. de O. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. **Saúde em Debate**, vol. 29, núm. 70, maio-agosto, 2005, pp. 125-139.
- POULAIN, Jean-Pierre Sociologias da alimentação: os comedores e o espaço social alimentar I Jean-Pierre Poulain; tradução de Rossana Pacheco da Costa Proença. Carmen Sílvia Riai. Jaimir Conte. - Florianópolis: Ed. da UFSC, 2004.
- RACINE, Elisabetta; RADAELLI, Patrícia. Alimentação e cultura. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_cultura.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cultura.pdf) Acesso em: 12. 05. 2015.
- REZENDE, JM. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [online]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009.
- SANTOS, Silvia Cavadinha dos. Envelhecimento e qualidade de vida na sociedade de consumo. **Dissertação (Mestrado)**. Recife – PE: UFRPE, 2017. 183 p.
- SANTOS, Carlos Roberto Antunes dos. A alimentação e seu lugar na História: os tempos da memória gustativa. **História: Questões & Debates**, Curitiba, n. 42, p. 11-31, 2005. Editora UFPR.
- SARTORI, Alan Giovanini de Oliveira. A influência do marketing aplicado à indústria de alimentos sobre o estado nutricional e o comportamento alimentar no Brasil: uma revisão. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, 20(2):309-319, 2013.
- SILVA, C. L. A. da; ET AL. Mudanças no estado nutricional e suas condições de risco para o idoso. In: FARIA, L; CALABRIA, L; ALVES, W. Envelhecimento: um olhar interdisciplinar. 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

SILVA, Ana Luísa Maresch Rosa da. A importância da alimentação no envelhecimento saudável e na longevidade: artigo de revisão. 61 p. **Dissertação (Mestrado)**. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra 2013.

SCHMIDT, M.I; DUNCAN, B.B; SILVA, G.A; MENEZES, A.M; MONTEIRO, C.A; BARRETO S.M; ET AL. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011; 4:61-74. DOI: 10.1016/S0140-6736 (11) 60135-9.

SOUZA, Jacqueline Danesio; ET AL. Padrão alimentar de idosos: caracterização e associação com aspectos socioeconômicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2016.

SOUZA, Luís; NUNES, Manuel; GONÇALVES, Carlos. O vinho na antiguidade clássica: Alguns apontamentos sobre Lousada. *Oppidum* - 1 (2006), pp. 69-85.

VERAS, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p.9-224 - apud CAMPOS et al., Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.** Campinas, 13(3): 157-165, set/dez,2000.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141552732000000300002&script=sci_abstract&tlng=pt).

## ANÁLISE DOS ACESSOS ÀS EDIFICAÇÕES INSTITUCIONAIS EM INGÁ-PB SOB O OLHAR DA NBR 9050

Rayssa de Lourdes Carvalho Marinho do Rêgo Catão<sup>1</sup>

Alex Borba Lira Dantas<sup>2</sup>

Allison Araújo Buriti<sup>3</sup>

Paula Monise Martins de Melo<sup>4</sup>

### RESUMO

Cerca de 6,8% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, a qual estimou dados sobre quatro tipos de deficiência (intelectual, física, auditiva e visual) (BRASIL, 2014). Será que esse contingente populacional possui o direito de circular pelas ruas, acessar as edificações e usar os espaços públicos e privados? O estudo possui como objetivo principal analisar a aplicação da NBR 9050 nos acessos às edificações institucionais da cidade de Ingá (PB) e contribuir para defesa da produção e a execução de projetos de edificações (independente do uso) acessíveis em todo o Brasil. A aquisição de informações sobre esse tema é de sublime estima devido à importância desse contingente social para a sociedade em geral, permitindo sua integração perante a sociedade. É preciso a realização de projetos levando em consideração a acessibilidade aos ambientes, em especial para o setor público. Além que é necessária a conscientização de toda a sociedade sobre a acessibilidade, principalmente dos profissionais responsáveis pela execução do espaço construído (como os engenheiros civis e os arquitetos). Outro ponto importante é uma atuação mais efetiva dos órgãos fiscalizadores, como os CREA's, tanto na realização dos projetos quanto na execução dos mesmos.

**Palavras-chave:** Mobilidade; acessibilidade; deficientes físicos.

### INTRODUÇÃO

A acessibilidade é uma temática relevante e ganhou destaque nos últimos anos. Nos anos 90, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou documentos em prol da defesa e igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência. A partir deste estopim, surgiram normas, decretos, regulamentos e definições estabelecidas pela legislação do Brasil (PUPO; CARVALHO & OLIVEIRA, 2008; apud COSTA; MEIRA, 2009).

A ONU alegou o ano de 1981 como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes e no ano posterior, difundiu o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes, o qual citou

<sup>1</sup> Graduando do Curso de Engenharia Civil da Unifacisa Centro Universitário, [alex.bld@hotmail.com](mailto:alex.bld@hotmail.com);

<sup>2</sup> Graduando do Curso de Engenharia Civil da Unifacisa Centro Universitário, [alex.bld@hotmail.com](mailto:alex.bld@hotmail.com);

<sup>3</sup> Graduando do Curso de Engenharia Civil da Unifacisa Centro Universitário, [buritimath@outlook.com](mailto:buritimath@outlook.com);

<sup>4</sup> Graduanda do Curso de Engenharia Civil da Unifacisa Centro Universitário, [monisemelo@hotmail.com](mailto:monisemelo@hotmail.com);

metas para a Década das Nações Unidas para as Pessoas Deficientes (United Nations Decade of Disabled Persons), 1983-1992 (BRASIL, 2018).

Os portadores de deficiência conquistaram avanços em relação aos direitos humanos com a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (1975), que determinou a normativa que assegurou os seus direitos relacionados à saúde, previdência e assistência social, além de direitos civis, políticos e sociais que os colocavam como pessoas ativas e aptas a integrar à sociedade (BRASIL, 2018).

Todo cidadão brasileiro apresenta o direito fundamental de ir e vir, conforme o artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil (CF, 1988). As pessoas com deficiência passaram a ter seus direitos garantidos por meio da constituição. Diversas leis surgiram sobre a acessibilidade, como o Decreto nº 3.298/99 (que regulamenta a Lei nº 7.853/1989, a qual dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e o Decreto nº 5.296/04, que regulamenta a Lei nº 10.048/2000 (a qual dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica), e a Lei de nº 10.098/2000 (a qual institui normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida) (BRASIL, 1999) (BRASIL, 2004). Em 2015, foi promulgada a Lei nº 13.146, que institui a Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) (BRASIL, 2015).

O artigo 53 da Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência relata que a acessibilidade garante aos cidadãos portadores de tais dificuldades, viver de forma independente e de exercer seus direitos de cidadania e de participação social.

Apesar do crescimento do número de leis que abrangem as pessoas com deficiência, ainda existem barreiras, como as atitudinais (quando não se compreende o que é ser uma pessoa com deficiência, além de suas limitações e possibilidades), a falta de ambiente acessível, a má vontade de realizar adaptações (principalmente, em questões arquitetônicas), falta de informações sobre recursos de reabilitação e técnicas para desenvolver no trabalho (SASSAKI, 2006; apud PEREIRA, ALBUQUERQUE, 2017).

Cerca de 6,8% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2013, a qual estimou dados sobre quatro tipos de deficiência (intelectual, física, auditiva e visual) (BRASIL, 2014). Será que esse contingente populacional possui o direito de circular pelas ruas, acessar as edificações e usar os espaços públicos e privados?

A principal norma regulamentadora brasileira é a NBR 9050/2015, criada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), intitulada *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*, que estabelece “critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade” (ABNT, 2015, p.1).

Fora a legislação existente, há órgãos fiscalizadores, como é o caso dos Conselhos Regionais de Engenharia e Agronomia (CREA’s) e os Conselhos de Arquitetura e Urbanismo (CAU’s), os quais fiscalizam a atuação dos profissionais da área tecnológica, como, por exemplo, a execução dos projetos (seja institucional, residencial, comercial, serviço) em relação ao atendimento das regulamentações da legislação brasileira.

Então, faz-se necessária a ampliação dos conhecimentos sobre a análise dos acessos às edificações institucionais levando em consideração a acessibilidade. Sendo assim, este estudo possui como objetivo principal analisar a aplicação da NBR 9050 nos acessos às edificações institucionais da cidade de Ingá (PB) e contribuir para defesa da produção e a execução de projetos de edificações (independente do uso) acessíveis em todo o Brasil. A aquisição de informações sobre esse tema é de sublime estima devido à importância desse contingente social para a sociedade em geral, permitindo sua integração perante a sociedade.

O presente estudo organiza-se em quatro etapas: inicia-se com o percurso metodológico; em seguida, elenca-se os fundamentos teóricos; apresenta-se um estudo de caso; e termina com a exposição das considerações finais.

## **METODOLOGIA**

Esta pesquisa qualifica-se como uma documentação direta, que aborda os dados obtidos no próprio local de estudo. De acordo com Lakatos e Marconi (2003), a obtenção desses dados pode acontecer através de pesquisa em campo ou de pesquisa em laboratório.

O estudo em discussão é uma pesquisa em campo, a qual consiste “(...) na observação de fatos e fenômenos tal como ocorrem espontaneamente, na coleta de dados a eles referentes e no registro de variáveis que se presume relevantes, para analisá-los” (LAKATOS, MARCONI; 2003). A pesquisa em campo contém três etapas: a realização de uma pesquisa bibliográfica, a escolha das técnicas empregadas na coleta de dados e a definição das técnicas de registro e de análise dos mesmos. (LAKATOS, MARCONI; 2003)

Primeiramente, realizou-se uma busca ativa de informações na literatura formal por meio de artigos científicos (como o elaborado por Costa e Meira, 2009 e de Galvan et al, em 2019), presentes em revistas da área, cujo banco de dados encontra-se disponível na internet, além de legislações vigentes como a NBR 9050/2015 e dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em seguida, foram realizados o levantamento físico de 22 (vinte e dois) edificações institucionais da cidade de Ingá (localizada no estado da Paraíba, Brasil), presentes em algumas ruas (Rua Virgolino de Sousa Campos, Rua Francisco Granjeiro, Rua Presidente Epitácio Pessoa, entre outros logradouros) da cidade analisando à acessibilidade das mesmas, no mês de março de 2019. O levantamento foi realizado utilizando-se a trena, equipamento que apresenta boa precisão, porém exige tempo e trabalho, além da dificuldade quando a medição é feita em localidades de difícil acesso (MOUSINHO, 2012). A maioria dos prédios observados situam-se no principal bairro da cidade, o Centro, devido à intensa circulação de transeuntes, pois concentra a maior parcela de edificações institucionais, comerciais e de serviços do município.

O levantamento obteve as alturas e os comprimentos das rampas, o que permitiu o cálculo das inclinações das mesmas, utilizadas para a elaboração da pesquisa. Além disso, observou-se a presença ou ausência de corrimãos nas rampas. Por fim, foi realizada uma análise dos dados obtidos se referenciando nas regulamentações impostas pela NBR 9050.

## **FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

O Brasil apresenta legislação que aborda as pessoas com deficiência, como decretos e leis, além de ter a norma técnica brasileira, a NBR 9050/2015, a qual foi criada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), e possui como título *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*.

A acessibilidade, segundo a NBR 9050, é conceituada como:

“(...) possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.” (ABNT, 2015, p.2)

Conforme a ABNT (2015, p.1), “todos os espaços, edificações, mobiliários e equipamentos urbanos que vierem a ser projetados, construídos, montados ou implantados, bem como as reformas e ampliações de edificações e equipamentos urbanos” só serão considerados acessíveis se acatarem ao disposto na NBR 9050.

Acessível significa ser, de acordo com a NBR 9050:

“(…) espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias ou elemento que possa ser alcançado, acionado, utilizado e vivenciado por qualquer pessoa” (ABNT, 2015, p.2)

Todas as entradas das edificações, mais as rotas que ligam aos edifícios, precisam ser acessíveis (ABNT, 2015, p.54). Porém, uma parcela dos acessos aos prédios não permite a locomoção sem interferências a todos os cidadãos (como exige a Constituição Federal), seja pela ausência de rampas ou até mesmo pela má execução delas, devido ao não atendimento às recomendações da NBR 9050.

Além da dificuldade com os acessos, as calçadas apresentam barreiras (como calçadas com desníveis diferentes, larguras reduzidas, mobiliários, entre outros obstáculos), tornando-as inacessíveis, pois prejudica a circulação das pessoas com deficiência, além de acarretar possíveis acidentes com pessoas com mobilidade reduzida e idosos. De acordo com Cooper et al (2008, apud GALVAN et al, 2019), barreira pode ser compreendida como qualquer característica que dificulta ou impede a realização de determinada atividade por uma pessoa com limitações.

Então, deveria ocorrer uma melhor fiscalização do projeto e da execução tanto dos passeios públicos, quanto dos acessos às edificações por parte dos órgãos fiscalizadores, além de investir em campanhas educativas com o intuito de conscientizar a população sobre as formas possíveis para tornar os espaços adaptáveis. Conforme a ABNT (2015, p.2), adaptável conceitua-se como “espaço, edificação, mobiliário, equipamento urbano ou elemento cujas características possam ser alteradas para que se torne acessível”.

Segundo Setubal e Fayan (2017), os projetos realizados pelos arquitetos e engenheiros civis apresentam falhas no quesito acessibilidade, e cabe ao poder público fiscalizar os mesmos antes de sua aprovação, ou até mesmo, denunciar tais profissionais aos órgãos fiscalizadores devido ao não cumprimento às normas e pela falta de ética profissional.

A área de estudo é a cidade de Ingá, que é um município do Brasil localizado na Região Metropolitana de Itabaiana, no estado da Paraíba, e apresenta uma população estimada em 18.101 habitantes, que estão distribuídos em 288 km<sup>2</sup> de área (IBGE, 2018).

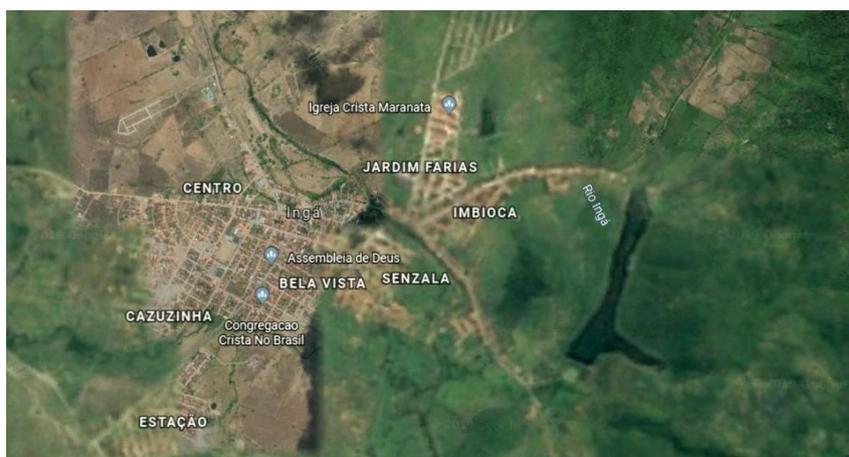
A cidade de Ingá (PB) possui o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Ingá (CMDPDI/PB), que foi criado em 2013, além de conter a Lei Municipal de nº 443/2016, que dispõe sobre a garantia de entrada franca em eventos artístico-culturais e esportivos à pessoa carente e com deficiência e dá outras providências (INGÁ CIDADÃO,

2018) (INGÁ, 2016). Mas, não apresenta legislação sobre o uso de rampas nos estabelecimentos na cidade, como o caso da lei municipal da cidade de João Pessoa de nº 13.626/2018, que cria o Selo Estabelecimento Acessível e a Comissão de Acessibilidade no município de João Pessoa (JOÃO PESSOA, 2018).

## RESULTADOS

Esta etapa do trabalho descreve os resultados obtidos no levantamento físico de 22 (vinte e dois) edificações institucionais (como a sede da Prefeitura Municipal, alguns prédios de Secretarias Municipais, delegacia, escolas e órgãos da Poder Judiciário como o Ministério Público) da cidade observando o acesso das mesmas baseando-se nas regulamentações da NBR 9050, do município de Ingá (Paraíba, Brasil), como mostra a Figura 01.

Figura 01 – Mapa da cidade do Ingá.



Fonte: Google Earth, 2019.

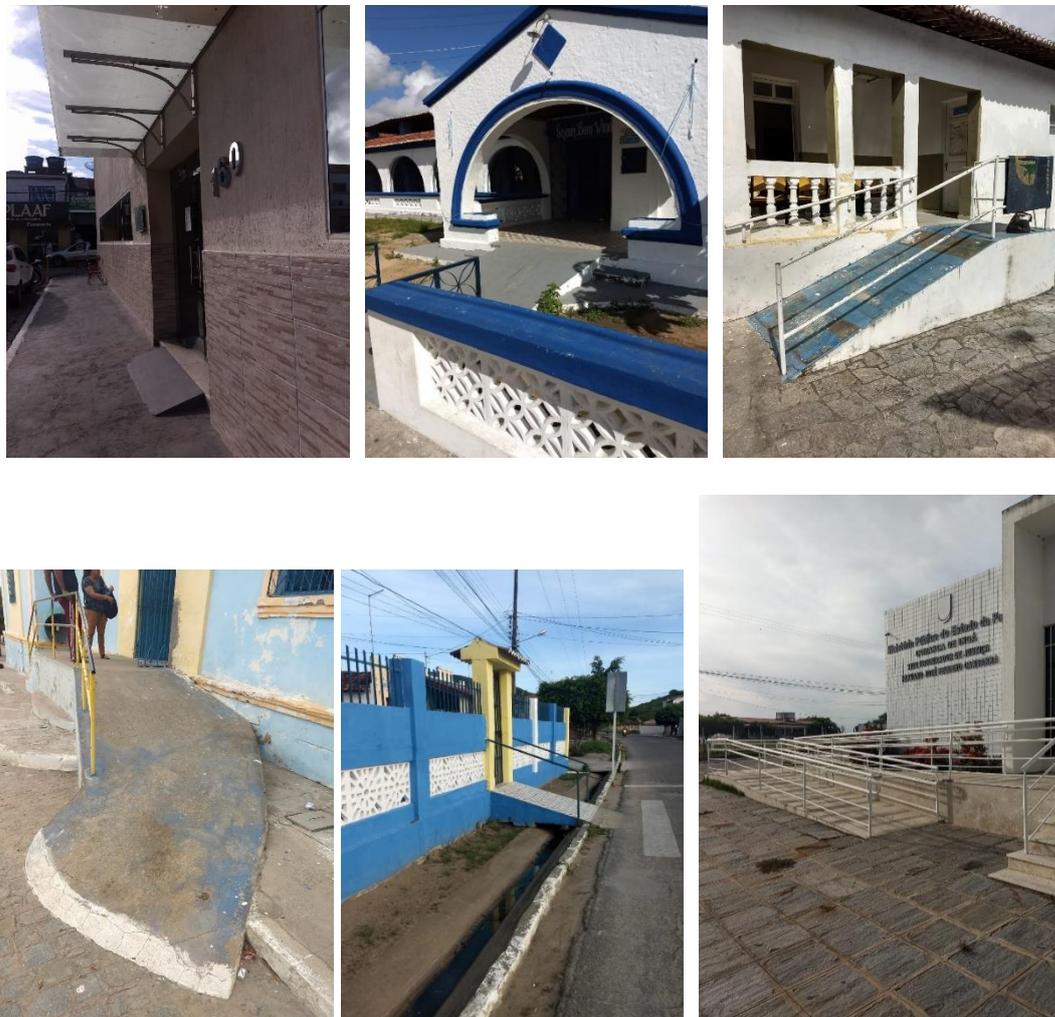
Escolheu-se os estabelecimentos institucionais da cidade (localizados em sua maioria no Centro de Ingá), devido à intensa circulação de pessoas.

Conforme a NR 9050, as rampas devem possuir inclinação máxima de 8,33%, e é recomendado apresentar áreas de descanso nos patamares para rampas com inclinação entre 6,25% e 8,33% a cada 50 m de percurso (ABNT, 2015).

A inclinação das rampas deve ser obtida por meio da fórmula matemática:  $i = H \times 100 / C$ , na qual  $i$  representa a inclinação (expressa em porcentagem),  $H$  é a altura do desnível, e  $C$  é o comprimento da projeção horizontal. A norma ainda indica que, em casos de reformas, que não apresentam soluções as quais consigam obter inclinação máxima de 8,33%, pode possuir



Figura 03, 04, 05, 06, 07 e 08 – Imagens de rampas do trecho em estudo.



Fonte: Acervo pessoal.

Da totalidade observada, 06 (seis) edificações não apresentaram rampas em seus acessos, como mostram as Figuras 09, 10 e 11. Dessas, apenas uma edificação analisada não necessitava do uso de rampa em seu acesso principal, como mostra a Figura 12.

Figura 09, 10 e 11 – Imagens de edificações que não apresentam rampas na área em estudo.

---



Fonte: Acervo pessoal.

Figura 12 – Imagem da edificação institucional em estudo.

---



Fonte: Acervo pessoal.

Elaborou-se a construção de uma tabela (Tabela 01) com o intuito de reunir os dados adquiridos, e facilitar o entendimento dos mesmos, para serem analisados de acordo com as regulamentações da NBR 9050.

Tabela 01 – Inclinação das rampas.

<b>Rampa</b>	<b>Altura (m)</b>	<b>Comprimento (m)</b>	<b>Inclinação (%)</b>
01	0,84	2,60	32,31
02	0,26	1,26	20,63
03	0,26	1,23	21,14
04	0,85	3,50	24,29
05	0,40	2,92	13,70
06	0,15	0,53	28,30
07	0,16	0,33	48,48
08	0,60	2,63	22,81
09	0,41	1,92	21,35
10	0,33	1,77	18,64
11	0,12	0,46	26,09
12	0,17	0,31	54,84
13	0,38	1,33	28,57
14	0,55	6,86	8,02
15	0,33	5,82	5,67
16	0,50	2,02	24,75
17	0,12	0,28	42,86

Fonte: Acervo pessoal.

De acordo com os dados dispostos na Tabela 01, verifica-se que duas rampas (numeração 14 e 15) apresentaram inclinação inferior ou igual a 8,33%, como indica as recomendações da NBR 9050.

Duas rampas (05 e 10), as quais correspondem a 11,76% de todas as rampas analisadas, possuem inclinações relativamente próximas ao valor determinado pela NBR 9050 (12,5%, que é a inclinação máxima, quando não há soluções em casos de reformas), mas não atendem à inclinação determinada pela mesma (8,33%), como ilustram as figuras a seguir.

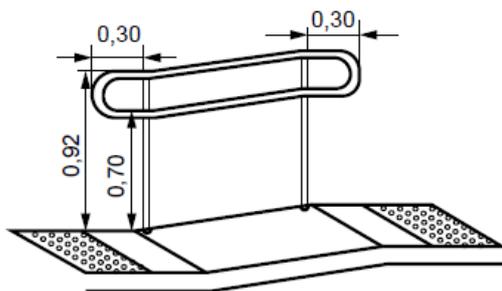
Figura 13 e 14 – Imagens de rampas 05 e 10, respectivamente, do trecho em estudo.



Fonte: Acervo pessoal.

As rampas devem ter corrimãos, os quais podem ser incorporados unidos aos guarda-corpos e devem ser feitos de materiais rígidos. Os corrimãos devem ser introduzidos nos dois lados da rampa, e inseridos “(...) a 0,92 m e a 0,70 m do piso, medidos da face superior até o ponto central do piso do degrau (no caso de escadas) ou do patamar (no caso de rampas), (...)”, como mostra a Figura 15 (ABNT, 2015, p. 63).

Figura 15 – Corrimãos em rampas.



Fonte: ABNT, 2015.

Notou-se a presença de corrimãos apenas em cinco rampas (01, 04, 13, 15 e 16), que correspondem a 29,41% de todas as rampas observadas, como ilustram as Figuras 16 e 17.

Figura 16 e 17 – Imagens das rampas 13 e 15, respectivamente, do trecho em estudo.



Fonte: Acervo pessoal.

Portanto, identificou-se que a maioria das rampas apresentaram discordâncias com as regulamentações da NBR 9050 (seja na inclinação adequada, seja na ausência ou má execução dos corrimãos), infringindo de forma brusca na locomoção de pessoas com deficiência nas calçadas e nas edificações da área em estudo.

Outro problema diagnosticado, em relativa quantidade (08 rampas, o que corresponde a 47,06% do total de rampas observadas), foi a construção de rampas nas calçadas, infringindo o descolamento nos passeios públicos, como mostram as Figuras 18 e 19, as quais mostram algumas das rampas construídas nas calçadas.

Figura 18 e 19 – Imagens das rampas 02 e 08, respectivamente, do trecho em estudo.



Fonte: Acervo pessoal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa comprovou a ineficácia dos projetos em geral (em especial, os das edificações institucionais) e da aplicação da norma referente à acessibilidade, mostrando a construção de rampas sem atender às recomendações (como a inclinação indicada, a presença de corrimãos, entre outras regulamentações) da NBR 9050, de forma quase majoritária. Essas falhas, seja por falta de conhecimento, seja por falta de interesse (tanto do poder público quanto do poder privado) em executar tais regulamentações, infringem no direito constitucional das pessoas, o direito de ir e vir.

É preciso a realização de projetos levando em consideração a acessibilidade aos ambientes, em especial para o setor público. Além que é necessária a conscientização de toda a sociedade sobre a acessibilidade, principalmente dos profissionais responsáveis pela execução do espaço construído (como os engenheiros civis e os arquitetos).

Outro ponto importante é uma atuação mais efetiva dos órgãos fiscalizadores, como os CREA's, tanto na realização dos projetos quanto na execução dos mesmos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2015. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm). Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm). Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm). Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Panorama nacional e internacional da produção de indicadores sociais: grupos populacionais específicos e uso do tempo / André Simões, Leonardo Athias, Luanda Botelho (organizadores). Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2018.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014.

COSTA, A. D. L.; MEIRA, F. A. A importância de formar profissionais comprometidos com a acessibilidade e a inclusão social. João Pessoa: Revista Eletrônica Extensão Cidadã, 2009. v. 7.

GALVAN, L. B., et al. Análise da acessibilidade no centro de tratamento da criança com câncer de um hospital universitário. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, v. 27, n. 1, p. 81-91, 2019.

IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2018. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2018/estimativa\\_dou\\_2018\\_20181019.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018_20181019.pdf)>. Acesso em: 08 maio 2019.

INGÁ. Lei Municipal nº 443, de 18 de março de 2016. Dispõe sobre a garantia de entrada franca em eventos artístico-culturais e esportivos à pessoa com deficiência e dá outras providências. Ingá, 2016. Disponível em: <<https://inga.pb.gov.br/portal-da-transparencia/lei-no-4432016-dispoes-sobre-garantia-de-entrada-franca-em-eventos-artistico-culturais-e-esportivos-pessoa-carente-e-com-deficiencia/>>. Acesso em: 01 maio 2019.

JOÃO PESSOA. Lei Municipal nº 13.626, de 12 de julho de 2018. Cria o Selo Estabelecimento Acessível e a Comissão de Acessibilidade no município de João Pessoa. João Pessoa, 2018. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pb/j/joao-pessoa/lei-ordinaria/2018/1363/13626/lei-ordinaria-n-13626-2018-cria-o-selo-estabelecimento-acessivel-e-a-comissao-de-acessibilidade-no-municipio-de-joao-pessoa/>>. Acesso em: 02 maio 2019.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. In: \_\_\_\_\_. (Org.). Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2003. p. 174-214.

MOUSINHO, Francisco. Ferramentas Tecnológicas Auxiliares no Seguro Social. Teresina, PI. 2012.

PEREIRA, C. E. C.; ALBUQUERQUE, C. M. P. A inclusão das pessoas com deficiência: panorama inclusivo no ensino superior no Brasil e em Portugal. Educar em Revista, v. 33, p. 27-41, dez. 2017.

SETUBAL, J. M.; FAYAN, R. A. C. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Comentada. Campinas: Fundação FEAC, 2017, 1ª edição revisada.

Prefeitura de Ingá apoia criação do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência. **Ingá Cidadão**, Ingá (PB), 8 de março de 2013. Disponível em: <<https://ingacidadao.com/destaque/prefeitura-de-inga-apoia-criacao-do-conselho-municipal-das-pessoa-com-deficiencia>>. Acesso em: 08 de maio de 2019.

## APLICABILIDADE DA ESCALA DE BRADEN EM IDOSOS SOB A ÓPTICA DOS ENFERMEIROS

Belarmino Santos de Sousa Júnior<sup>1</sup>  
Alex Alexandre da Silva<sup>2</sup>  
Sidney Rafael Gomes de Oliveira<sup>3</sup>  
Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar se os enfermeiros têm conhecimento e fazem uso correto em seu cuidado diário da escala de Braden em idosos, instrumento consolidado na prevenção das Lesões por Pressão. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva, realizada em um hospital universitário do nordeste brasileiro. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas com quatorze enfermeiros e analisados mediante análise temática. **Resultados:** A maioria dos enfermeiros realizam a escala, tem conhecimento da mesma, porém encontram dificuldades como falta de tempo para que seja realmente efetivado os cuidados que aparecem no escore de risco. **Conclusão:** A Escala de Braden é um indicador de saúde que avalia o risco de formação de lesão, onde o enfermeiro tem papel primordial no seu desempenho, apesar de considerá-la importante, muitas vezes realiza-a apenas para preencher protocolos institucionais.

**Palavras-chave:** Lesão por pressão, Idoso, Cuidados de enfermagem

### INTRODUÇÃO

O Aumento da expectativa de vida decorrente dos avanços na saúde, maior cobertura da rede do atendimento hospitalar, melhoras nas condições de vida em geral, melhor distribuição da renda e melhor nível de escolaridade, entre outros fatores, resultaram em crescimento da população idosa. Uma das consequências dessa mudança no perfil epidemiológico foi percebida na prática clínica, desenvolvidas no cenário institucional e domiciliar, com o crescente número de pessoas com feridas, principalmente as lesões por pressão (BORGES, 2014).

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal/RN – Brasil, sousajunior@gmail.com;

<sup>2</sup> Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho – Natal/RN – Brasil, alexenfo@gmail.com;

<sup>3</sup> Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência, Natal/RN, Brasil, sid.rafael@hotmail.com;

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e Professora Ajunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal/RN – Brasil, anaelzaufnr@gmail.com;

Estando este idoso hospitalizado o que se observa é que o cuidado pela equipe de enfermagem deve ser redobrado. Um dos riscos eminentes de um idoso acamado são os casos de lesão por pressão (LP), ocasionado principalmente pela falta de alternância de decúbito, mantendo esse paciente por muito tempo numa mesma posição.

Diante disso, é importante que a equipe de enfermagem esteja atenta a esse cuidado. A escala de Braden (EB) aparece como recurso, pois é um instrumento validado e de fácil aplicação para avaliação do risco de formação de LP.

A EB, desenvolvida por Barbara Braden e Bergstrom Nancy em 1987, é a ferramenta útil clinicamente, permitindo aos profissionais de saúde avaliar os pacientes de forma confiável (NPUAP, 2016).

Ao longo da história já tiveram várias designações, incluindo escaras, úlceras de decúbito, porém a partir da data de 13 de abril de 2016, o termo “LESÃO POR PRESSÃO” substitui “ÚLCERA POR PRESSÃO” no *National Pressure Ulcer Advisory Panel Injury Pressão Staging System* according ao NPUAP. A mudança de terminologia descreve com mais precisão as LP tanto na pele intacta como na pele ulcerada (NPUAP, 2009).

A definição internacional da *National Pressure Ulcer Advisory Panel* e da *European Pressure Ulcer Advisory Panel* para LP é: um dano localizado na pele e/ou tecidos moles subjacentes, geralmente sobre uma proeminência óssea ou relacionada ao uso de dispositivo médico ou a outro artefato. A lesão pode se apresentar em pele íntegra ou como úlcera aberta e pode ser dolorosa. Ocorre como resultado da pressão intensa e/ou prolongada em combinação com o cisalhamento. A tolerância do tecido mole à pressão e ao cisalhamento pode também ser afetada pela nutrição, perfusão, comorbidades e pela sua condição clínica (NPUAP, 2009; COSTA, 2004).

No Brasil, estudos estimam que a incidência de LP nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) esteja entre 10,62% a 62,5%, sendo que em unidades de clínica médica se encontrou uma incidência de 42,6% e, em unidades cirúrgicas, de 39,5% (SANTOS, 2006).

A EB é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. Das seis subescalas, três medem determinantes clínicos de exposição para intensa e prolongada pressão – percepção sensorial, atividade e mobilidade; e três mensuram a tolerância do tecido à pressão – umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. As cinco primeiras subescalas são pontuadas de 1 (menos favorável) a 4 (mais favorável); a sexta subescala, referente à fricção e ao cisalhamento, é pontuada de 1 a 3. Cada subescala é acompanhada de um título, e cada nível de um conceito, descritor-chave e uma ou duas frases descrevendo ou qualificando os atributos a serem avaliados. A pontuação na EB

varia de 4 a 23. Pacientes hospitalizados, com uma contagem igual ou maior do que 16 pontos, são considerados de pequeno risco para desenvolver LP; escores de 11 a 16 indicam risco moderado; e abaixo de 11, apontam alto risco (GLASER, 1967).

Este estudo se justifica diante do número elevado do evento “lesão por pressão” instalada em pacientes idosos hospitalizados e busca identificar se os enfermeiros tem conhecimento e fazem o uso correto em seu cuidado diário da EB em idosos. Tendo por objetivos específicos, identificar as possíveis dúvidas ou dificuldades dos enfermeiros que utilizam e daqueles que não manejam a EB na sua rotina de trabalho bem como, averiguar a importância que os enfermeiros atribuem à escala na prevenção da LP em idosos.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é de cunho qualitativo, exploratório, descritivo, realizado no mês de setembro de 2018, em um hospital geral, de ensino do Norte do Rio Grande do Norte. A fim de garantir o cumprimento das questões éticas em pesquisa, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL- Hospital Universitário do Rio Grande do Norte com parecer de nº 2.631.152.

Foram selecionados enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI) e Unidades de Internamento do referido hospital. A escolha por estes ambientes ocorreu devido à numerosa quantidade de idosos crônicos que realizam tratamento continuado ou internam nestas unidades, como também por serem alguns locais onde a equipe de Residência Multiprofissional realiza sua prática. Os participantes do estudo foram selecionados, utilizando-se como critério de inclusão enfermeiros que estavam no setor de pesquisa há pelo menos 6 meses, de diferentes turnos, manhã, tarde e noite, e que aceitaram voluntariamente participar, como também, pela saturação dos dados. O fechamento amostral por saturação teórica leva à suspensão da inclusão de participantes quando os dados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição (Lincoln, 2005; BRASIL, 2012). Foram excluídos os enfermeiros em férias ou afastados por licença-saúde e com menos de seis meses na empresa.

Ao iniciar a entrevista foi informado que os mesmos poderiam livremente optar pela desistência em qualquer momento sem prejuízo algum. Sendo assim, com a respectiva assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconizado pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos na pesquisa que envolve seres humanos, procedeu-se a referida (MINAYO, 2002).

A coleta dos dados foi realizada com quatorze enfermeiros, que participaram de uma entrevista semiestruturada com questões norteadoras, gravadas em sistema de áudio. Os dados das entrevistas foram transcritos na íntegra e as informações foram agrupadas conforme semelhança a fim de responder os objetivos do estudo. Como método de análise, agrupou-se as informações, após leituras e releituras, nos moldes da análise de conteúdo, focando a análise temática (RYCROFT, 2010).

Num primeiro momento na apresentação dos dados registrou-se o perfil dos enfermeiros participantes para uma melhor compreensão do estudo. Posteriormente relataram-se as falas dos entrevistados de acordo com os objetivos do estudo e discussão com o referencial teórico.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os Enfermeiros participantes da pesquisa trabalham na instituição de 8 meses até 11 anos, sendo que todos tiveram contato ou realizam rotineiramente a EB nas suas rotinas de trabalho no hospital. São enfermeiros dos três turnos de trabalho no hospital.

### **Efetivação da escala de braden**

Os entrevistados foram questionados quanto à realização da escala nos setores em que exercem suas funções, mais da metade responderam afirmativamente, porém são realistas em expor que muitas vezes não conseguem realizá-la e, lançam alternativas na logística interna, para envolver todos os enfermeiros da unidade num sistema de rodízio e em algumas unidades feita pelos técnicos de enfermagem:

*Na medida do possível, sim. (Girassol)*

*É realizada, os técnicos que fazem, a gente tem feito uma semana por mês, cada semana é um turno que faz, o turno que é responsável pelos pacientes eles vão fazendo as escalas. (Samambaia)*

*Sim nós nos revezamos entre eu e a outra enfermeira. (Bromélia)*

A EB é um parâmetro que deve ser utilizado em associação à avaliação clínica do enfermeiro (BRASIL, 2013). A avaliação e a prescrição de cuidados com a pele é uma atribuição do enfermeiro, sendo que a participação da equipe multiprofissional, na prevenção das alterações é fundamental na contribuição para a prescrição e no planejamento dos cuidados com o paciente em risco. Juntamente a isso, serão necessários ajustes nutricionais, intervenções para auxiliar a mobilização ou mobilidade dos pacientes, entre outras medidas (GOULART, 2008).

O profissional enfermeiro é responsável por cuidar dos pacientes internados com LP, por consequência, são fundamentais para prevenir o aparecimento dessas feridas (Serpa, 2011). Alguns enfermeiros não fazem o uso da escala tendo por motivos a falta de tempo ou por não ser rotina do setor:

*Eu vou ser sincera, eu particularmente quase não faço, mas no setor tem que fazer, é preconizado pelo hospital. Por causa da demanda de pacientes acabo não fazendo, quem faz mais são as residentes. (Jasmin)*

*Não, a gente não realiza a escala de Braden aqui no setor como rotina. (Copo de leite)*

Como parte dos protocolos de prevenção, as escalas de avaliação de risco de desenvolvimento de LP são frequentemente estudadas e implementadas, entre as escalas mais conhecidas está a de Braden, publicada há mais de 30 anos, sendo amplamente utilizada nos Estados Unidos da América e, adaptada e legitimada para cultura brasileira em 1999 (Simão, 2010). Baseado nessa solidez os enfermeiros necessitam incorporar a importância da aplicação da EB em sua rotina.

Nas unidades ambulatoriais a EB não é realizada, pois não ocorre a internação de pacientes. Com esta negativa, os enfermeiros foram questionados se achavam necessário o uso da escala no setor, obtendo-se as seguintes respostas, observadas em algumas falas:

*Como os nossos pacientes são ambulatoriais eles não ficam internados conosco eles vêm e voltam para casa, a gente não tem nenhum paciente acamado que tenha uma propensão maior a desenvolver a lesão a gente acaba não fazendo a Braden, acho que com o passar dos dias a gente vai ter que entrar no ritmo da instituição e começar a fazer em todos os pacientes, mas acredito que seja mais por registro mesmo. (Copo de Leite)*

*Não tem muita necessidade né, não tem porque, eles nem ficam muito tempo no setor, faz o tratamento e já vai pra casa, nem teria como fazer a escala, pra avaliar o risco.*  
(Rosa)

A LP é um problema constante em pessoas hospitalizadas, a carência da assistência resulta em efeito indesejado ao não oferecer ao paciente um cuidado adequado (Rogenski, 2012). Da mesma forma, o paciente que recebe alta com LP não revertida, poderá sofrer complicações desse evento e deflagrar uma re-internação.

### **Importância da escala de Braden na prevenção de lesão por pressão em pacientes idosos**

Para perfilar o tipo de cliente encontrado nas unidades de trabalho, a grande maioria são idosos, e o prolongamento do tempo de internação, permanência no leito e agravantes que envolvem a internação leva ao surgimento das lesões.

A pele do idoso sofre transformações próprias do processo fisiológico de envelhecimento, pela redução na elasticidade, na textura, diminuição da massa muscular e da frequência de reposição celular, tornando-se mais frágil (CAMPOLINA, 2013).

*Sim, claro, pele mais friável, mais fina. Com as comorbidades instaladas é mais fácil de desenvolver lesão. Vem bastante paciente idoso institucionalizado já com lesão ou desenvolvem lesão muito mais rápido. A alimentação deles é baixa em proteína; são vários fatores que influenciam em desenvolver mais rápido uma lesão do que um paciente jovem que tem mais energia pra gastar.* (Cravo)

*Sim a gente tem uma demanda muito grande, mais da metade dos atendimentos são de pacientes idosos, muitos deles vêm com lesões por pressão de casa já, nos diversos graus e tem pacientes que acabam adquirindo lesões aqui porque as nossas macas são pequenas, os colchões são ruins e a gente não consegue fazer a alternância de decúbito dos pacientes aqui.* (Jasmim)

A prevalência de doenças crônicas na população idosa sinaliza que o envelhecimento cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional.

(Rocha, 2007). Infelizmente as LP são, muitas vezes, decorrentes da ausência de execução de normas básicas de segurança do paciente (GOULART, 2008).

No que se refere ao valor da utilização da EB no paciente idoso, todos os entrevistados consideraram-na importante, pois auxilia os mesmos a identificar o risco de formação de LP.

*Ah ela é muito importante porque a gente quando abre o sistema já vê risco elevado, já dá uma atenção maior, teu olhar já enfatiza mais pra pele, para o cuidado. (Margarida)*

*Atualmente eu identifico como de grande importância [...] só, no entanto, ela não é tão valorizada pela equipe de enfermagem. (Girassol)*

*Eu acredito que é bem importante porque através dela a gente consegue fazer uma avaliação de qual paciente tem mais necessidade de cuidados com a pele, de mudança de decúbito, de ingestão de proteína, das necessidades básicas, como a alimentação. (Bromélia)*

No cenário internacional, a utilização de protocolos na prevenção de LP, vem mostrando redução na incidência da mesma, em pacientes críticos, de 43% para 28%. Sendo assim, faz-se necessária a escolha de um método de avaliação de risco para o desenvolvimento de LP que seja eficaz e de fácil aplicação para que a equipe de enfermagem identifique corretamente os pacientes em perigo de desenvolver a lesão, evitando o uso inadequado de medidas e adotando condutas assertivas (FERNANDES, 2010).

Ao mesmo tempo em que consideram a EB importante, muitas vezes a realizam para cumprir protocolos institucionais. Alguns consideram primordial o cuidado em detrimento de documentos:

*A gente tem pouco tempo de avaliar o paciente, então muitas vezes o paciente chega no setor a gente dá uma olhada e o pessoal faz a escala, não é aquela avaliação que realmente tu vai fazer do paciente, eu acho que isso falta. A escala é feita muitas vezes para cumprir protocolo. (Samambaia)*

*A escala vai ver o risco que a pessoa tem de desenvolver lesão. Isso é conhecimento do enfermeiro. Na UTI 99-100% dos pacientes que entram tem um risco aumentado de desenvolver lesão, então já se avalia todos os pacientes iguais. Não é a escala que vai*

*definir para nós se tem mais ou menos risco. O paciente com trauma medular, com colar cervical imóvel tem mais risco do que um outro paciente que tem condições de ser lateralizado. Hoje em dia eu vejo a escala muito mais como uma parte burocrática realmente de preenchimento obrigatório, mas eu não acho que ela nos ajude a mudar nossa conduta, sendo bem sincero. (Cravo)*

*Tem muita valia, mas existem alguns detalhes que de repente acaba não fazendo, se torna uma prática habitual. Muitas vezes acaba não examinando como deveria para realizar a escala, não acompanha bem aquela lesão do paciente. (Bromélia)*

Baseado nas falas observa-se que alguns enfermeiros se preocupam com o fazer independente do registro oficial, que o cuidado individualizado é mais relevante em detrimento ao preenchimento da EB.

Por outro lado, também se percebe que as LP acabam parecendo trivial, comum, algo esperado, negligenciado pelos profissionais. Mas, evidência preocupante, é realizar a EB, preencher os itens das subescalas sem avaliar presencialmente o paciente.

Pacientes em cuidados intensivos são propensos a LP devido à sedação, alteração do nível de consciência, suporte ventilatório, uso de drogas vasoativas, restrição de movimentos por período prolongado de tempo e instabilidade hemodinâmica (SILVA, 2014).

A EB deve ser utilizada por profissional capacitado, treinado para se obter resultados positivos. Ela é um instrumento para avaliação, mas também para prevenção e tratamento associado aos cuidados que cabem a equipe de enfermagem, é necessário um trabalho conjunto (D'Arco, 2006). As escalas de avaliação de risco são consideradas importantes instrumentos de apoio, mas não substituem a avaliação clínica do enfermeiro (STEIN, 2012).

Ao se falar em cuidado nos atentamos a cuidados básicos que devem ser realizados pela equipe de enfermagem na prevenção de LP, como também, colocar em prática o escore da escala na avaliação diária de risco do paciente.

*Rigorosamente então, a gente tem o controle de alternar os pacientes de decúbito. (Bromélia)*

*[...] check list de lateralização, de mudança decúbito [...]. (Cravo)*

*[...] mudança de decúbito [...]. (Samambaia)*

O que se salienta nas falas é a valorização da alternância de decúbito, a qual foi citada pela maioria dos entrevistados quando se retrata a cuidados.

A mudança de posicionamento é citada como a principal ação de responsabilidade da equipe de enfermagem, para prevenir as LP (RANGEL, 2009).

Pesquisa realizada apontou que 96,0% dos enfermeiros preconizam a mudança de posicionamento e 68,0% relatam que utilizam colchões especiais (COÊLHO, 2012).

A espuma piramidal juntamente com a proteção das proeminências ósseas também são outros cuidados utilizados pelos enfermeiros como forma de evitar LP, para eles é uma prática cotidiana seu uso.

*Paciente grave já de risco primeira coisa é piramidal. Segunda coisa, proteção de calcâneo sempre, mesmo que não tenha nada, hidrocolóide em todas as proeminências ósseas. (Violeta)*

*Proteger as proeminências, cuidar que não fique os calcâneos, os membros inferiores, os pés um em contato com o outro e o uso de piramidal. (Rosa)*

*[...] colocado alguns protetores para evitar que se inicie uma lesão por pressão ali [...]. (Cravo)*

A mudança de decúbito é importante no alívio e redistribuição da pressão sobre a pele, permitindo que o fluxo sanguíneo flua para dentro das áreas isquêmicas e ajude na recuperação dos tecidos dos efeitos da pressão (Campolina, 2013). A alteração de lado pode ser realizada a cada quatro horas, quando em uso de superfícies redutoras de pressão, ou a cada duas a quatro horas, quando em uso de superfícies não redutoras de pressão. Já em pacientes com capacidade circulatória normal o período máximo de duas horas é recomendado em uma mesma posição (COSTA, 2006).

O colchão piramidal, também conhecido como casca de ovo, é constituído de espuma e possui superfície rugosa que minimiza os pontos de pressão sobre as proeminências ósseas (MINAMI, 2012).

## **Dúvidas e dificuldades na realização e aplicação da escala de Braden no paciente idoso**

Para que a escala tenha sua efetividade concreta, a fim de obter resultados esperados, perguntou-se sobre como foi apresentada a EB na instituição. A maioria recebeu treinamento como se analisa nos seguintes dizeres:

*Sim quando foi implantada no hospital, teve sim um treinamento, depois os técnicos tiveram treinamento, porque a principio é para os técnicos fazer, aqui no posto, nós enfermeiros que fizemos. (Margarida)*

*Logo que iniciei, teve um treinamento, passado um artigo que a gente leu, mas no prático não. (Violeta)*

A EB é indispensável para avaliação de risco de surgimento da LP, mas é necessário que toda a equipe compreenda os critérios de classificação. Em estudos realizados sobre o efeito de intervenções educativas no conhecimento dos profissionais de enfermagem acerca da prevenção de LP, afirmam que várias estratégias educativas podem ser utilizadas para aumentar o nível de conhecimento, sendo a capacitação dos profissionais uma ferramenta de aprendizagem (BRASIL, 2009).

A EB foi implantada na instituição em estudo em meados de 2011 de forma manuscrita, hoje segue os modelos da escala validada para o Brasil, de forma informatizada e segue os protocolos de Segurança do Paciente, como um indicador de qualidade.

Quando questionados se encontravam dificuldades ao realizar a EB, a grande maioria a consideraram de fácil compreensão e manejo e pode ser facilmente acessada na prescrição informatizada. A EB tem por objetivo individualizar o tratamento que será dispensado para cada paciente de forma sistematizada através da pontuação obtida (NISHIO, 2011).

Há que se citar a fala de três enfermeiros que veem limitações para realizar a EB, por não ter um conhecimento aprofundado do paciente avaliado, e não ter um contato diário com o mesmo, às vezes pelo grande fluxo de trabalho, falta de tempo ou por não trabalhar no setor que realiza a escala:

*Eu particularmente acho que não é muito entendível. Não é tão fácil de aplicar a escala a partir de que são poucas opções, não sei como, avaliar nesse sentido, mas acho que faltam opções. (Jasmim)*

*Eu acredito que para o enfermeiro que trabalha no setor, que conhece o seu paciente desde a entrada até a alta e tem um contato diário fica mais fácil de fazer. Mas, para gente que faz uma escala mensal então é um dia no mês que fica no andar, não dá tempo de conhecer tão a fundo os pacientes para saber mensurar se está diminuindo ou aumentando essa lesão, como que está a progressão. (Copo de Leite)*

*Na verdade, não é dificuldade em fazer a escala em si, mas a dificuldade que a gente vê a limitação que a gente tem de tempo mesmo de avaliar o paciente. (Samambaia)*

Quando o número de funcionários da área de enfermagem é diminuído aumenta a sobrecarga de trabalho, para suprir toda a demanda, os enfermeiros têm de se desdobrar-se para atender ao mesmo tempo várias unidades e desenvolver várias funções, o que impossibilita o mesmo de estabelecer vínculos com o paciente, o que dificulta uma avaliação completa (ROGENSKI, 2012).

Todo paciente deverá ser avaliado sistematicamente na admissão. Levando em consideração as fragilidades, vulnerabilidades e fatores de risco para o desenvolvimento de alterações de pele. A escala preditiva utilizada para LP é a EB (ROGENSKI, 2012).

Como citado na literatura, a EB avalia de forma global o paciente para risco de lesão, a avaliação deve ser feita no primeiro contato com paciente, no caso de realizar a escala apenas uma vez no mês, impossibilita tal avaliação, o que faz com que os resultados não sejam os esperados, prejudicando a qualidade da assistência para com esse paciente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A LP é um grande problema de saúde pública, principalmente em pacientes idosos crônicos internados e em tratamento domiciliar continuado, é de difícil tratamento, em geral prolongado e oneroso, o que corrobora para a premissa da prevenção.

A EB é um instrumento útil, é de fácil manuseio, não tendo custo para a instituição e usado como um indicador de saúde, na segurança do paciente, com caráter preventivo auxilia o enfermeiro para a realização de uma avaliação global do risco de formação de LP no paciente idoso hospitalizado, para que assim possa se tomar os cuidados necessários com o intuito de evitar tal lesão, mas é preciso o envolvimento da equipe para que se concretize o trabalho, o enfermeiro sozinho consegue mensurar o risco, mas os técnicos de enfermagem devem colocar em prática o cuidado no atendimento diário. No julgamento dos enfermeiros, a EB é considerada importante, pois consiste num instrumento útil na prevenção da formação da LP, porém a falta de tempo e a carga elevada de serviços no setor faz com que a mesma, seja aplicada, muitas vezes apenas para cumprir protocolo da instituição, sem uma avaliação fidedigna do paciente, fazendo com que o surgimento de lesões em pacientes de risco seja ainda frequente.

A educação continuada dentro do hospital faz com que o profissional esteja em constante aprendizado, num processo de reciclagem para uma melhor assistência de enfermagem com o paciente. A incidência de LP em instituição hospitalar deve ser utilizada como indicador de qualidade da assistência de enfermagem, sendo assim, diminuir seu número é papel primordial da equipe de enfermagem que tem maior contato no atendimento diário ao paciente idoso.

## REFERÊNCIAS

- BORGES, E. L.; FERNANDES, F.P. **Manual de Prevenção de Lesões de Pele: Recomendações baseadas em evidências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
- BRASIL. Resolução nº 466, de 12 dez 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/>>. Acesso em 12 jan. 2019.
- CAMPOLINA, A. G.; ADAMI, F.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M. L. **A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; 2013. v.29, n.6, p.1217-29.
- COÊLHO, A. D. A.; LOPES, M. V. O.; MELO, R. P.; CASTRO, M. E. **O idoso e a úlcera por pressão em serviço de atendimento domiciliar**, Rev Rene; 2012. 13(3):639-49.
- COSTA, A. L. **O papel do colchão magnético na formação da úlcera de pressão**. IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba; 2006. Disponível em <[http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC\\_2005/epg/EPG4/EPG4-66%20](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2005/epg/EPG4/EPG4-66%20)>. Acesso em 20 jan. 2019.
- COSTA, I.G.; CALIRI, M. H. L. **Incidência e fatores de risco relacionados à úlcera de pressão em Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário**. Rev Paul Enferm; 2004.
- D'ARCO, C.; SASSARINE, S. W.; COSTA, M. L.M.; SILVA, L. M. G. **Úlcera de Pressão em UTI**. In: Knobel E. Condutas no Paciente Grave. 3 ed. São Paulo: Atheneu; 2006. V. 2. p. 2491-501.
- FERNANDES, L. M. **Úlceras de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura** [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2010.
- GLASER, G.; STRAUSS, A. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research**. New York: Aldine de Gruyter; 1967.
- GOULART, F. M.; FERREIRA, J. A.; SANTOS, K. A. A.; MORAIS, V. M.; FREITAS, G. A. F. **Prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados: uma revisão da**

- literatura.** Faculdade Objetivo, Rio Verde; 2008. p. 1-14. Disponível em: <<http://www.faculdadeobjetivo.com.br>>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- LINCOLN, C. L. **A entrevista não estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise.** Rev. Adm. Publica; 2005. V.39.N.4. p:823-847, jul.ago.
- MINAMI, L. F.; SANTOS, P. T.; FERRARI, C. R. S.; CIAMPONE, M. H. T.; MESSAS, J. T.; MIRA, V.L. **Avaliação do treinamento “Prevenção e tratamento de Úlcera por Pressão” ministrado à equipe de enfermagem;** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):663-70. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a24.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** .7. ed. São Paulo: ABRASCO; 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Tratamento e controle de feridas tumorais e úlceras por pressão no câncer avançado.** Série – Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro (RJ); 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas\\_Tumorais.p](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Feridas_Tumorais.p)>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria nº 529/gm de 1 de abril de 2013. **Programa Nacional de Segurança do Paciente.** Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline.** Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2016.
- NPUAP – National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. **Prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline.** Washington: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.
- NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. **Modelo de Gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente.** Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
- RANGEL, E. M. L.; CALIRI, M. H. L. **Uso das diretrizes para tratamento da úlcera por pressão por enfermeiros de um hospital geral.** Rev Eletrônica Enferm; 2009. 11(1):70-7.
- ROCHA, A. B. L.; BARROS, S. M. O. de. **Avaliação de risco de úlcera por pressão: propriedades de medida da versão em português da escala de Waterlow.** Acta Paul Enferm, v. 20, n. 2; 2007.
- ROGENSKI, N. M. B.; KURCGANT, P. **Incidência de úlceras por pressão após a implementação de um protocolo de prevenção.** Rev latinoam enferm [serial on the

internet]. 2012 [cited 2013 Aug 6]; 20(2):1-7. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_16](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_16)>. Acesso em: 15 jan. 2019.

RYCROFT, M.; MCINNESS J. E. **Pressure ulcer risk assessment and prevention**. Technical Report.RCN: London; 2010.

SANTOS, I.; SILVA, L. D.; SOUSA, C. A. **Aplicando recomendações da escala de Braden e prevenindo as úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem**. Rev Bras Enferm; 2006.

SERPA, L. F.; SANTOS, V. L. C. G.; CAMPANILI, T. C. G. F.; QUEIROZ, M. **Validade preventiva da Escala de Braden para o risco de desenvolvimento de úlcera por pressão em pacientes críticos**. Rev. Latino-Am de Enfermagem; 2011. v.19, n.1 Disponível em: Acesso em: 15 jan. 2019.

SILVA, P. L. N.; RUAS, P. R.; SOARES, L. M.; ROCHA, G. G. E. F. Deportes.com, Revista Digital. Buenos Aires; 2014. Ano 18: p.188.

SIMÃO, C. M. F. **Úlcera por pressão em unidades de terapia intensiva e conformidade das ações de enfermagem**. 134 f. [Dissertação Mestrado em Enfermagem], Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto; 2010. p. 20-4.

STEIN, E. A.; SANTOS, J. L. G.; PESTANA, A. L.; GUERRA, S. T.; PROCHNOW, A. G.; ERDMANN, A. L. **Ações dos enfermeiros na gerência do cuidado para prevenção de úlceras por pressão em unidade de terapia intensiva**. R Pesq Cuid Fundam; 2012;4(3):2605-12.

## **APLICABILIDADE DO USO DA HIPODERMÓCLISE EM IDOSOS EM TRATAMENTO PALIATIVO: REVISÃO INTEGRATIVA**

Monique de Freitas Gonçalves Lima <sup>1</sup>  
Juliana Cordeiro Carvalho <sup>2</sup>

### **RESUMO**

A hipodermóclise consiste em administração de fluídos via subcutânea, atualmente, recomendada na prática clínica em idosos, nas terapias prolongadas e nos cuidados paliativos. Objetivo: identificar na literatura a aplicabilidade da hipodermóclise em idosos em tratamento paliativo. Método: Trata-se de revisão integrativa da literatura, cuja questão norteadora da pesquisa é “O uso da hipodermóclise em idosos em tratamento paliativo tem boa aplicabilidade?”. Foram utilizadas as bases eletrônicas de dados MEDLINE, IBECs E SCOPUS. Resultados: A amostra foi de 04 artigos. Os artigos trouxeram a definição da hipodermóclise e alguns destacaram a descrição da técnica em pacientes idosos com câncer e desidratação, além da rotina médica. Os maiores destaques nas publicações foi a facilidade e a segurança de utilização da técnica no hospital ou domicílio, além de ser de baixo custo. Conclusão: É consenso que é uma via satisfatória em pacientes idosos e pouco utilizada ainda devido à falta de treinamento de profissionais.

**Palavras-chave:** Idoso. Hipodermóclise. Cuidados Paliativos.

### **INTRODUÇÃO**

O cuidado paliativo direcionado ao paciente e a sua família surge frente as doenças oncológicas avançadas ou em pacientes idosos cuja idade avançada limita processos interventivos e a perspectiva de cura torna-se restrita e a ameaça a vida é iminente. A proposta terapêutica multiprofissional desse cuidado é o de controlar os sintomas que ocasionam o sofrimento físico, psíquico, espiritual e que passam a interferir significativamente na qualidade de vida e da morte dos pacientes (CARDOSO, 2013).

Dentro desse contexto, pacientes no qual a situação da doença está fora de possibilidade terapêutica de cura tendem a apresentar alterações clínicas como vômitos incoercíveis, disfagia, obstrução intestinal, dispnéia, desidratação, astenia, delírio e dor. Essas alterações predispoem

---

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, monique\_freitas@hotmail.com;

<sup>2</sup>Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco- UFPE, julianacordeirocarvalho@hotmail.com;

a instabilidades hemodinâmicas e desequilíbrios hidroeletrólíticos que podem gerar sofrimento e desgaste no paciente. Estudos revelam que 53% a 70% desses pacientes necessitarão de via parenteral para controle eficaz dos sintomas, em decorrência da dificuldade de administração de medicamentos via oral. Esse percentual torna-se maior na medida em que o paciente evolui para fase agônica ou pre-morte. A disponibilidade de uma via parenteral para administração de medicamentos, devido a evolução da doença e a precariedade de acesso venoso periférico, tem sido um constante desafio para as equipes de saúde no contexto dos cuidados paliativos (PONTALTI et al, 2016).

A hipodermóclise conhecida também como a administração de fluidos pela via subcutânea, surge como mais uma alternativa. Trata-se de uma prática antiga e teve seu primeiro relato em 1913, mas, por conta dos eventos adversos decorridos de sua utilização inadequada, essa prática passou a ser inutilizada. Os medicamentos e fluidos administrados por meio da hipodermóclise têm sua absorção por meio do mecanismo da difusão capilar. A farmacocinética é semelhante à dos medicamentos administrados pela via intramuscular, mas apresenta tempo de ação prolongado, além de melhor tolerabilidade para aqueles medicamentos cujo pH é próximo da neutralidade e que sejam hidrossolúveis (INCA, 2009; ARINZON et al, 2004).

A hidratação subcutânea pode ser facilmente realizada apenas por gravidade ou peso. Evita o uso de dispositivos de bomba intra venoso (IV), que são caros, ou a necessidade de suporte técnico especial e permite que o paciente passe mais tempo em casa. A via subcutânea é uma excelente alternativa devido à sua simplicidade, baixo custo e viabilidade no ambiente doméstico. Isto tem uma grande implicação para a prática de cuidados paliativos (VIDAL, 2016).

Tecnologias de acessos e formulações são desenvolvidas ao longo de séculos de pesquisas, apresentando diversas tentativas, erros e enfrentamentos de preconceitos. (BARSOUM, KLEEMAN, 2002). Décadas transcorreram sem avanço significativos para esta via de acesso de fluidos. Os primeiros relatos sobre infusão bem-sucedida de narcóticos por via subcutânea datam de 1860 e derivaram da urgência de encontrar alternativas para tratamento da dor (SBGG, 2016).

No final da década de 60, com o impulso do movimento moderno de Cuidados Paliativos, a técnica voltou a ser aplicada em larga escala, com destaque no tratamento de pessoas idosas. Desde então, a via subcutânea retornou ao leque das vias de administração de medicamentos e infusões através de estudos conclusivos que priorizam a descrição correta do procedimento e as soluções adequadas para aplicação. A via subcutânea provou ser capaz de

substituir a via endovenosa em algumas situações e seu uso continua a crescer em Geriatria e em Cuidados Paliativo (SBGG, 2016).

Diante da relevância e atualidade do tema, estudos continuam desenvolvendo as técnicas mais adequadas para o conforto dos idosos em tratamento paliativo. O problema do estudo se estabelece a partir do desconhecimento dos profissionais de saúde na aplicabilidade da hipodermóclise. Na tentativa de contribuir para a ampliação do conhecimento das ações na saúde, este estudo objetivou identificar na literatura a aplicabilidade da hipodermóclise em idosos em tratamento paliativo.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, um método de estudo que possibilita a síntese do conhecimento de determinado assunto, além de apontar lacunas, que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (POLIT, 2018). Para realizar esta revisão foram percorridas as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora; seleção dos artigos e critérios de inclusão; avaliação dos estudos incluídos; interpretações dos resultados, e apresentação da revisão integrativa. Para orientar a pesquisa, elaborou-se a seguinte pergunta: O uso da hipodermóclise em idosos em tratamento paliativo tem boa aplicabilidade?

A coleta de dados ocorreu durante o mês de maio de 2019 e, na seleção dos artigos, foram utilizadas, as seguintes bases de dados: MEDLINE, IBECs E SCOPUS. Foram utilizados descritores MeSH (Medical Subject Headings), e DECS (Descritores em Ciências da Saúde) Aged/Hypodermoclysis/Palliative Care, na língua inglesa devido a um maior número de artigos obtidos, sendo combinados entre si com a utilização do operador booleano AND. Não foi limitado o intervalo de publicação dos estudos, devido à incipiência de pesquisas sobre o tema.

Ainda nesta etapa, foi realizada leitura criteriosa dos títulos e resumos a fim de verificar a adequação aos seguintes critérios de inclusão: artigo original, responder à questão norteadora, ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, artigos que incluíssem idosos nos resultados e que abordassem o tratamento paliativo. Para o critério de exclusão foram descartados os artigos que não abordaram idosos ou palição no título ou resumo, artigos repetidos nas plataformas de busca (utilizados apenas uma vez) e revisões.

Para avaliar a qualidade dos estudos selecionados foram utilizados dois instrumentos: o primeiro, *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP, 2002), programa de habilidades em leitura crítica, integrante do *Public Health Resource Unit* (PHRU). O instrumento é composto

por 10 itens (máximo 10 pontos), abrangendo: 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa. Os estudos foram classificados de acordo com as seguintes pontuações: 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido), e mínima de 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado). Neste estudo, optou-se por utilizar apenas os artigos classificados de 6 a 10 pontos.

O segundo instrumento utilizado correspondeu à Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos, e contempla os seguintes níveis: 1) revisão sistemática ou metá análise; 2) ensaios clínicos randomizados; 3) ensaio clínico sem randomização; 4) estudos de coorte e de caso-controle; 5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) estudo descritivo ou qualitativo; 7) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades (STILLWELL, et al, 2010). Ao final da análise destes dois instrumentos, foram totalizados 04 artigos.

Foi realizada, nos artigos, a análise descritiva da distribuição das seguintes variáveis: ordem dos artigos em título, autor e ano, método e nível de evidência, objetivo e resultados. Todas as variáveis foram analisadas criticamente e discutidas. As características principais dos estudos selecionados foram organizadas em quadros e tabelas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, verificam-se os resultados encontrados a partir da busca pelos descritores, conforme cada base de dados.

TABELA 1- Relação dos artigos selecionados conforme Base de dados. 2019.

ARTIGOS				
Bases de Dados	Encontrados	Pré-Selecionados	Excluídos	Analisados
MEDLINE	11	06	02	04
IBECS	02	0	0	0
SCOPUS	16	09	09	0
TOTAL	29	15	11	04

Foram encontrados 04 artigos, que atendem aos critérios de inclusão e exclusão. Alguns aspectos levaram à exclusão de alguns artigos: não incluíram idosos nos resultados, estavam repetidos em mais de uma base de dados, como foi o caso do Scopus (05), que foi computado apenas uma vez. Foram encontrados artigos de 1994 a 2016, sendo o maior número na base de dados Medline (Quadro 1). Quanto ao delineamento de pesquisa, evidenciou-se: transversal (02), seguindo-se de estudo randomizado (02). Em relação à força das evidências 02 artigos com nível VI e 02 com nível II.

QUADRO1. Distribuição dos artigos encontrados (n= 04), Recife, PE, 2019.

ARTIGO/AUTOR/ANO	MÉTODO/NÍVEL DE EVIDÊNCIA	OBJETIVOS	RESULTADOS
<i>A Prospective Study of Hypodermoclysis Performed by Caregivers in the Home Setting.</i> Vidal, Marieberta; Hui, David; Williams, Janet; Bruera, Eduardo. 2016	Estudo randomizado /II	Determinar se os cuidadores eram capazes de administrar hipodermoclise no ambiente hospitalar domiciliar.	Um total de 21 díades paciente / cuidador foi admitido neste estudo preliminar, sendo 10 (48%) pacientes do sexo feminino, incluindo pessoas idosas, e 16 (76%) cuidadores do sexo feminino. Todos os pacientes tinham câncer avançado, recebendo cuidados paliativos em casa. Todos os cuidadores que receberam treinamento foram capazes de iniciar a infusão. A infusão foi facilitada pela gravidade ou peso. Os efeitos colaterais foram mínimos com um (5%) por causa do cuidado da agulha e

			<p>vazamento.</p> <p>Este estudo preliminar sugere que a hidratação subcutânea pode ser administrada por cuidadores em casa com carga mínima, equipamento e suporte técnico.</p>
<p><i>Hydration management at the end of life.</i></p> <p>Lanuke, Kathryn; Fainsinger, Robin L; DeMoissac, Donna, 2004</p>	<p>Estudo descritivo/VI</p>	<p>Esclarecer a prática rotineira dos médicos envolvidos no tratamento do fim da vida e investigar o manejo da hidratação prescrita em uma unidade de cuidados paliativos</p>	<p>O grupo de médicos dos cuidados paliativos demonstraram uma tendência para prescrever menores volumes de hidratação em comparação com o grupo dos cuidados agudos. Este estudo demonstra que a hidratação no final da vida pode ser gerenciada de maneira diferente em diferentes contextos de cuidado. A controvérsia em torno do uso de hidratação no cuidado de pacientes terminais elevou vários pontos de vista, incluindo a sugestão de que os efeitos deletérios da hidratação possam estar associados ao</p>

			volume de hidratação administrado.
<p><i>Hypodermoclysis for control of dehydration in terminal-stage cancer.</i> Cerchietti, L; Navigante, A; Sauri, A; Palazzo, F. 2000</p>	<p>Estudo randomizado /II</p>	<p>Determinar a utilidade da hipodermóclise no controle da sede, náusea crônica e delirium.</p>	<p>Quarenta e dois pacientes foram randomizados em dois grupos, idosos foram incluídos. Ambos os grupos receberam drogas por via subcutânea (haloperidol 2,5 mg a cada 4 horas para controle de delirium e / ou metoclopramida 10 mg a cada 4 horas para controle de náusea crônica). O grupo de estudo também recebeu 1000 ml de dextrose a 5% em infusão de água mais 140 miliequivalentes por litro (mEq / L) de cloreto de sódio, a uma taxa de 42 ml / hora por dia. Ambos os grupos mostraram melhorias significativas e iguais no alívio da sede e</p>

			<p>náusea crônica em 24 horas. Após 48 horas, essa melhora foi mantida no grupo que recebeu hidratação, mas apenas para o alívio da náusea crônica. O delirium não melhorou significativamente em nenhum dos grupos durante o período experimental de 48 horas. Os dados atuais sugerem que as decisões sobre a reidratação de pacientes com câncer em fase terminal devem se basear mais no conforto do paciente do que em fornecer hidratação ideal.</p>
<p>The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. Fainsinger, R L; MacEachern, T; Miller, M J; Bruera, E; Spachynski, K; Kuehn, N; Hanson, J. 1994</p>	<p>Estudo descritivo/VI</p>	<p>Registrar as indicações e uso da hipodermoclise</p>	<p>Analisados 100 pacientes, apresentando idosos, do qual, 69 receberam medicações por hipodermoclise, em uma média de 14 à 18 dias durante uma admissão média de 35 à 41 dias. Os 31 pacientes que não receberam medicações por hipodermoclise tiveram uma admissão média de 22 à 24 dias, e</p>

			<p>pareciam ter características diferentes do grupo com hipodermóclise. O uso da hipodermóclise foi bem tolerado na maioria dos pacientes em um volume médio de 1203 à 505 mL / dia. Esses resultados confirmam que a hipodermoclise para desidratação é uma técnica segura e eficaz e sugere a necessidade de novas pesquisas para esclarecer o papel da reidratação na assistência ao controle dos sintomas.</p>
--	--	--	--

Ao revisar a literatura sobre hipodermóclise, observou-se que 3 artigos investigaram a técnica da hipodermoclise em pacientes e 01 artigo avaliou a rotina médica em prescrever a hipodermóclise. Demonstrou ser uma técnica relativamente segura e simples, com boa aplicabilidade, oferecendo um grande potencial para os idosos em cuidados paliativos além de pacientes com doenças crônicas. No entanto, seu uso também levantou questões sobre os riscos e benefícios, a falta de conhecimento dos profissionais e a insipiência de evidências para fundamentar práticas.

No Brasil, há necessidade de se desenvolver mais pesquisas para consolidar melhor a terapêutica. O desconhecimento sobre o assunto, por parte dos profissionais de saúde, pode estar relacionado à falta de uma maior discussão sobre o tema nos ambientes institucionais de saúde, escolas e na docência (ZIRONDE et al, 2014).

Estudo desenvolvido por Takaki e Klein (2010) sobre hipodermóclise, apontou que 29% dos enfermeiros conheciam superficialmente a técnica, 71% desconheciam-na completamente e referiram não haver recebido orientação por parte da instituição em que atuavam, assim como

a técnica não era empregada no local onde ocorreu a pesquisa. Concluíram que predominava o desconhecimento da hipodermóclise entre os enfermeiros da unidade de internação estudada. Enfatizam, ainda, a necessidade de se abordar o tema em âmbito hospitalar e no meio acadêmico para que propostas sejam instituídas, buscando-se promover, aumentar e melhorar o conhecimento dos profissionais sobre essa técnica e, conseqüentemente, proporcionar melhor assistência ao paciente.

Zironde, Marzenini e Soler (2014) ao analisarem diversos estudos, identificaram uma resistência quanto à utilização da hipodermóclise, principalmente pela equipe médica e de enfermagem, podendo estar relacionada a fatores, como a falta de conhecimento associada à disponibilidade escassa de informações, conteúdo específicos e pesquisas científicas sobre a temática.

Quando observado a relação da aplicabilidade da hipodermóclise com sua indicação, prescrição e medicamentos que seriam administrados por meio da mesma, estudos identificaram que em sua maioria as prescrições são baseadas na prática clínica do próprio profissional ou de colegas de profissão, sendo minoria os profissionais que consultam a literatura previamente (BRUNO, 2015).

O desconhecimento por parte dos profissionais também pode estar relacionado à necessidade de uma maior discussão sobre a terapia subcutânea nos ambientes acadêmicos e de saúde. Esses diálogos e interações favorecem o surgimento de propostas a serem instituídas que podem promover a disseminação do conhecimento sobre o uso da hipodermóclise, de modo a contribuir para uma assistência ao idoso em cuidados paliativos mais qualificada (ZIRONDE; MARZENINI; SOLER, 2014).

As vantagens deste método sobre a administração intravenosa foram resumidos por Farrand e Campbell (1996), entre elas, esta o fato de não causar tromboflebite, septicemia ou infecção sistêmica, ser menos propensos a causar sobrecarga de líquidos ou edema pulmonar, tem maior mobilidade e conforto do paciente, é mais fácil a manutenção e melhor resistência, inserção menos angustiante para o paciente e menor custo.

Frisoli Junior et al (2000), também corroboram do mesmo pensamento, consideram um meio de administração mais fácil e menos invasivo em comparação com a via intravenosa. É facilmente re-localizado e parece causar um mínimo desconforto.

Quanto às recomendações para a aplicação da via subcutânea, Azevedo (2012) salienta a menor inervação local, o acesso facilitado e a maior capacidade para receber o volume administrado. Alerta também para o rodízio dos locais de aplicação, para o volume máximo a

ser injetado, que não deve exceder a 2ml, para não re encapar a agulha e lavar as mãos após o cuidado. Baldini (2008) orienta sobre as angulações das agulhas: indivíduos magros – ângulo de 30°; indivíduos considerados normais - ângulo de 45°; indivíduos obesos - ângulo de 90°; agulha (10x5mm) -ângulo de 90°.

Estudos reforçam que a hipodermóclise é uma técnica de infusão de líquidos por via subcutânea adequada a pacientes adultos com pequena ou média desidratação, principalmente os idosos, apresentando como complicações mais frequentes um leve edema que pode ser tratado com massagem local, não apresentando complicações graves, sendo, portanto, considerada segura. Além da hidratação, a hipodermóclise propicia a infusão de fármacos, tais como analgésicos, antibióticos e agentes antineoplásicos (TAKAKI, 2010). Ainda corroborando a aplicabilidade da hipodermóclise, Oliveira (2008) refere que os benefícios advindos da utilização dessa técnica relacionam-se com a sua simplicidade a qual é considerada de rápido manuseio e que dispensa um menor tempo de execução.

Uma estudo de revisão sugeriu que tem igual eficácia com fluidos intravenosos na desidratação leve a moderada e é segura, com baixa incidência de insuficiência cardíaca, hiponatremia e efeitos colaterais locais (REMINGTON, HULTMAN, 2007). Entretanto, estudos em voluntários saudáveis notaram complicações como vazamento de líquido, eritema e contaminação bacteriana (EMSHOFF,1988).

Outros estudos relatam que há uma falta de informação sobre drogas amplamente utilizadas por via subcutânea em idosos. As principais drogas relatadas são a Morfina (98%), haloperidol (90%), furosemida (69%) e hidromorfona (56%) por bolus (36%) ou injeção lenta ao longo de 5 min (82%) e no caso de reidratação, são comumente utilizados NaCl 0,9% (95%) e glicose a 5% / NaCl a 0,9% (31%) (FONZO-CHRISTE, 2005).

Um estudo randomizado comparou a administração por hipodermóclise e fluidos intravenosos (IV) em 96 pacientes com idade média de 85 anos e diagnosticados com desidratação leve a moderada, necessitando de reposição hídrica. Cada grupo consistiu em 48 pacientes. Treze pacientes no grupo de hipodermóclise tiveram que mudar para o grupo IV por causa da necessidade de medicação intravenosa, enquanto 17 pacientes no grupo IV original tiveram que mudar à via subcutânea, devido as dificuldades particulares com o acesso venoso. Os desfechos clínicos foram semelhantes nos dois grupos (LOPEZ, REYES-ORTIZ, 2010).

Portanto, em terapia subcutânea é importante considerar que: os fluidos são absorvidos por difusão capilar, por isso a absorção fica reduzida quando há comprometimento da irrigação no sítio de infusão como, por exemplo, em presença de edemas e hematomas; as soluções com

extremos de pH (<2 ou >11) apresentam risco aumentado de precipitação ou irritação local. As soluções com pH próximo à neutralidade e soluções isotônicas são mais bem toleradas e os opióides são, geralmente, bem tolerados. Pacientes em controle álgico se beneficiam da via subcutânea para os medicamentos de resgate, no qual os níveis séricos de opióides por via subcutânea se aproximam daqueles obtidos após administração intramuscular, o que proporciona segurança e eficácia na administração aos pacientes em cuidados paliativos (INCA, 2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A via subcutânea constitui uma alternativa de administração útil no tratamento paliativo do idoso, assim como em doenças crônicas. Após análise dos artigos, verifica-se a insipiência de estudos com essa temática. Isso mostra que o tema hipodermoclise ainda é pouco discutido, sendo mais empregado em unidades de cuidados paliativos e pouco conhecido fora desse âmbito.

É necessário discutir seu significado, seus benefícios, seus riscos, enfim, a técnica propriamente dita. Desta forma, aumentaria o interesse dos profissionais de saúde na busca de informações, o que poderia promover um melhor atendimento à crescente população idosa e também aos portadores de doenças crônicas.

Essa técnica, através dos estudos analisados, se mostrou eficaz, de baixo risco de infecção e proporcionando conforto ao paciente. Para tanto, sugerimos, com este estudo, mais discussões sobre a temática em âmbito hospitalar e no meio acadêmico, para que propostas sejam instituídas, buscando promover, aumentar e melhorar o conhecimento sobre a hipodermoclise e, conseqüentemente, promover uma assistência ao idoso em cuidados paliativos cada vez melhor. Esperamos, com esta pesquisa, semear conhecimentos acerca do tema estudado e gerar interesse na realização de novos estudos sobre essa temática.

## **REFERÊNCIAS**

Arinzon Z.; Feldman J.; Fidelman Z.; Gepstein R.; Berner YN. Hypodermoclysis (subcutaneous infusion) affective mode of treatment of dehydration in longterm care patients. Arch Gerontol Geriatr. 2004;38(2):167-73.

Azevedo E.F.; Barbosa L.A.; Cassiani S.H.B. Administração de antibióticos por via subcutânea: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5):817-22.

Baldini K. Hipodermóclise: via de administração em cuidados paliativos. *NASPEC*; 2008.

Barsoum N.; Kleeman C. “Now and Then, the History of Parenteral Fluid Administration”. *Am J Nephrol* 2002; 22:284–289.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Terapia subcutânea no câncer avançado. [acesso em 2013 ago 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia\\_subcutanea.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Terapia_subcutanea.pdf).

Bruno V. G. Hipodermóclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica. *Einstein*, v. 13, n. 1, p. 122-128, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt\\_1679-4508-eins-1679-45082015RW2572.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-1679-45082015RW2572.pdf)>. Acesso em: 3 jun. 2015.

Cardoso D.H.; Muniz R.M.; Schwartz E.; Arrieira I.C.O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2013 Out-Dez; 22(4): 1134-41.

Critical Appraisal Skills Programme. Milton Keynes Primary Care Trust; 2002.

Emshoff R. Cutaneous complications induced by continuous subcutaneous infusion. Experimental studies with portable mini-pumps. *Infusionstherapie.* 1988;15:125-128.

Farrand S.; Campbell A. Safe, simple subcutaneous fluid administration. *Br J Hosp Med* 1996, 55(11): 690–2

Frisoli Junior A.; de Paula A.P.; Feldman D.; Nasri F. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. A practical and low cost treatment for elderly patients. *Drugs Aging.* 2000; 16:313-319.

Fonzo-Christe, C.; Vukasovic, C.; Wasilewski-Rasca, A.F.; Bonnabry, P. Subcutaneous administration of drugs in the elderly: survey of practice and systematic literature review. *Palliat Med*; 19(3): 208-19, 2005 Apr.

Gislene P.; Riboldi C.O.; Gioda R. S.; Echer I. C.; Franzoi M.A.; Wegner W.. Benefícios da Hipodermóclise na Clínica Paliativa de Pacientes com Câncer: Relato de Caso. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2016; 62(3): 247-252.

Instituto Nacional de Câncer (INCA). Serie Cuidados Paliativos. Terapia Subcutânea no Câncer Avançado. Rio de Janeiro: INCA; 2009. p. 9-27.

Lopez, J. H.; Reyes-Ortiz, C. A. Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 20(02), 105–113, 2010.

Oliveira R.A. Cuidado paliativo. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2008.

Polit D.F.; Beck CT.; Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para prática em enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

Remington R.; Hultman T. Hypodermoclysis to treat dehydration: a review of the evidence. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55:2051-2055.

SBGG. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos / organização Daniel Lima Azevedo. – Rio de Janeiro, 2016.

Stillwell S.; Melnyk BM.; Fineout-Overholt E.; Williamson K. Evidence-based practice: step by step. *Amer J Nurs*. 2010;110(5):41-7.

Takaki C.Y.I.; Klein G.F.S. Hipodermóclise: o conhecimento do enfermeiro em unidade de internação. *Conscientia Saúde*. 2010; 9(3):486-96.

Vidal M.; Hui D.; Janet W.; Eduardo B. A Prospective Study of Hypodermoclysis Performed by Caregivers in the Home Setting. *Journal of Pain and Symptom Management* , 2016, Vol 52 ,570 - 574.

Zironde E. S.; Marzenini N. L.; Soler V. M. Hipodermóclise: redescoberta da via subcutânea no tratamento de indivíduos vulneráveis. *Cuidarte Enferm*, v. 8, n. 1, p. 55-61, 2014. Disponível em:[http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte\\_enfermagem\\_v8\\_n1\\_jan\\_jun\\_2014.pdf](http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/cuidarte_enfermagem_v8_n1_jan_jun_2014.pdf)>. Acesso em: 20 mai 2019.

## APRENDIZAGENS DE SI NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Áurea da Silva Pereira Santos<sup>1</sup>  
Ieda Fátima da Silva<sup>2</sup>  
Tarcísio Carvalho da Cruz<sup>3</sup>

### RESUMO

Pretende-se neste ensaio escrito de discutir e refletir sobre as imagens e aprendizagens de cinco mulheres idosas de uma comunidade rural negra do município de Inhambupe (BA). No decorrer da pesquisa, utilizou-se dos pressupostos teóricos da pesquisa qualitativa, dando ênfase ao método (auto)biográfico. Como corpo teórico, apropriamo-nos das categorias teóricas de Beauvoir (1990); Bosi (2003); Mucida (2009); Ricoeur(2006); Strauch (2011), Ricoeur (2006) e outros; e paralela a apreensão do aporte teórico, realizamos outras leituras culturais de peças teatrais, como: *Ensina-me a Viver* e *Viver Sem Tempos Mortos*. Desse contexto teórico e cultural, construímos categorias conceituais e epistemológicas acerca do objeto de estudo numa tentativa de aproximação teórica com o objetivo de compreender as questões de envelhecimento experienciado pelas mulheres idosas. As contribuições teóricas selecionadas, enriquecidas com filmes, peças teatrais que estavam tematicamente vinculadas aos interesses da pesquisa ajudaram a elucidar a compreensão das narrativas (auto)biográficas de mulheres velhas e as aprendizagens construídas sobre si.

**Palavras-chave:** aprendizagens; mulheres; envelhecimento; cinema; narrativas.

### INTRODUÇÃO

Dentre as vivências intelectuais e culturais realizadas destaco a leitura do espetáculo *Viver Sem Tempos Morto*, monólogo, dirigido por Felipe Hirsch, que traz na interpretação da atriz Fernanda Montenegro a compilação do pensamento de Simone de Beauvoir. Simone Lucie-Ernestine-Marie Bertrand de Beauvoir, mais conhecida como Simone de Beauvoir, foi filósofa, escritora e ensaísta Francesa, que com a sua forma de pensar revolucionou a visão do Feminino, a partir da sua obra *O segundo sexo*. Alguns dos seus escritos registram suas

---

<sup>1</sup> Doutora em Educação e Contemporaneidade(PPGEDUC-UNEB), Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Crítica Cultural(POS-Crítica\_UNEB). E-mails: [aureauneb@gmail.com](mailto:aureauneb@gmail.com)/ [aspsantos@uneb.br](mailto:aspsantos@uneb.br)

<sup>2</sup> Mestre em Família na Sociedade Contemporânea (Programa em Família na Sociedade Contemporânea –UCSAL). E-mail:[iedamacy@gmail.com](mailto:iedamacy@gmail.com)

<sup>3</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Crítica Cultural da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, [tcarvalhoc@gmail.com](mailto:tcarvalhoc@gmail.com).

experiências em extensas obras autobiográficas, além da inquietação diante da velhice e da morte.

A peça nos reportou por demais a pesquisa, pois enquanto assistíamos ao monólogo, pensava nas mulheres idosas, colaboradoras da pesquisa e em suas trajetórias de vida. Se por um lado, estávamos contentes com espetáculo e o belíssimo texto interpretado pela atriz que possuía na época 82 anos; por outro lado, ficávamos entristecidos porque as oportunidades para idosos e idosas continuarem exercendo suas atividades profissionais são raras. Infelizmente esse privilégio não é para todos os idosos, pois a credibilidade e o privilégio estão atrelados, em muitos casos, ao nível cultural, social, intelectual, econômico, político, e geográfico.

Ali, assistindo a peça teatral, tentávamos traduzir o significado daquela ímpar experiência para a pesquisa e as trajetórias de vida das colaboradoras que tomo para mim, na condição de pesquisadora. Além disso, organizávamos e reorganizávamos palavras, sentenças e textos curtos que depois de muitas retextualizações ficaram assim: Mulher idosa é mulher velha que está vivendo o envelhecimento com alegrias e muitas dores. Elas carregam consigo memórias de tempos vividos em tempos modernos. Assistia ao texto de Simone Beauvoir na performance de Fernanda Montenegro, pensava:

Sozinha em cena, sentada em um banco e com um foco de luz, Fernanda dá vida à Simone de Beauvoir - filósofa francesa que escreveu grandes obras, além de uma autobiografia. O texto foi elaborado pela própria atriz em cima de todo o material escrito que Simone deixou e tem um alto teor literário, que, com ajuda de Felipe Hirsch - fundador da Sutil Companhia, junto com Guilherme Webber, que atualmente dirige.( <http://m.guiadasemana.com.br/artes-e-teatro/noticia/fernanda-montenegro-vive-simone-de-beauvoir>)

A atriz Fernanda Montenegro ao interpretar e reencarnar a vida da escritora Simone Beauvoir, consegue preservar as memórias e relatos íntimos. Procura também manter intacto o despojamento, intencionalidade e vivacidade que a escritora apresenta no seu estilo de ser, escrever, narrar-se e refletir sobre si e sobre o outro. Fernanda Montenegro se apropria do texto e desnuda a sua alma, trazendo as memórias de Simone através de si.

## **APRENDIZAGENS E CENAS CINEMATOGRAFICAS: ENVELHECIMENTO E VIDA**

As idosas, protagonistas da pesquisa, rememoram suas histórias de vida, ao mesmo tempo, nós na condição de pesquisadores também nos reinventamos em suas narrativas para

entender como cada uma foi se constituindo mulher numa comunidade rural, patriarcal carregada de preconceitos e como cada uma se reconhece no seu percurso de vida e como demos nos reconhecer neste percurso de vida entre o lugar do outro e o lugar de pesquisador(a). É uma relação ambígua: de mulher e de pesquisador(a). Há uma íntegra e ao mesmo tempo um afastamento do objeto para outro olhar.

A esse propósito apresento uma citação de Ricoeur (2006, p.90):

A famosa narrativa do retorno de Ulisses a Ítaca é sem sombra de dúvida uma narrativa do reconhecimento cujo herói é ao mesmo tempo o protagonista e o beneficiário. É correto dizer que ele se faz reconhecer por outros parceiros segundo uma gradação sabiamente orquestrada e uma arte do retardamento muitas vezes comentada pelos críticos.

Podemos nos reconhecer através de outro, sem viver a experiência de vida do outro, porém, refletimos de um lugar, no nosso caso, na condição de pesquisadores apropriamo-nos dessas experiências empíricas que os sujeitos vivenciaram. Assim, a narrativa do outro que nos apropriamos não é nossa, mas tomamos desta forma para nosso reconhecimento. Ao assistir a peça, também nos reconhecemos através de atitudes e disfarces narrados por Fernanda Montenegro que foram experienciados pela escritora. Pode-se então afirmar que as narrativas da escritora se constituem como narrativas de reconhecimento à medida que a atriz toma para si e se reconhece na personagem escritora que viveu todas aquelas experiências (re)narradas por Montenegro.

Outra leitura que ajudou a repensar o objeto de pesquisa foi a peça teatral *Ensina-me a viver* baseada no filme que se chama *Harold and Maude*, traduzido em português para *Ensina-me a Viver*, publicado em 1971, dirigido por Hal Ashby, que tem como atores principais Bud Cort, no papel de Harold, e Ruth Gordon, como Maude, indicados para melhor ator e atriz em comédia no 29º Golden Globe Awards. Na peça teatral, Maude é interpretado pela atriz Glória Menezes e *Harold é interpretado por* Arlindo Lopes.

Harold tem 19 anos, órfão de pai, sua mãe é controladora ao extremo, tem um tio que trabalha no exército. Ele pertence a uma família americana rica e tradicional. Faz análise, é católico e já tentou o suicídio quinze vezes. Como diversão, vai a funerais e até dirige um carro funerário. Faz tudo isto para chamar a atenção da mãe, que é uma socialite fútil, mas só consegue fazê-la reagir com impaciência ou indiferença. Harold é parte de uma sociedade onde não tem muita importância viver e existencialmente não tem muito significado.

Maude é uma senhora de 79 anos, austríaca, sobrevivente de um campo de concentração, viúva, que mora atualmente na América e adora funerais. Para ela 80 anos é a

idade ideal para morrer – 75 é ainda muito jovem e 85 é perda de tempo. Acredita que a vida deve ser vivida dia a dia por inteiro, sem restrições, sem tristezas. Vive uma vida cheia de significado e faz suas escolhas deliberadamente.

O casal se encontra em um funeral e partir daí nasce uma amizade importante: ela o ensina a apreciar a vida e a ser liberto, a usar o tempo para fazer o melhor para si, o prazer da música e de cantar, a tocar banjo, a apreciar a arte. Enquanto isto, sua mãe o coloca em um programa nacional para arranjar-lhe uma noiva. Com o tempo, ele fica mais próximo de Maude e deseja casar-se com ela. Prepara uma festa surpresa para o aniversário dela e pretende pedir-lhe em casamento. Mas enquanto dançam, ela avisa que tomou uma overdose de pílulas e que, por volta de meia noite, estará morta, confirmando assim que 80 anos é a idade ideal para morrer.

Enquanto assistíamos à peça, pensávamos sobre o lugar da mulher velha na sociedade. E se por um lado, ficamos indignada com descaso da família e da sociedade em relação ao idoso, por outro lado, ficamos contente por ter encontrado na comunidade rural de Saquinho, mulheres velhas ou idosas (como queiram chamá-las) nas salas de aula do TOPA em busca de espaço para aprendizagem. Essas idosas, assim como Maude, fizeram suas escolhas - sabem viver intensamente a vida enquanto há tempo e ensinam com atitudes e decisões como viver com envelhecimento.

Entre ficção e realidade, Fernanda Montenegro e Glória de Menezes, em lugares diferentes têm algo em comum com as cinco mulheres, protagonistas da pesquisa, ensinam a sociedade como viver, o envelhecimento com longevidade, através de atitudes e projetos de vida.

As cinco mulheres velhas, colaboradoras da pesquisa, residem na comunidade rural de Saquinho, na sua infância não tiveram oportunidade de aprender a ler e a escrever. Esse direito foi negado. Das cinco mulheres, quatro conseguiram ir à escola, quando eram crianças, mas não permaneceram por muito tempo porque tinham que ajudar aos pais na plantação de feijão, milho, amendoim, batata, legumes e verduras como é tradição na zona rural da região Nordeste, entre os meses de abril, maio e junho plantam-se tudo que podem cultivar na região. As crianças e adolescentes acompanham os pais para a plantação e para a colheita que acontece nos meses de agosto, setembro e outubro. Apenas uma idosa nunca frequentou a escola e pela primeira vez está matricula no Programa de Alfabetização (TOPA).

Na peça teatral e filme *Ensina-me a viver* Maude faz suas escolhas sem pensar muito nas consequências, pois é uma tática que encontrou para exercer sua autonomia. As pessoas não creditavam suas falas e nem suas atitudes devido idade de Maude, que para sociedade já

estava avançada e por isso deveria ser internada. Ela, por sua vez, estava preocupada em viver a vida e dar grandes ensinamentos ao jovem Harold. As mulheres idosas de Saquinho, assim como Maude, não querem pensar no tempo que lhes resta para viver, mas viver intensamente o tempo presente, interagindo com os colegas de classe e aproveitando cada momento como se fosse único. Isso é notório em suas narrativas quando afirmam que nas salas de aula se sentem como crianças e adolescentes, querem conversar, sorrir e brincar. Confessam que estão ali também para fugir um pouco do cotidiano familiar. Observem que na terceira idade, essas senhoras resolvem participar do Programa de Alfabetização – TOPA (Todos pela alfabetização), com o projeto de vida de aprender a ler e a escrever para conseguir autonomia, pois sabendo ler e escrever não precisam mais pedir aos netos, filhos, vizinhos para lêem seus escritos.

Ao participar da pesquisa as mulheres mudam seus percursos de vida quando trazem para suas narrativas, um desnudamento da sua vida privada, ao rememorarem suas reminiscências, põem uma pluralidade de experiências guardadas na memória do corpo, nos signos que permeiam seus objetos pessoais e dão sentido a sua existência. “O falar de si recobre, por sua vez, formas diversas que têm relação com a pluralidade dos objetivos enunciativos e dos tipos discursivos que elas põem em funcionamento”. (DELORY-MOMBERGER, 2012, p.525).

Ao se narrar, cada pessoa faz uma avaliação de si e das relações construídas consigo e com os outros, fazendo emergir lembranças, fatos e cenas. No ato de contar sobre si, “obrigamos a deslocarmos-nos durante nossa vida. Este eu aparentemente permanente muda de identidade, nele habita vários ao mesmo tempo. Sobre o que eu me fundamento para pensar o que penso e fazer o que faço?” (JOSSO, 2004, p.204). Esses fundamentos são colocados à prova nas narrativas produzidas nos espaços biográficos. “Coerências e incoerências são mobilizadas, colocadas em alerta, convocadas para comparecer provocando uma desordem benigna, criando a indecisão, gerando uma procura, um questionamento” (p.206). Os encontros nos espaços biográficos permitem uma viagem através do imaginário de cada sujeito da pesquisa. A história de vida é um texto projetado por elas. O texto é a projeção ou reinvenção da colaboradora. Como diz Worcman (2007, p. 07), “nossa memória é nossa coerência, nossa razão, nossa ação, nosso sentimento. Sem ela somos nada”. A memória é o que nos estrutura como sujeito, como grupo. Acrescenta, ainda, Souza (2006, p. 104):

Ao narrar-se, a pessoa parte dos sentidos, significados e representações que são estabelecidas à experiência. A arte de narrar, como uma descrição de si, instaura-se num processo metanarrativo porque expressa o que ficou na sua memória.

Nas histórias contadas, as idosas recordam seu passado, constroem suas memórias e registram suas identidades, demarcando lugares, espaços, sentimento de pertencimento e territorialidade. Também se silenciam, choram, fazem pausas e retomam ao fio condutor da narrativa para dizer o passado e torná-lo presente. Tudo isso forma um patrimônio entre a experiência do passado, a experiência do presente e os significados e reflexões entre passado e presente que vão sendo construídos no contar, narrar e ouvir. É o que nos explica Souza (2006, p.103), ao refletir sobre a conexão entre tempo e memória:

A memória é escrita num tempo, um tempo que permite deslocamento sobre as experiências. Tempo e memória que possibilitam conexões com as lembranças e os esquecimentos de si, dos lugares, das pessoas, da família, da escola e das dimensões existenciais do sujeito narrador.

Assim, as histórias de vida narradas representam um conjunto de vozes que retratam histórias de mulheres de Saquinho. As histórias individuais estão imbricadas nas práticas culturais, crenças e formas de vida dos sujeitos que historicamente se fundam e se reconstróem no dia-a-dia. Nessa perspectiva, Worcman (2007, p.7) aponta que:

Se entendermos que cada indivíduo tem uma história única, uma experiência valiosa que deve ser respeitada e tida como “saber”, estamos de fato, reconhecendo o valor do outro. Isso é fundamental para a mudança de culturas: de uma cultura de “especialistas” e “de poucos”, com emissores, receptores predeterminados, para uma cultura que reconhece o valor de cada pessoa.

A singularidade de cada narrativa, inserida num contexto sociocultural determinado, é mantida pelo empenho narrativo de cada participante a partir do que expressa sua individualidade, apesar de estar sempre inserido em uma produção coletiva. Essa observação encontra-se nas palavras de Arfuch (2010, p.111): “a multiplicidade das formas que integram o espaço biográfico oferece um traço comum: elas contam de diferentes modos, uma história ou experiência de vida. Inscrevem-se assim, para além do gênero em questão”. Nessa perspectiva, o espaço-tempo, segundo o qual nos narramos e construímos, é tempo de nossa existência e é de lá que nascem nossas histórias, ou seja, os modos de ser e de viver que apreendemos na nossa vida.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente ensaio apresenta excertos textuais das narrativas autobiográficas construídas nos espaços biográficos com cinco mulheres velhas, estudantes do Programa Educacional “Todos pela Alfabetização” (TOPA)<sup>4</sup>, residentes na comunidade rural negra de Saquinho, Inhambupe, BA. Os conteúdos analisados fazem parte do Núcleo de estudo sobre envelhecimento humano do Departamento de Educação- Campus II – UNEB( Universidade do Estado da Bahia). Na escrita do texto, procuramos evidenciar as categorias que emergiram do *corpus* da pesquisa organizada pelo Núcleo de estudo. Dos filmes que assistimos, rememoramos muitas vivências intelectuais e culturais, bem como as contribuições teóricas enriquecidas com filmes tematicamente vinculados aos interesses da pesquisa e do grupo.

O corpo teórico nos ajudou a elucidar a compreensão sobre o objeto de estudo, bem como a apropriação dos pressupostos teóricos da pesquisa (auto)biográfica sobre as trajetórias de cinco mulheres velhas e as aprendizagens construídas em suas vidas e na escola. O percurso metodológico se configura como de natureza qualitativa e utiliza os procedimentos da história oral, usando como principais instrumentos de pesquisa a entrevista narrativa, além das experiências narrativas construídas através da mediação em oficinas/ateliês/espços autobiográficos. Assim, propomos um diálogo entre as narrativas (auto)biográficas das mulheres e as cenas dos filmes assistidos por nós, pesquisadores e nesta perspectiva buscamos refletir sobre a imagem das mulheres da pesquisa no processo de envelhecimento e aprendizagens de si.

Intitulamos como espaço biográfico o lugar das memórias autobiográficas das mulheres da pesquisa. No trajeto da pesquisa, esse espaço se constituiu como espaço de aprendizagens e conhecimento de si através de objetos biográficos e escritas de si. Esse espaço foi criado porque sentimos necessidade de rever questões da pesquisa. Na comunidade de pesquisa, os espaços<sup>5</sup> biográficos se organizaram em espaços de memórias autobiográficas. Tais espaços foram elencados em seis encontros. Para cada encontro foi trabalhada uma temática da memória-viva. Cada mulher idosa levava seus saberes e experiências biográficas da infância, da juventude, casamento, família, escola e projetos de futuro. Nesses encontros as mulheres rememoravam seus tempos vividos através de imagens, escritos e objetos biográficos e traziam à tona as experiências marcantes e significativas.

---

<sup>4</sup> TOPA - Programa de Alfabetização do atual Governo da Bahia, governo do petista Jaques Wagner. A sigla é traduzida por Todos Pela Alfabetização. O Programa foi lançado na última semana de setembro de 2007.

<sup>5</sup> Delory-Momberger (2008) intitulou esse espaço de trabalho de “ateliê biográfico”.

Brandão (2008) tem experienciado tal atividade através de oficinas em espaços de convivência de idosos/idosas. Sobre os espaços biográficos e autobiográficos, a autora afirma que,

A experiência com a prática das oficinas de Memória Autobiográfica tem se mostrado como um instigante caminho do recordar, em cuja trilha surgem várias tarefas e uma espécie de legado: é como uma viagem mágica – que se amplia – do hoje para o ontem, e do hoje para o amanhã, na qual os integrantes das oficinas deixam emergir temas específicos, que se desvelam durante os encontros, e permitem que a linguagem – oral e escrita – as conduza em um importante trabalho de (re)construção (p.84).

Desse modo, as narrativas que os encontros intencionaram foram potencialmente representantes de memória individual e coletiva a partir de vivências individuais experienciadas pela família no grupo social. Trata-se, então, da reconstituição do tempo, da evocação do passado, refletidas no tempo presente. Essa articulação entre os eixos temporais é explicada por Souza (2006, p.102), ao dizer que:

A arte de lembrar remete o sujeito a observar-se numa dimensão genealógica, como um processo de recuperação do eu, e a memória narrativa marca um olhar sobre si em diferentes tempos e espaços, os quais articulam-se com as lembranças e as possibilidades de narrar as experiências. O tempo é memória, o tempo instala-se nas vivências circunscritas em momentos; o tempo é situar-se no passado e no presente.

Não, apenas, narramos como nos reinventamos em nosso fazer, em nossas memórias, reflexões e aprendizagens e nos encontramos nas histórias que biografizamos. Nossos saberes se entrecruzam com outros saberes e rememoramos nossas aprendizagens construídas nos caminhos e descaminhos das experiências vividas. “A autobiografia fornece um modelo tangível do modo como nossa consciência trabalha o material da vida, díspar, heterogêneo, fragmentado, para constituí-lo em um conjunto dotado de unidade e coerência” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p.57). A história de vida de cada sujeito já fala por si, sem precisar da intervenção, do dizer do outro. Assim, é a “narrativa que faz de nós o próprio personagem de nossa vida; ela, enfim, é que dá história a nossa vida” (DELORY-MOMBERGER, 2008, p.37).

As memórias dessas mulheres se constituem, primordialmente, como o objeto de estudo da pesquisa. O contributo metodológico vem dos estudos sobre histórias de vida “como metodologia de pesquisa-formação onde a pessoa é, simultaneamente, objeto e sujeito da formação” (JOSSO, 2004, p.15). O estudo sobre histórias de vida implica, em primeira

instância, num estudo sobre si (do ponto de vista do narrador), apesar de ser destinado à interlocução com o outro.

Conforme diz Josso (2004, p.48):

Falar das próprias experiências formadoras é, pois, de certa maneira, contar a si mesmo a própria história, as suas qualidades pessoais e socioculturais, o valor que se atribui ao que é vivido na continuidade temporal do nosso ser psicossomático. Contudo, é também um modo de dizermos que, neste *continuum* temporal, algumas vivências têm uma intensidade particular que se impõe à nossa consciência e delas extrairemos as informações úteis às nossas transações conosco próprias e/com nosso ambiente humano e natural.

Em analogia ao que Josso coloca, (re)narramos as memórias autobiográficas das protagonistas da pesquisa - mulheres idosas - , apresentando excertos textuais que trazem as memórias da família e do grupo social e das aprendizagens da infância, juventude e vida adulta, que se atualiza no envelhecimento frente aos projetos de vida de agora, com novas possibilidades de vida, novas motivações, novos projetos por entender que a história de vida se constitui num “instrumento-método”(JOSSO, 2010, p. 136) de formação, independente da idade, do perfil sociocultural e do espaço geográfico e político.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os espaços biográficos obedecem a uma dinâmica prospectiva constituída da intersecção de três dimensões da temporalidade (passado, presente e futuro), a fim de o sujeito possa ao só narrar sobre de si, mas também deixar emergir seu projeto pessoal (DELORY-MOMBERGER, 2008). Admitindo que o espaço biográfico corporifica “essa dinâmica intencional, reconstruindo uma história projetiva” (p.100) de si, pretendo incluir na pesquisa as contribuições do grupo de idosas no sentido de que repensem seus percursos educativos e formativos, evocando em suas memórias figuras de pessoas, objetos, lugares, etapas e acontecimentos vividos em suas trajetórias, para que, assim, possam se projetar em um tempo futuro no qual lançam seus desejos e expectativas.

Os encontros biográficos foram organizados sob a coordenação do núcleo da pesquisa. Na primeira etapa, foram dadas instruções de segurança visando a responsabilizar cada uma pelo uso que faz da fala e pelo seu grau de engajamento. Trata-se uma fala social, conscientizada na relação com o outro (DELORY-MOMBERGER, 2008,p.100). Há uma regra de discrição e de reserva sobre tudo aquilo que será narrado no âmbito do espaço biográfico.

O ato de contar narrativas e de ouvir as narrativas das companheiras participantes do grupo pode permitir uma auto-reflexão das experiências, saberes e memórias compartilhadas no espaço biográfico. Tais narrativas obrigam-nos a realizar um “balanço” do que fizemos de nossas vidas no passado, do que estamos fazendo atualmente e do que pretendemos fazer no futuro. As experiências narradas nos permitem tomar consciência dos projetos que engendramos, conforme nos ensina Josso (2004, p.39):

Se a abordagem biográfica é um outro meio para observar um aspecto central das situações educativas, é porque ela permite uma interrogação das representações do saber-fazer e dos referenciais que servem para descrever e compreender a si mesmo no seu ambiente natural. Para perceber como essa formação se processa, é necessário aprender, pela experiência direta, o observar essas experiências das quais podemos dizer, com mais ou menos rigor, em que elas foram formadoras.

Na condição de pesquisadores, definimos e organizamos para cada encontro/espço os eixos temáticos que orientaram a construção da narrativa autobiográfica. As ideias da operacionalização do espaço biográfico foram surgindo aos poucos. E apresentamos a seguir, excertos textuais das cinco mulheres, protagonistas da pesquisa.

O reconhecimento que tem si se dá através de seus objetos biográficos, como: peças de roupas, peças decorativas, joias, livros e outras peças que são significativas. Vejamos como elas rememoram o passado, deixando que objetos pelo tempo que estão com elas, narrem-se. Vejamos como as mulheres idosas dão voz aos seus objetos biográficos prediletos e como continuam vivos no seu cotidiano:

Com esse conjunto de saia e blusa rosa, eu me sinto jovem, mais bonita. Essa roupa(rosa) foi para meus 50 anos de casamento. Me sinto mais a vontade. Naquele dia eu me sentia como se tivesse meus 15 anos. Essa roupa aqui também eu gosto muito( uma roupa laranja de seda) ela tem 16 anos foi do casamento da minha filha tem roupa que a gente se sente mais arrumada , mais mulher, mais bonita.( D. Felicidade)

Essa blusa eu comprei para ir para o casamento de uma moça chamada Helena, eu vesti ela com uma saia branca. Ela ficou muito bonita em mim. Ela já tem 15 anos que uso, gosto dela porque é leve fresca, sensual. ( D. Celestina)

Esta saia tem 18 anos. Eu gosto dessa roupa porque gosto de roupa de bolso. E eu gosto dela porque ela fica bem feitinha no meu corpo, já mandei fazer outra dessa.Comprei esse pano em Inhambupe e uma amiga minha costurou. A primeira vez que vesti foi numa missa. Ela já ta bem velhinha, mas eu gosto muito dela. É uma saia colorida bem leve. Se tiver outra reunião eu venho com essa saia novamente... (risos). (D. Lili).

Tenho muito carinho, por essa saia, pois veio de São Paulo. Veio como um presente de meu filho e um bilhete dele me pedindo desculpas pela simplicidade do presente(...) vesti a primeira vez para ir para N.Sr das Candeias. Quanto mais eu andava com ela mais eu adorava o balanço dela e me sentia bonita. A blusa dela é verde de crochê. ( D. Vitória)

Ah! Com esse vestido colorido me sinto mais bonita, mais alegre mais mulher ele me deixa á vontade. Gosto por demais de usar esse vestido que trouxe, porque me sinto mulher mais jovem. ( D. Mariinha).

Nestes excertos, as mulheres idosas se inscrevem no presente para apresentar cenas narrativas do passado, através de objetos biográficos, trazendo à tona memórias significativas. As peças de roupas pessoais se constituem como lembranças de um período marcante que representa jovialidade, longevidade, sensualidade e erotismo. Percebe-se que nos excertos, há um reconhecimento de si em relação à feminilidade. Percebe-se que D. Felicidade deseja e sente-se como se tivesse 15 anos.

“O objeto biográfico é insubstituível: as coisas que envelhecem conosco nos dão a pacífica sensação de continuidade”. (BOSI, 2003, p.06). As peças continuam guardadas e utilizadas porque dão significados ao presente com o passado que foi vivido.

A memória opera com grande liberdade escolhendo acontecimentos no espaço e no tempo, não arbitrariamente mas porque se relacionam através de índices comuns. São configurações mais intensas quando sobre elas incide o brilho de um significado coletivo.( BOSI,2003, p.11).

No corpo perdura o que não envelhece que é a alma infantil e jovial. Isso significa que não envelhece e não se alteram com a passagem do tempo e que nos acompanham durante toda vida e não morrem (MUCIDA, 2009).

As coisas que modelamos durante anos resistiram a nós com sua alteridade e tomaram algo do que fomos. Se a juventude aparece como contraste à velhice é dessa imagem que as mulheres velhas e homens velhos precisam, especificamente da vitalidade da juventude. “A sexualidade aparece, dessa forma aparece, como um ponto-chave na construção da imagem deteriorada da velhice”. (BARROS, 2011, p.52).

Observemos como a sexualidade e o erotismo “falam” através dos objetos biográficos, vejamos as sentenças retiradas dos excertos apresentados anteriormente: “Ela ficou muito bonita em mim”. Ela já tem 15 anos que uso, gosto dela porque é leve fresca, sensual”; Quanto mais eu andava com ela mais eu adorava o balanço dela e me sentia bonita”; “.Ah! Com esse vestido colorido me sinto mais bonita, mais alegre mais mulher ele me deixa á vontade; E eu gosto dela porque ela fica bem feitinha no meu corpo, já mandei fazer outra dessa” Desse modo, “o objeto da pesquisa biográfica é explorar os processos de gênese e de devir dos indivíduos no seio do espaço social, de mostrar como eles dão forma a suas expe-

riências, como fazem significar as situações e os acontecimentos de sua existência” ( DELORY-MOMBERG, 2012, p.525).

Nesse contexto, como diz Barros (2011, p. 47):

As idades são aprendidas como etapas que definem estilos que podem ou não ser adotados e delimitam fronteiras entre indivíduos e delimitam fronteiras entre, como podemos na interpretação da juventude ou da terceira idade como um modo de ser e de estar no mundo.

A memória é o guardião do nosso passado. O envelhecimento reserva para nós um tempo de fazer balanços de nossa vida, porque vivemos correndo e não paramos para pensar sobre o que somos e o que fizemos e repentinamente envelhecemos. As memórias autobiográficas das idosas trazem aprendizagens acumuladas nos percursos de suas vidas e daquilo que fizeram delas e como se tornaram as mulheres em fase de envelhecimento, como mente jovial e um projeto de vida para o futuro.

Conforme Beauvoir (1990, p. 16),

[...] a sociedade destina ao velho seu lugar e seu papel levando em conta sua idiossincrasia individual: sua importância, sua experiência; reciprocamente, o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele. Não basta apenas descrever de maneira analítica os diversos aspectos da velhice: cada um deles reage sobre os outros aspectos e é afetado por eles; é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la.

Cada sociedade e ou grupo social destina e impõe ao velho e a velha um lugar ou papel social. “Cada sociedade cria seus próprios valores: é no contexto social que palavra “declínio” pode adquirir um sentido preciso” (BEAUVOIR, 1990, p.20). Na concepção da autora, a velhice não é tão somente um fato biológico, mas também um fato cultural que merece estudo, pesquisa e intervenção social e política.

Se cada sociedade carrega resquícios de negação contra o ser velho ou ser velha, algo parece-me errado. Ora, os humanos nascem, crescem, reproduzem, envelhecem e morrem. Esse é ciclo natural dos seres vivos. Os humanos vão mais além, porque pensam, produzem ciência e cultura. Não lembro ter lido que os outros animais tratem seus velhos com abandono ou negligência e se agirem desse modo, podemos compreender que agem conforme seu instinto natural. Mas, os humanos pensam, agem, produzem. Tem uma memória que edifica sua vida e das gerações futuras. A leitura da obra de Beauvoir conta experiências vividas por etnólogos em comunidades diversas e eles relatam histórias tristes sobre agressões, exclusões e abandonos de homens velhos e mulheres velhas.

Conforme Beauvoir (1990, p. 49),

Não há coletividade humana, por mais rude que seja, que não possua uma certa cultura; as atividades que o homem exerce usando instrumentos por ele fabricados constituem um trabalho a partir do qual se estabelece ao menos um embrião de organização social. Não tentemos, portanto imaginar o que seria para ele uma velhice natural. Mas – se bem que, mesmo nesse caso, a palavra natureza se preste a controvérsias – pode ser observar o que se passa com os animais. Em muitas espécies - e principalmente entre os mais evoluídos -, os animais idosos e experimentados gozam de grande prestígio; eles transmitem aos outros informações que adquiriram ao longo de sua experiência. A posição que cada um ocupa no grupo está na razão direta do número de anos de vida. Os zoologistas relataram algumas observações curiosas a esse respeito.

Se os animais têm um lugar e posição de acordo com a idade no grupo que vive, o mesmo não acontece com os velhos de nossa sociedade. E para saber como cada idoso vive neste planeta, faz-se necessário um estudo acurado e que precisaríamos de muitos pesquisadores em diversas ciências e áreas de estudos e mesmo assim não daríamos conta. Portanto, “para compreender a realidade e a significação da velhice, é, portanto, indispensável, examinar o lugar que é destinado aos velhos, que representação se faz deles em diferentes tempos e em diferentes lugares”. (BEAUVOIR, 1990, p. 48).

Ao envelhecermos, confiamos na parte de nossa memória mais preservada, e uma parcela disso é a essência. (STRAUCH, 2011). Os idosos internalizaram entre si, um mito de que “eles não aprendem mais porque já estão velhos.” Isso nega a capacidade que eles têm de aprender.

Linda Fried, diretora da Faculdade Mailman de Saúde Pública da Universidade Columbiana e especialista de longa data no envelhecimento, afirma que a capacidade de discernir o panorama geral também pode fomentar a criatividade. Ficamos mais propensos a unir fios díspares para criar um novo todo. (STRAUCH, 2011, p. 69).

Então, o mito criado em torno do idoso com afirmações de que a idade não mais permite a aprendizagem não tem fundamento científico algum. Ao contrário, pesquisas apontam de que as pessoas idosas precisam de mais tempo para realizar as tarefas, entretanto são mais caprichosas e desenvolvem habilidades complexas.

Um estudo respaldou resultados de anos atrás, obtidos por cientistas como Frances Benes, de Harvard, que havia medido cuidadosamente a mielina dos cérebros que obtivera num necrotério próximo. Benes também havia constatado que a mielina continuava a aumentar com a idade, e ela também havia sugerido ser muito possível que isso fosse o que se chamava de sabedoria da meia-idade. (STRAUCH, 2011, p. 71).

Vê-se com isso que não tem idade para aprender. Há de fato preconceitos e mitos para negar aos idosos e idosas os seus direitos. Vimos nas peças teatrais, duas mulheres da terceira

idade, interpretando textos complexos que requer estudo, pesquisa e capacidade de concentração. E, se os idosos têm, na maioria das vezes, resposta e explicação para “quase tudo”, faz-se necessário que haja investimento e formação acerca dessas aprendizagens e esquemas cognitivos organizados por esses sujeitos, pois não se concebe uma pedagogia que não respeita tempo, cultura, diversidade e modos de vida, como se as pessoas aprendessem de forma igual e ao mesmo tempo.

Para Mucida( 2009, p. 15),

A memória constitui-se de traços das experiências vividas, sentidas ou imaginadas. Nessa direção não importa se uma lembrança que retorna liga-se a algo vivido daquela maneira, se foi imaginado ou apenas desejado. A memória guarda em seus registros impressões arcaicas, percepções, sentimentos, projeções, fantasias e toda sorte de afetos que não se desfazem, mas nem todas podem ser lembradas.

Nossa vida é assim, nos inscrevemos num passado que ficou na memória, vivemos um presente que se cristaliza em cenas, se esvai e guardamos para rememorar num futuro tempo a viver. Se o tempo nos devora a cada segundo, então é preciso viver bem esse tempo, já que fica impossível fazer os arranjos e ajeites que se foram para o passado. Ao passado vivido cabe rememorar não para mudar o que fora construído, mas para dar outro significado a vida presente. Então, “é escrever é saber atualizar da memória, enlaçando passado, presente e futuro” (MUCIDA, 2009, p. 15).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conversar, narrar e escrever sobre mulheres de qualquer idade é sempre expor nossa intimidade feminina ao mundo, porém, isso se faz necessário, à medida que vamos ganhando espaço e reconhecimento; além disso, se não fizermos esse desafio, ficamos presas apenas aquilo que o mundo masculino escreve sobre nós. Então, esse desnudamento é uma tática que precisamos utilizar para falar de mulheres que somos com corpos, sangue, etnias, idades, grupos sociais, espaços geográficos, políticos e com nível cultural diversificado. Somos mulheres que durante muitos anos fomos silenciadas e reduzidas apenas a objetos de trabalho doméstico e braçal. Ao ganharmos espaços vamos contar sobre o que fizeram de nós e como reagimos às forças contrárias.

É a narração da experiência que dá fundamento a vida e a discussão que se pretendeu abordar neste capítulo, ao apresentar excertos textuais que mostram como as mulheres velhas (re)atualizam suas memórias através dos objetos biográficos, mostrando como a longevidade,

jóvialidade, sexualidade e erotismo estão presentes em suas vidas, nos seus corpos e memória. É reconhecendo-se através de suas experiências que as mulheres velhas de Saquinho, contam sobre si, narrando-se no tempo presente, mas com experiências e testemunho de um passado vivido. Não há testemunho e narrativas sem experiência, mas tampouco há experiência sem narração. Penso nas experiências que nunca foram narradas, apenas silenciadas, entretanto foram vividas com intensidades, embora não tivessem sido reconhecidas numa dimensão pública.

Ao apresentar concepções e conceitos teóricos acerca do objeto epistemológico da pesquisa que procuramos dialogar com as categorias conceituais que vivenciei através das peças de teatros que assisti dão amadurecimento do objeto em estudo, ao compreender como elas se reconhecem no devir das suas autobiografias.

## REFERÊNCIAS

ARFUC, Leonor. **O Espaço Biográfico: dilemas da subjetividade contemporânea**. Trad. Paloma Vidal. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010.

BARROS, Myriam Moraes Lins de. A velhice na pesquisa socioantropológica brasileira. In: GOLDENBERG, Mirian (Org.) **Corpo, envelhecimento e felicidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Trad. Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOSI, Ecléa. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRANDÃO, Vera Maria Antonieta. **Labirintos da memória: Quem sou?** São Paulo: Paulus, 2008.

DELORY-MOMBERGER, Christine. **Biografia e educação: figuras do indivíduo projeto**. Tradução de Maria da Conceição Passeggi, João Gomes da Silva Neto e Luis Passeggi. Natal, RN: EDUFRRN; São Paulo: Paulus, 2008.

DELORY-MOMBERGER, Christine. Abordagens epistemológicas na pesquisa biográfica. In: **Revista Brasileira de Educação**, ANPED, Rio de Janeiro. V.17 n. 51, set-dezembro. 2012.

JOSSO, Marie-Christine. **Experiências de vida e formação**. Tradução José Claudino e Júlia Ferreira. São Paulo: Cortez, 2004.

MUCIDA, Ângela. **Escrita de uma memória que não se apaga: envelhecimento e velhice**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

RICOEUR, Paul. **Percursos do reconhecimento**. Trad. Nicolás Nyimi Campanário. São Paulo: Loyola, 2006.

SOUZA, Elizeu Clementino de. Memória educativa: narrativas de formação –recortes de um eu em crescimento e partilha.In: **O conhecimento de si:** estágio e narrativas de formação de professores. Rio de Janeiro: DP&A; Salvador, BA:UNEB, 2006.

STRAUCH, Bárbara. **O melhor cérebro da sua vida.** Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2011

WORCMAN, Karen. Memória: poder de transformação.In: **Presente!** Revista de educação.Salvador: CEAP, a. 15, nº 57, 2007. p.05-13.

<http://www.guiadasemana.com.br/artes-e-teatro/viver-sem-tempos-mortos-teatro-raul-cortez-antigo-teatro-fecomercio>. Em 08-10-2011

<http://www.euamobhradicalmente.com.br/detalhe-giro/espetaculo-ldquoensina-me-a-viver-ddquo-com-gloria-menezes>. Em 09.10.11

**Viver Sem Tempos Mortos.** Texto: correspondências de Simone de Beauvoir organizadas por Fernanda Montenegro. Direção: Felipe Hirsch. Direção de arte: Daniela Thomas. Iluminação: Beto Bruel. Seleção Musical: Fernanda Montenegro. Dramaturgia: Fernanda Montenegro Pesquisa e compilação: Newton Goldman. Direção de Produção: Carmen Mello. Assistente de Produção: Letícia Santos. Técnico de som e luz: Fabio Santana. Controller: Ricardo Rodrigues.

**Ensina-me a viver.** Direção e Adaptação: João Falcão. Texto: Collin Higgins. Tradução: Millôr Fernandes. Elenco: Glória Menezes e Arlindo Lopes, Glória Menezes e Arlindo Lopes, Ilana Kaplan, Antonio Fragoso, Elisa Pinheiro. Cenografia: Sérgio Marimba / Figurino: Kika Lopes. Iluminação: Renato Machado / Trilha Sonora: Rodrigo Penna. Assistente Direção e Direção de movimentos: Duda Maia. Produção Executiva e Administração do Espetáculo: Luciano Marcelo. Direção de Produção: Maria Siman

## ASPECTOS FISIOLÓGICOS DO SONO E AS ALTERAÇÕES NO SEU PADRÃO REGULAR EM IDOSOS: UMA CORRELAÇÃO COM DOENÇAS COGNITIVAS E CARDIOVASCULARES

Hirisleide Bezerra Alves<sup>1</sup>  
Hirisdiane Bezerra Alves<sup>2</sup>

### RESUMO

A qualidade do sono é um fator de significativa importância para a vida e o seu padrão regular é tido como um indicador de vitalidade, saúde mental, bem-estar fisiológico, emocional, cognitivo e físico. No envelhecimento alguns fatores como incontinência urinária, apneia do sono, dor ou desconforto físico e emocional, entre vários outros fatores levam a interrupção do padrão regular de sono, que se apresenta em aproximadamente 50 a 70% na população de idosos, tal fato vem se tornando uma das principais queixas entre idosos. Nesse contexto, nota-se que a qualidade do sono em idosos se encontra bastante prejudicada, levando a necessidade de pesquisas voltadas à temática, a fim de promover intervenções que aumentem a qualidade de sono destes. Assim a presente pesquisa visa descrever os aspectos fisiológicos do sono e as alterações no seu padrão regular em idosos, demonstrando a sua relação com doenças cognitivas e cardiovasculares. Consiste em uma revisão bibliográfica integrativa, na qual as bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS, SCIELO, DOT LIB e Revistas Eletrônicas de Saúde foram consultadas para o levantamento de artigos científicos. A diminuição da qualidade do sono leva a consequências na saúde física e cognitiva dos idosos, levando ao aparecimento e agravamento de doenças, afetando processos cerebrais e orgânicos, levando ao déficit na fixação da memória, na estabilidade psicoafetiva, na termorregulação corporal, na conservação e restauração do metabolismo energético cerebral, leva a predisposição a diabetes, hipertensão, doença coronária, obesidade, depressão, ansiedade, insônia e risco aumentado para morte.

**Palavras-chave:** Sono, Padrão do sono, Idosos, Alteração do sono.

### INTRODUÇÃO

A qualidade do sono é um fator de significativa importância na vida de qualquer ser humano, sendo classificada como uma necessidade fisiológica básica. O sono corresponde a um processo biológico natural do organismo, sendo essencial para a restauração do desgaste diário e manutenção do equilíbrio biopsicossocial do ser humano (GIORELLI et al., 2012).

Por ser uma necessidade fisiológica básica, o padrão regular de sono é algo essencial para se ter uma boa qualidade de vida, sendo este um indicador de vitalidade, saúde mental, bem-estar fisiológico, emocional, cognitivo e físico (HIRSHKOWITZ et al, 2015; OHAYON et al, 2017). Portanto, a sua diminuição pode influenciar de forma negativa o bem-estar e

---

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Genética da Universidade Federal de Pernambuco - PE. Especialista em Microbiologia Clínica pela Faculdade Maurício de Nassau – PB. Pós-Graduada em Engenharia Genética pela Faculdade Unyleya, [hirisleidebezerra@gmail.com](mailto:hirisleidebezerra@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem da Faculdade Maurício de Nassau - PB, [dianyalves06@gmail.com](mailto:dianyalves06@gmail.com);

consequentemente a saúde do indivíduo, contribuindo para mudanças na saúde física e mental, levando a condições graves como doenças cardiovasculares e cardiopulmonares, podendo levar até ao óbito (PARTHASARATY et al, 2015). A interrupção do padrão regular do sono, apresenta-se em aproximadamente 8 a 18% da população em geral e cerca de 50 a 70% na população de idosos (REID et al, 2010).

A prevalência de problemas de sono em idosos é uma questão relevante em nossa sociedade, pois no envelhecimento alguns fatores como incontinência urinária, apneia do sono, dor ou desconforto físico e emocional, parassonia, distúrbios no ritmo circadiano, doenças articulares, necessidade de tomar medicamentos durante a madrugada, fatores ambientais entre vários outros levam a alterações no padrão de sono destes, tal fato vem se tornando uma das principais queixas entre os idosos (SILVA et al., 2017; MORENO et al., 2018). Por isso torna-se de suma importância pesquisas que estejam relacionadas ao tema, a fim de diminuir a prevalência das queixas dos idosos relacionadas a qualidade do sono. Nesse contexto a presente pesquisa visa expor os aspectos fisiológicos do sono e as alterações no seu padrão regular em idosos, mostrando a sua correlação com doenças cognitivas e cardiovasculares.

A interrupção no padrão regular de sono, pode levar ao desequilíbrio emocional e, consequentemente déficit na cognição, promovendo o desenvolvimento de demência, estresse, ansiedade, perturbações depressivas, tornando assim, evidente o importante papel do sono no declínio das funções cognitivas (YAFFE et al, 2014; SERRA, 2014). Além de afetar a saúde mental, estudos relatam que a má qualidade do sono também pode constituir fator de risco para o agravamento de doenças cardiovasculares (LAKS et al, 2014), podendo ser um importante marcador da saúde cardiovascular. Segundo estudos realizados por alguns autores entre os anos de 2003 a 2010 há comprovada relação entre a má qualidade e a duração do sono com uma série de fatores de risco independentes para a doença arterial coronariana, como a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes mellitus e a obesidade. Infelizmente a má qualidade do sono tem sido classificada como um resultado inevitável do envelhecimento (GREENLAND, et al, 2003; VGONTZAS, et al, 2009; SPIEGEL, et al, 2005; WATANABE, et al, 2010).

Além de apresentar alterações no padrão de sono, o envelhecimento traz consigo uma certa mudança nos hábitos e estilo de vida, como por exemplo a falta da prática de atividades físicas, e consequente aumento do sedentarismo. A atividade física para os idosos, traz benefícios como o controle de complicações advindas de doenças crônicas, leva a uma melhoria na qualidade de vida, a uma diminuição do peso corpóreo, além do aumento da

autoestima, maior disposição para o trabalho e amenização dos quadros de dor (POZENA, et al, 2009). A não prática de atividades físicas pelo idoso além de o privar dos benefícios acima descritos também poderá contribuir para a redução da sua qualidade do sono (MEDEIROS et al, 2015).

Nesse contexto, nota-se que o sono é caracterizado como um fator de forte influência na qualidade de vida dos idosos e, que estes cada vez mais enfrentam problemas relacionados a qualidade do sono devido as alterações orgânicas que ocorrem no processo de envelhecimento. Sendo assim, esse âmbito torna-se um desafio de saúde pública para o país, visto que a população idosa vem crescendo e com isso necessita-se de programas que visem uma melhoria na qualidade de vida para essa população, promovendo programas que visem de forma integral saúde destes, melhorando assim, o perfil sociodemográfico da população no geral.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa corresponde a uma revisão bibliográfica sistemática, na qual as bases de dados do MEDLINE/PUBMED, LILACS, *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), PUBMED, DOT LIB, Revistas Eletrônicas e Jornais de Saúde foram consultados para o levantamento de artigos científicos. Na estratégia de busca, foram utilizados os descritores: Qualidade do sono, Fisiologia do sono, Alterações no sono, Padrão do sono, Sono em idosos, Doenças cardiovasculares, Doenças cognitivas. Foram selecionados 65 artigos para constituir tal revisão, utilizando-se como critérios de inclusão livros e artigos em português e inglês intrínsecos ao tema, com ênfase no objetivo da pesquisa. Após uma ampla seleção, os artigos e livros foram sistematicamente lidos e analisados a fim de expor os aspectos fisiológicos do sono e as alterações no seu padrão regular em idosos, demonstrando a sua relação com doenças psíquicas e cardiovasculares.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os idosos representam cerca de 12% da população mundial, com estimativa de duplicar esse quantitativo até 2050 (SUZMAN et al., 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015), a maior longevidade pode ser considerada uma história de sucesso para a humanidade, porém o processo de envelhecimento caracteriza-se pelo comprometimento no funcionamento de todos os sistemas do organismo, afetando a saúde física e mental dos

idosos (CRUZ et al., 2015), e um dos problemas advindos do envelhecimento são as alterações no padrão regular do sono.

No processo de envelhecimento do ser humano há uma redução na duração do sono, o que é considerado um processo natural. Na fase adulta, cerca de 85% a 90% dos indivíduos saudáveis dormem entre 7 a 8 horas por noite, sendo que 5% precisam ter um período de sono com duração de menos que 6 horas e outros 5% precisam dormir entre 9 a 10 horas por noite (PAIVA, 2015). Apesar, de não se impor uma quantidade específica de horas a serem dormidas de acordo com a faixa etária de cada pessoa, existe uma concordância no que se refere aos padrões relativos da duração do sono de acordo com a idade (Tabela 1).

Tabela 1 - Necessidades de horas a serem dormidas de acordo com o grupo etário.

Necessidades de horas de sono	
Grupo etário	Horas de sono
Recém-nascido	18 horas
Lactente	11 horas
Crianças	9-10 horas
Adolescentes	9 horas
Adultos	7,5 horas
Idosos	6,5 horas

Fonte: ESTIVILL (2007, p.11).

O sono é uma necessidade essencial para a manutenção da qualidade de vida. Após a rotina diária repleta de diversas atividades o corpo necessita de momento para se “desligar” e relaxar, momento este que ocorre no período do sono. Atualmente existem vários conceitos atrelados ao sono, elaborados de acordo com os aspectos funcionais e comportamentais deste (MARTINS et al., 2001). De acordo com a literatura, o sono é conceituado como um comportamento ativo, reversível e de ordem repetitiva (BENINGTON, 2000; BUELA, 1990), um estado funcional e cíclico, que é comandado por algumas partes específicas do cérebro, e que apresenta diversas manifestações comportamentais de caracterização própria, como a imobilidade relativa e o aumento do limiar de resposta aos estímulos externos (BUELA, 1990).

Durante o sono há um período de perda da consciência de uma forma reversível, ocasionada pela redução do funcionamento motor e sensorial e pela regulação homeostática, onde este complexo de acontecimentos promove uma “restauração” no organismo, a qual não pode ser substituída por um período de descanso, por alimento ou qualquer outra coisa. Com isso nota-se que o padrão de sono é algo primordial para a manutenção da vida assim como a comida e a água (ALDRICH, 1999), sendo uma necessidade universal para todos os animais, especialmente para os seres humanos (ALDRICH, 1999; COTTEN et al., 2006). Segundo Gomes e colaboradores (2010), o sono é um requisito fisiológico de atividade cerebral, natural e periódico, representado por uma modificação no estado de consciência, diminuição de sensibilidade a estímulos ambientais, seguidos por particularidades motoras e posturas próprias, além de alterações autônomas. Os aspectos do sono são estudados por meio das atividades elétricas cerebrais através de alguns mecanismos.

A atividade elétrica cerebral começou a ser detectada em meados de 1929, através do mecanismo eletroencefalograma (EEG) (BAKER, 1985). E a partir daí, decorridos oito anos, Harvy e Loomis realizaram o EEG no período noturno e com isso puderam alegar que o padrão de sono não é homogêneo, pois apresenta alternância de estágios no seu decorrer, sendo estes, todos coordenados pelo Sistema Nervoso Central (KLEITMAN, 1987). Além do EEG que detecta as ondas elétricas cerebrais, outros mecanismos eletrográficos são utilizados para a determinação dos estágios do sono, como o eletro-oculograma (EOG) que detecta os movimentos oculares e o eletromiograma (EMG) que avalia o tônus muscular (AFONSO, 2008).

Como supracitado, o sono não é de classificação homogênea, pois é subdividido em duas fases: fase do Movimento Não Rápido Ocular (NREM) e a fase Movimento Rápido dos Olhos (REM). A primeira é a fase NREM, nesta ocorrem sonhos de conteúdo lógico que são facilmente esquecidos. Essa fase é subdividida em três estágios N1, N2 e N3. Nessa fase há uma associação parassimpática, promovendo a perda das respostas psicogalvânicas, redução da frequência cardíaca média, da pressão arterial, do débito cardíaco e um decréscimo rápido da temperatura central (PAIVA et al., 2011).

O sono NREM possui grande importância para o funcionamento adequado do corpo humano, é nesta fase que ocorre a secreção dos hormônios do crescimento, tornando-se essencial para o reestabelecimento da energia corpórea. É nessa fase também que ocorre o menor nível de atividade neural, levando ao descanso profundo, reparando o desgaste diário (JEAN-LOUIS et al., 2014; POGGIOGALLE et al., 2016; BROCATO et al., 2015).

Na fase do sono NREM, o estágio N1 consiste na transição da vigília para o sono, ocorrendo a liberação da melatonina, que é uma substância que irá induzir o sono. No segundo estágio, N2, tem-se o sono leve, onde os ritmos cardíaco e respiratório se encontram diminuídos, os músculos relaxados e a temperatura corporal se encontra reduzida. Além disto, podem acontecer episódios como falar ao dormir (sonilóquia), micção involuntária, pausas rápidas na respiração, movimentos bruscos dos membros entre outros (PAIVA, 2015). O terceiro e último estágio é o N3, antes subdividida em fases 3 e 4, sendo o estágio mais profundo onde a pressão arterial e a frequência cardíaca também apresentam uma certa diminuição, este estágio é considerado o estágio “restaurador”. Neste estágio, não há movimento ocular ou atividade muscular (JANSEN, 2007), durando cerca de 20 a 60 minutos (PAIVA et al.,2011).

A segunda fase do sono é a fase Movimento Rápido dos Olhos (REM), esta fase se caracteriza pelos movimentos rápidos dos olhos, hipotonia muscular ou atonia (LUYSTER et al., 2012), intensa atividade cerebral se assemelhando ao período de vigília (JEAN-LOUIS et al., 2014). No início dessa fase os movimentos respiratórios se tornam mais rápidos, sendo irregulares e diferentemente da fase NREM, a frequência cardíaca e a respiratória aumentam, bem a como a pressão arterial. (*National Institute of Neurological Disorders and Stroke* [NINDS], 2014). O primeiro período da fase REM ocorre em 70 a 90 minutos depois que a pessoa consegue adormecer (NINDS, 2014). Os sonhos mais complexos e elaborados irão ocorrer nessa fase (PAIVA, 2015) e, apesar destes não terem um efeito concreto sobre o descanso são bastante importantes para a recuperação emocional, pois possuem conteúdo afetivo, visual, verbal e auditivo (ZHANG et al.,2015).

Segundo Paiva (2015), o sono regular possui função primordial na fixação e organização da memória e na estabilidade psicoafetiva; durante as fases do sono são estabelecidos e sedimentados vários processos cognitivos, sobretudo, os que tem relação com a memória e aprendizagem. Através dos sonhos o equilíbrio emocional se estabelece, sendo assim, uma pessoa que possui uma interrupção no padrão regular do sono, apresenta alterações no humor e alto índice de estresse. Portanto no envelhecimento as alterações no padrão regular do sono ocasionadas processos fisiológicos do corpo, levam a consequências na saúde do idoso aumentando a gravidade de doenças, como por exemplo a doença de Parkinson e o Alzheimer (SILVA et al., 2017), levando assim, a uma diminuição da qualidade de vida da pessoa idosa. Uma das alterações no padrão do sono no envelhecimento está ligado à sua durabilidade.

A durabilidade do sono sofre uma variação de acordo com a idade, mostrando uma diminuição progressiva de 19 -20 horas no recém-nascido para 10 horas até os 10 anos de idade, 8 horas no adolescente, 7,5 horas no adulto e 6 horas a partir dos 60 anos de idade (RIOS et al., 2008). O quadro 3 mostra a arquitetura normal do sono e sua variação de acordo com a faixa etária (Tabela 2).

Tabela 2. Arquitetura normal do sono e sua variação de acordo com a idade.

Estágios do Sono	% em relação ao TTS* em lactentes	% em relação ao TTS em crianças jovens	% em relação ao TTS em adultos jovens	% em relação ao TTS em adultos idosos
Estágio 1	<5%	<5%	<5%	8-15%
Estágio 2	25-30%	40-45%	45-55%	70-80%
Sono delta	20%	25-30%	13-23%	0-5%
Sono REM	50%	25-30%	20-25%	20%

TTS\* = Tempo Total de Sono.

FONTE: Adaptado de RIOS; PEIXOTO; SENRA (2008).

Estudos tem comprovado que o sono tem um papel crucial para a qualidade de vida, sendo totalmente interligado à saúde física e mental (KRYGER et al., 2011). O sono, como processo biológico, apresenta funções essenciais à manutenção da homeostase, sendo fundamental na consolidação da memória, na termorregulação, na conservação e restauração da energia, bem como, restauração do metabolismo energético cerebral (FERRO et al., 2005). O sono permite a regulação de vários processos metabólicos cujos distúrbios podem resultar em várias patologias e a condições médicas como: diabetes, hipertensão, doença coronária, obesidade, depressão, ansiedade, insônia e risco aumentado para morte (PAIVA et al., 2011). Corresponde a um processo biológico natural do organismo e essencial à reparação e manutenção do equilíbrio biopsicossocial do ser humano (GIORELLI et al., 2012). O padrão normal de sono possui uma estruturação dividida em estágios seguindo uma ordem, cujas respostas fisiológicas irão depender da fase na qual se encontra. O padrão do sono pode ser interrompido de várias maneiras e por várias causas (JANSEN, 2007).

O sono possui início e término, sendo influenciado pelo ritmo circadiano e regido pelo fotoperiodismo, ou seja, pela quantidade de luz que é alternada entre o período de dia-noite.

Essa influência ocasionada pelo fotoperiodismo é transmitida para áreas hipotalâmicas adjacentes, na zona supra-paraventricular e núcleo dorso medial-DMH, que agem na regulação do comportamento circadiano do sono, por meio de projeções GABAérgicas e glutamatérgicas. O núcleo dorso medial-DMH transporta as projeções GABAérgicas para ativar a área pré-óptica ventrolateral durante o sono (McCARLEY et al., 2008).

A liberação de substâncias como acetilcolina e glutamato ativa o Sistema Ativador Ascendente (SAA) no ponto-mesencefálico, induzindo o despertar (ALÓE et al., 2005; SAPIN et al., 2009). O SAA é composto por um conjunto de núcleos de formação reticular juntamente com suas projeções, e por núcleos colinérgicos e monoaminérgicos também com suas projeções. Uma das funções do SAA é a manutenção do período de vigília, além de estar relacionado com a fase de sono REM (NIEUWENHUYS et al., 1980; NIEUWENHUYS, 1985), que será discutida mais adiante. Todo esse processo do ciclo sono-vigília é controlado pelo núcleo supraquiasmático (NSQ), que se localiza no hipotálamo. O NSQ é considerado como um relógio que tem a função de organização cíclica e temporal, induzindo o ciclo sono-vigília (GOMES et al., 2010).

O ciclo sono-vigília segue uma periodicidade de acordo com o ritmo circadiano, que vai variar de acordo com a faixa etária, sexo e características individuais (NEVES et al., 2017). Esse ciclo ocorre por uma interação entre o processo homeostático e circadiano (GOMES et al., 2010). O processo homeostático vai agir liberando algumas substâncias que ocasionam o sono, como, por exemplo, a adenosina que fica se acumulando durante o período de vigília e, quando a pessoa entra no período de sono ela vai diminuir no decorrer deste até o indivíduo adentrar em período de vigília. Já o processo circadiano, comanda a alternância entre vigília e sono, essa alternância se dá justamente pelo NSQ, que utiliza de fatores endógenos e ambientais que acontecem diariamente, especialmente a luz solar para poder promover o período de alternância entre o ciclo sono-vigília (NEVES et al., 2017). O sono é influenciado pelo ciclo circadiano e, no processo de envelhecimento ocorrem algumas alterações nesse ciclo levando a uma interferência no padrão do sono. As alterações causadas no ciclo circadiano pelo processo de senescência geram consequências diretas no padrão do sono, levando a fragmentação deste, invertendo e alterando os horários de descanso. Quando isso acontece, o idoso passa a ter cochilos durante o dia, ou tem atitudes de dormir mais cedo e levanta-se mais cedo ainda, o que irá provocar certa interferência no seu desempenho diário, levando fadiga e gerando alterações na rotina da pessoa idosa (SILVA et al., 2017). Devido as alterações no ritmo circadiano muitos idosos passam a noite acordados, chegando a dormir durante o dia e de acordo com um estudo realizado por Paiva em 2015, dormir durante dia é

menos eficaz que dormir à noite. Além dos distúrbios no ritmo circadiano, o idoso também apresenta outros problemas, como, por exemplo, a maior probabilidade em adquirir doenças crônicas, o que leva redução na qualidade do sono.

Distúrbios de ordem fisiológica, neurológica e psicológica são fatores que afetam a qualidade do sono alterando o seu padrão regular (ZANQUETTA, 2013). De acordo com Richards (2015), grande parte da população não possui sono de qualidade e em tempo suficiente, em decorrência de transtornos associados ao mesmo (insônia, distúrbios no ciclo sono-vigília, síndrome da apneia obstrutiva do sono, sonolência excessiva diurna, movimentos involuntários durante a noite, como por exemplo a síndrome das pernas inquietas, entre vários outros) (MACÊDO et al., 2015; NEVES et al., 2013). Todos esses distúrbios são mais frequentes na terceira idade pelo processo de modificação do organismo pelo envelhecimento.

O sono é tido como um requisito fisiológico para manutenção das atividades cerebrais e orgânicas (GOMES et al., 2010), pelo fato de promover a renovação da mente e do corpo. Sendo associada a homeostasia, mantendo o equilíbrio interno e perfeito balanço do organismo (PAIVA, 2015). De acordo com Richards (2015), as pessoas que possuem um padrão irregular de sono, são mais propensas a terem doenças crônicas. Essa propensão se dá devido a alterações metabólicas e cardiovasculares, apresentando um decréscimo significativo na qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015).

A prevalência de problemas de sono em idosos é uma questão relevante em nossa sociedade, pois no envelhecimento alguns fatores como incontinência urinária, apneia do sono, dor ou desconforto físico e emocional, parassonia, doenças articulares, necessidade de tomar medicamentos durante a madrugada, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, fenômenos motores, tremor de repouso, piscar dos olhos, discinesias e fatores ambientais entre vários outros levam a alterações no padrão de sono destes, tal fato vem se tornando uma das principais queixas entre os idosos (SILVA et al., 2017; MORENO et al., 2018).

A insônia é caracterizada como um dos problemas que vem acarretando distúrbios no padrão regular de sono, estando relacionada a um pior estado de saúde (AMARO et al., 2018). A insônia constitui um problema de saúde pública pelo seu potencial em provocar e/ou agravar comorbidades clínicas e psiquiátricas, além ser um fator de grande impacto na qualidade de vida (KRYSTAL et al., 2016). De acordo com Laks e colaboradores (2014), a insônia trata-se de um distúrbio no qual a qualidade do sono é bastante interferida, onde a pessoa apresenta dificuldade para iniciar ou manter o sono, entrando em estado de vigília precocemente sem conseguir voltar a dormir, além disso, o período de sono não traz a

restauração adequada para o corpo, onde a pessoa com insônia tem o alerta diurno prejudicado e, com isso suas funções cognitivas, mostrando dessa forma, alteração no humor e consequente declínio na qualidade de vida. A insônia é classificada como primária ou secundária, onde esta última é responsável por distúrbios cognitivos:

A insônia primária não tem associação com transtorno mental, nem se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica. A insônia secundária, também conhecida como insônia comorbida, está associada ao transtorno mental, condição médica, efeito de medicação ou outro distúrbio do sono. (RAFIHI-FERREIRA et al., 2012, p. 598).

Nesse contexto, as alterações no sono e consequentemente seus distúrbios podem levar a condições médicas como transtornos cognitivos. De maneira geral, a interrupção do sono é prejudicial para o funcionamento diurno do indivíduo, pois compromete aspectos cognitivos, como a concentração e memória, além de habilidades psicomotoras (MULLER et al., 2007). Essas alterações do sono e sua influência no funcionamento cognitivo da pessoa pode ser um fator que desencadeia outros problemas mentais, como a depressão.

A depressão constitui um problema comum na terceira idade, sendo um problema de saúde pública assim como a insônia, atingindo cerca de 350 milhões de pessoas no mundo, levando ao aparecimento de várias doenças, acarretando na diminuição da qualidade de vida (SILVA et al., 2018). Na depressão há uma redução acentuada do hormônio serotonina, e este é fundamental para a regulação do sono, consequentemente a sua diminuição traz consigo desordens na qualidade do sono (MACHADO et al., 2018), sendo a depressão e o padrão regular do sono fatores correlacionados. Estudos mostram que os distúrbios relacionados ao sono são ligados empiricamente a episódios de depressivos. De acordo com Riemann e colaboradores (2003) “Uma base de dados de crescimento indica que a ocorrência de sintomas de insônia isolados por um período de mais de duas semanas em um determinado ponto do tempo é preditivo para um aumento do risco de depressão nos 1-3 anos seguintes.” (RIEMANN et al., 2003, p. 257). Portanto pode-se afirmar que o sono em quantidade e em qualidade reduzidos podem ser um fator para a predisposição de depressão, visto que o sono atua nos níveis de estresse e humor da pessoa.

A redução na qualidade do sono, leva à um déficit na reparação do organismo, o que consequentemente acarreta em alterações no sistema nervoso autônomo, levando a mudanças na temperatura corporal, pressão arterial e frequência cardíaca, logo, outros sintomas podem ser desencadeados como cansaço excessivo, irritabilidade, dificuldades no campo visual,

sonhos em períodos de vigília e alterações nas habilidades psicossociais (ZHANG et al., 2015; JEAN-LOUIS et al., 2014).

No envelhecimento as alterações orgânicas levam a algumas limitações físicas, o que muitas vezes priva o idoso de praticar atividades físicas, fazendo com que o gasto energético seja completamente afetado, levando a doenças que envolvem o acúmulo de gorduras como a obesidade e sobrepeso, aumento da circunferência abdominal e cervical também compõem fatores que interferem no padrão de sono (BORNAUSEN et al., 2018). De acordo com um estudo realizado por Zanuto e colaboradores (2015), a obesidade é um dos fatores que leva a interferência no padrão regular do sono. Além disso, uma pessoa que tem obesidade e, conseqüentemente um padrão irregular de sono logo irá sofrer com o ganho de peso, visto que restrição do sono afeta significativamente os níveis de grelina e cortisol, favorecendo, assim, uma redução no gasto energético. De acordo com um realizado por Gomes e colaboradores (2017):

A privação do sono parece se associar ao aumento de estímulos de ativação da região orbitofrontal do córtex, ínsula, tálamo, precuneus, giro do cíngulo e giro supramarginal, as quais se relacionam à motivação e ao valor da recompensa de alimentos, bem como ao processamento cognitivo, à tomada de decisão e ao autocontrole. Com isso, a restrição do sono alteraria a atividade neuronal, predispondo indivíduos a uma maior suscetibilidade a estímulos alimentares e explicando, em parte, a associação entre má qualidade do sono e altos valores de IMC. (GOMES et al., 2017, p. 320).

Sendo assim, afirma-se que o padrão irregular do sono leva a obesidade e conseqüentemente a predisposição de doenças cardiovasculares, pelo aumento de colesterol, possível acúmulo de gordura nas paredes dos vasos, o que também pode acarretar em um infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. Várias funções orgânicas são consolidadas durante o sono: a segregação de hormônios anabolizantes, como a prolactina; controle na produção de hormônios catabolizantes, como o cortisol. Com a privação do sono, há um aumento na produção matinal de cortisol, logo, a pessoa poderá adquirir ganho de peso e ter alterações nos níveis pressóricos, aumentando a pressão arterial, além de poder desenvolver a Síndrome de Cushing (PAIVA, 2015).

Segundo Oliveira e colaboradores (2010), o envelhecimento cardiovascular promove Alterações na matriz proteica extracelular, mais especificamente no colágeno do coração e dos vasos sanguíneos do idoso, estas alterações levam a um aumento progressivo da rigidez pericárdica, valvular, miocárdica e vascular. Todo esse processo leva o idoso a ter mais propensões a problemas no coração como obstrução das artérias, hipertensão arterial e infarto agudo do miocárdio (IAM).

As alterações do padrão de sono se interligam a uma série de condições clínicas que afetam negativamente, todos os órgãos e sistemas, principalmente o mental e cardiovascular, este último como já descrito, sofre pela desregulação de processos metabólicos, como o ganho de peso, alterações hormonais entre outras que passam cada vez mais a diminuir a qualidade do sono.

Por afetar o sistema cardiovascular, com o aumento de peso, a pessoa poderá desenvolver a apneia obstrutiva do sono (AOS), que acomete o sistema respiratório, estando presente em quase um terço da população adulta, chegando a uma prevalência bem maior na classe de idosos (TUFIK et al., 2010). A AOS se caracteriza pela obstrução completa ou parcial intermitente das vias aéreas, durante o período de sono (McNICHOLAS, 2018), possui associação com condições mórbidas, diminuindo acentuadamente a qualidade de vida e aumentando a morbimortalidade (DUTT et al., 2013).

Sendo assim, o sono inadequado afeta o organismo e pelo fato do organismo estar sendo prejudicado este irá desencadear a má qualidade do sono, desta forma percebe-se que são fatores totalmente interligados.-O sono se correlaciona com várias funções do organismo, portanto é impossível viver bem sem ter um padrão de sono adequado. De acordo com Amaro e colaboradores (2018):

“O sono tem papel homeostático fundamental no funcionamento do organismo, o que pode explicar sua associação diretamente proporcional com Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado, Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental” (AMARO et al., 2018, p. 98-99).

Segundo Rios e colaboradores (2008), não há qualidade de vida se não houver uma boa qualidade de sono, pois como já citado, o sono possui um papel fundamental na homeostasia do corpo, promovendo uma harmonia entre o funcionamento psicológico e fisiológico do organismo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de envelhecimento na atualidade tem conduzido à modificação no perfil epidemiológico de morbimortalidade da população. A classe de idosos apresenta particularidades, visto que, estes possuem características fisiológicas diferenciadas pelas alterações que ocorrem no organismo, sendo mais propensos a limitações, bem como certas doenças. Devido a essas limitações e particularidades há uma sobrecarga aos serviços de

saúde pelos idosos, promovendo consequências tanto sociais quanto econômicas à saúde pública, e se tal fato não for levado em conta a maior longevidade que é considerada como uma história de sucesso para a humanidade, segundo a OMS (2015), será marcado por uma população constituída de idosos dependentes e sem autonomia, devido aos problemas advindos do envelhecimento.

O envelhecimento traz consigo, alterações no padrão regular do sono e, por este ser um fator fisiológico e essencial a vida, tal privação se torna um fator promissor para o aparecimento de doenças cognitivas e cardiovasculares, bem como o agravamento das mesmas. As doenças cardíacas e mentais podem ser amenizadas por meio da efetivação de um padrão regular do sono, portanto torna-se necessário a continuidade de pesquisas que venham a abranger a temática, visando meios que levem os idosos a terem um sono em quantidade e qualidade adequadas para que assim, possam ter também qualidade de vida, o que inclui saúde.

## REFERÊNCIAS

AFONSO, Pedro Manuel Marques. **A relação entre os padrões do ciclo sono-vigília e os sintomas positivos e negativos da esquizofrenia.** 2008. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Lisboa.

ALDRICH, Michel S. **Sleep medicine.** New York: Oxford University Press, 1999.

ALÓE, Flávio; AZEVEDO, Alexandre Pinto; HASAN, Rosa. Mecanismos do ciclo sonovigília. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 27, n. 1, p. 33-9, 2005.

AMARO, João Marcelo Ramachiotti Soares; DUMITH, Samuel Carvalho. Sonolência diurna excessiva e qualidade de vida relacionada à saúde dos professores universitários. **J Bras Psiquiatr.**, v. 67, n. 2, p. 94-100, 2018.

BAKER, Theodore L. Introduction to sleep and disorders. **Med Clin North Am.**, v. 69, n. 6, p. 1123-52, 1985.

BENINGTON, J. H. Sleep homeostasis and the function of sleep. **Sleep**, v. 23, n. 7, p. 959-966, 2000.

BORNHAUSEN, Andréa; KESSLER, Rúbia Mara Giacchini; GASPERIN, Simone Lara. Qualidade subjetiva do sono em cardiopatas isquêmicos crônicos. **Insuf. Card.**, v. 13, n. 3, 2018.

BROCATO, Jason; WU, Fen; CHEN, Yu, SHAMY, Mansour; et al. Association between sleeping hours and cardiometabolic risk factors for metabolic syndrome in a Saudi Arabian population. **BMJ Open.**, v. 5, n. 11, 2015.

BUELA, G. **Avaliação dos distúrbios de iniciar e manter o sono.** In R. Reimão, Sono: Aspectos actuais. Rio de Janeiro: Atheneu Editora. 1990: 33

COTTEN, Harvey R.; ALTEVOGT, Bruce M. **Sleep disorders and sleep deprivation**. Washington, DC. Editora: The National Academies Press, 2006.

CRUZ, Danielle Teles; CRUZ, Felipe Moreira; RIBEIRO, Aline Lima; VEIGA, Caroline Lagrotta; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Associação entre capacidade cognitiva e ocorrência de quedas em idosos. **Cad Saúde Coletiva**. v. 23, n. 4, p. 386-93, 2015.

DUTT; Naveen, JANMEJA; Ashok Kumar; MOHAPATRA; Prasanta Raghav; SINGH, Anup Kumar. Quality of life impairment in patients of obstructive sleep apnea and its relation with the severity of disease. **Lung India**, v. 30, n. 4, p. 289-94, 2013.

ESTIVILL, Eduard. **Dormir a sono solto - como prevenir os distúrbios do sono**. Lisboa: Círculo de leitores. Edição Martí Pallás, 2007.

FERREIRA, Suiane Costa; JESUS, Thaianne Barbosa; SANTOS, Adailton da Silva. Qualidade do sono e fatores de risco cardiovasculares em acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 1, p. 390-04, 2015.

FERRO, Cláudia Valéria. **Correlação dos distúrbios do sono e parâmetros subjetivos em indivíduos com fibromialgia**. 2005. Monografia (Curso de Fisioterapia da Unioeste) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

GIORELLI, André S.; et al. Sonolência excessiva diurna: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. **Rev Bras Neurol**. v. 48, n. 3, p. 17-24, 2012.

GOMES, Marleide da Mota; QUINHONES, Marcos Schmidt; ENGELHARDT, Elias. Neurofisiologia do sono e aspectos farmacoterapêuticos dos seus transtornos. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 46, n. 1, p. 5-15, 2010.

GOMES, Gabriel Cordeiro et al. Qualidade de sono e sua associação com sintomas psicológicos em atletas adolescentes. **Rev. paul. pediatr. [online]**. v. 35, n. 3, p.316-321, 2017.

GREENLAND, Philip; KNOLL, Maria Deloria; STAMLER, Jeremiah; et al. Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. **JAMA**, v. 290, n. 7, p. 891-7, 2003.

HIRSHKOWITZ, Max; WHITON, Kaitlyn; ALBERT, Steven M.; ALESSI, Cathy; et al. Recomendação atualizada da duração do sono da Fundação Nacional do Sono: relatório final. **Saúde do sono**, v. 1, n. 4, p. 233-43, 2015.

JEAN-LOUIS, Girardin; WILLIAMS, Natasha J.; SARPONG, Daniel; PANDEY, Abhishek; YOUNGSTEDT, Shawn; ZIZI, Ferdinand, OGEDEGBE, Gbenda. Associations between inadequate sleep and obesity in the US adult population: Analysis of the national health interview survey (1977–2009). **BMC Public Health**, v.14, n. 290, 2014.

KLEITMAN, Nathaniel. **Sleep and wakefulness**. London: Midway Reprint, 1987.

KRYSTAL, Andrew D; SORSCHER, Adam J. Recognizing and managing insomnia in primary care and specialty settings. **J Clin Psychiatry**, v. 77, n. 4, 2016.

KRYGER, Meir; ROTH, Thomas; DEMENT, William. Normal human sleep: An overview. **Principles and practice of sleep medicine (5º Ed)**, v. 5, p. 16-26, 2011.

JANSEN, J.M. et al. **Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007.

LAKS, Jerson; TELLES, Leonardo Lessa. Insônia e doença cardiovascular. **JBM**, v. 102, n. 2, 2014.

LUYSTER, Faith S; STROLLO, Patrick J. et al. Sleep: a health imperative. **Sleep**, v. 35, n. 6, p. 727-734, 2012.

MACÊDO, Philippe Joaquim Oliveira Menezes; NEVES, Gisele Schenkel de Moura Leite; POYARES, Dalva Lucia Rollemberg; GOMES, Marleide da Mota. Diagnóstico atual de insônia: uma apreciação. **Rev. bras. neurol.**; v. 51, n. 3, 2015.

MACHADO, Adriana Kramer Fiala; WENDT, Andrea; WEHRMEISTER Fernando César. Problemas de sono e fatores associados em população rural de um Município no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 1, 2018.

MARTINS, Paulo José Forcina; MELLO, Marco Tullio; TUFIK, Sergio. Exercício e sono. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n. 1, p. 28-36, 2001.

McCARLEY, Robert W.; SINTON, Christopher M. Neurobiology of sleep and wakefulness. **Scholarpedia**, v. 3, n. 4, 2008.

McNICHOLAS, Walter. Chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnoea-the overlap syndrome. **J Thoracic Dis.**, v. 8, n. 2, p. 236-42, 2016.

MEDEIROS, Renata Ferreira Marques; et al. Relação da qualidade de sono do idoso e a prática de atividade física. **Anais CIEH**, v. 2, n. 1, 2015.

MORENO, Cláudia Roberta de Castro; SANTOS, Jair Licio Ferreira; et al. Problemas de sono em idosos estão associados sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 21, n. 2, 2018.

MÜLLER, Mônica Rocha; GUIMARÃES, Suely Sales. Impacto dos Transtornos do Sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 519-528, 2007.

NEVES, Gisele S. Moura L.; GIORELLI, Andre S.; FLORIDO, Patricia; GOMES, Marleide da Mota. Transtornos do sono: Visão geral. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 49, n. 2, p. 57-71, 2013.

NEVES, Gisele S. Moura L.; MACEDO, Philippe; GOMES, Marleide da Mota. Transtornos do sono: Atualização (1/2). **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 53, n. 3, p. 19-30, 2017.

NIEUWENHUYS, R; VOOGD, J; E VAN, Huijzen C. **Das Zentrlnervensystem dês Menschen**. Springer Verlag, New York, 1980.

NIEUWENHUYS, R. **Chemoarchitecture of the Brain**. Springer Verlag, New York, 1985.

OHAYON, Maurice; WICKWIRE, Emerson M.; HIRSHKOWITZ, Max; ALBERT, Steven. M.; et al. Recomendações de qualidade do sono da Fundação Nacional do Sono: primeiro relatório. **Saúde do sono**, v. 3, n. 1, p. 6-19, 2017.

OLIVEIRA, Mateus Silva; REZENDE, Paulo Cury; MORAES, Ricardo Casalino Sanches. Envelhecimento Cardiovascular e Doenças Cardiovasculares em Idosos. **Revista Medicina-Net**, 2010.

PAIVA, Tereza. **Bom sono, boa vida**. (7ªEd.). Alfragide: Oficina do Livro, 2015.

PAIVA, Tereza; PENZEL, Thomas. **Centro de Medicina do Sono: Manual Prático**. Lousã: Lidel, 2011.

PARTHASARATY, Sairam; VASQUEZ, Monica M. et al. A insônia persistente está associada ao risco de mortalidade. **Am J Med.**, v. 128, n. 3, p. 268-75, 2015.

POGGIOPALLE, Eleonora; LUBRANO, Carla; GNESSI, Lucio; MAROCCO, Chiara; LAZZARO, Luca Di; POLIDORO, Giampaolo; et al. Reduced sleep duration affects body composition, dietary intake and quality of life in obese subjects. **Eat Weight Disord.**, v. 21, n. 3, p. 501-5, 2016.

POZENA, Regina; CUNHA, Nancy Ferreira da Silva. Projeto “construindo um futuro saudável através da prática da atividade física diária”. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 1, p. 52-6, 2009.

RAFIHI-FERREIRA, Renatha El; SOARES, Maria Rita Zoéga. Insônia em pacientes com câncer de mama. **Estudos de Psicologia**. v. 29, n. 4, p. 597-607, 2012.

REID, Kathryn J.; BARON, Kelly Glazer; LU, Brandon; NAYLOR, Erik; WOLFE, Lisa; ZEE, Phyllis C. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. **Sleep Med.**, v. 1, n. 9, p. 934-40, 2010.

RICHARDS, Kyle. **O sono: bom demais para perder**. Editora Babelcube Inc., 2015.

RIEMANN, Dieter. Primary insomnia: a risk factor to develop depression? **Journal Affect Disord**. v. 76, n. 1-3, p. 255-9, 2003.

RIOS, Alaíde Lílian Machado; PEIXOTO, Maria de Fátima Trindade; SENRA, Vani Lúcia Fontes. **Transtornos do sono, qualidade de vida e tratamento psicológico**. 2008. 53f. Monografia (Curso de Psicologia) – Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2008.

SAPIN, Emilie. et al. Localization of the Brainstem GABAergic Neurons Controlling Paradoxical (REM) Sleep. **Plos One**, v. 4, n. 1, 2009.

SERRA, Filipa Maria de Almeida Ribeiro Vaz. **Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012)**. 2014. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Coimbra.

SILVA, Kézia Katiane Medeiros; LIMA, Gleyce Any Freire; et al. Alterações do sono e a interferência na qualidade de vida no envelhecimento. **Rev enferm UFPE on line**. v. 11, n. 1, p. 422-428, 2017.

SILVA, Marcia Regina; FERRETTI, Fátima; PINTO, Samira da Silva; FILHO, Odanor Ferretti Tombini. Sintomas depressivos em idosos e sua relação com dor crônica, doenças crônicas, qualidade do sono e nível de atividade física. **BrJP**. v. 1, n. 4, 2018.

SPIEGEL, Karine; KNUTSON, Kristen; LEPROULT, Rachel; TASALI, Esra; CAUTER Eve Van. Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and Type 2 diabetes. **J Appl Physiol** (1985), v. 99, n. 5, p. 2008-19, 2005.

SUZMAN, Richard; BEARD, Jhon R.; BOERMA, Ties; CHATTERJI, Somnath. Health in an ageing world: what do we know? **Lancet [Internet]**. 2015.

TUFIK, Sergio; SANTOS-SILVA, Rogério; TADDEI, José Augusto; BITTENCOURT, Lia Rita Azeredo. Obstructive sleep apnea syndrome in the Sao Paulo Epidemiologic Sleep Study. **Sleep Med.**, v. 11, n. 5, p. 441-6, 2010.

VGONTZAS, Alexandros N.; LIAO, Duanping; BIXLER, Edward O.; CHROUSOS, George P.; VELA-BUENO, Antonio. Insomnia with objective short sleep duration is associated with a high risk for hypertension. **Sleep**. v. 32, n. 4, p. 491-7, 2009.

WATANABE, Mayumi; KIKUCHI, Hiroshi; TANAKA, Katshutoshi; TAKAHASHI, Masaya. Association of short sleep duration with weight gain and obesity at 1-year follow-up: a large-scale prospective study. **Sleep**. v. 33, n. 2, p. 161-7, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: **WHO**; 2015.

YAFFE, Kristine; FALVEY, Cherie M.; HOANG, Tina. Connections between sleep and cognition in older adults. **Lancet Neurol**. V. 13, n. 10, p. 1017-28, 2014.

ZANQUETTA, Paulo Sérgio. **Sono e qualidade de vida**. Cadernos PDE. Curitiba, 2013.

ZANUTO, Everton Alex Carvalho; LIMA, Manoel Carlos Spiguel; ARAÚJO, Rafael Gavassa; SILVA, Eduardo Pereira; et al. Distúrbios do sono em adultos de uma cidade do Estado de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** v. 18, n. 1, 2015.

ZHANG, Shuang; LI, Lian; HUANG, Yubei; CHEN, Kexin. Meta-análise do tempo de sono de adultos em ganho de peso e risco de obesidade. **Revista Chinesa de Epidemiologia.** v. 36, n. 5, p. 519-25, 2015.

## ASSOCIAÇÃO ENTRE AS REPRESENTAÇÕES DOS IDOSOS SOBRE A AIDS E SEU PERFIL SOCIOECONÔMICO\*

Aline Oliveira Silva<sup>1</sup>  
Maria das Dores Saraiva Loreto<sup>2</sup>  
Gustavo Bastos Braga<sup>3</sup>  
Simone Caldas Tavares Mafra<sup>4</sup>

### RESUMO

O presente artigo tem como objetivo verificar a associação entre às representações que os idosos HIV positivo têm sobre a AIDS e o seu perfil socioeconômico. Metodologicamente fez-se uso da pesquisa quantitativa, e, além disso, a pesquisa foi essencialmente de caráter exploratório-descritiva. Para satisfazer ao objetivo proposto, a população estudada compreendeu homens e mulheres idosos com HIV/AIDS que realizam tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Juiz de Fora – MG. Assim, foram realizadas entrevistas com 33 idosos. Para a análise dos dados, utilizou-se o software PSPP versão 0.10.2. Os resultados permitiram destacar que as representações dos idosos sobre a AIDS estavam associadas ao nível de escolaridade e ao tempo de diagnóstico, evidenciando que os entrevistados com maior nível de escolaridade e tempo de diagnóstico, possuíam representações positivas, enquanto os demais possuíam representações negativas. Concluiu-se que para os idosos, a AIDS esta ligada na maioria das vezes, a perdas, morte, falta de prevenção e tratamento, estando estas representações influenciadas por um conjunto de fatores ou atributos socioculturais, com incidência diferenciada, em função do tempo de descoberta do diagnóstico e do nível de escolaridade.

**Palavras – chave:** AIDS, Idosos, Representações Sociais.

---

\* Este artigo foi desenvolvido a partir da dissertação de mestrado intitulada “As representações da AIDS para a terceira idade, sob uma perspectiva de gênero: significados e repercussões nos domínios da vida do idoso e funcionamento familiar”, que contou com o apoio da CAPES.

<sup>1</sup> Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV) – MG, [aline.o.silva@ufv.br](mailto:aline.o.silva@ufv.br);

<sup>2</sup> Docente do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV) – MG, [mdora@ufv.br](mailto:mdora@ufv.br);

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Economia Rural da Universidade Federal de Viçosa (UFV) – MG, [gustavo.braga@ufv.br](mailto:gustavo.braga@ufv.br).

<sup>4</sup> Docente do Departamento de Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV) - MG, [sctmafra@ufv.br](mailto:sctmafra@ufv.br).

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) caracteriza-se como uma epidemia global, de rápida disseminação e agravamento, representando um dos sérios problemas de saúde pública, que necessita de recursos econômicos, políticos, sociais e psicológicos, que façam frente a esta problemática de tamanha proporção (GOMES e SILVA, 2011).

Para Sontag (1989), desde o seu surgimento no ocidente, em 1981, a AIDS representou, para a população, muito mais que apenas uma doença. Tornando-se rapidamente um fenômeno social que veio para ocupar o lugar de doença mais estigmatizante da sociedade, que anteriormente era ocupado pelo câncer, e que já havia sido da sífilis, da lepra e da peste.

Atualmente o doente de AIDS continua a viver o seu sofrimento de dupla forma, estando de um lado, o sofrimento físico, causado por uma doença que, mesmo com os avanços na medicina e com os coquetéis antivirais, ainda não tem cura. De outro lado, o sofrimento social, causado pelo olhar excludente direcionado ao doente, que, muitas vezes, pode ser ainda mais devastador. Dessa forma, é possível presenciar, de maneira bastante exacerbada, nas relações sociais, a intolerância, o medo e o preconceito para com aqueles que possuem o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (BARBARÁ et al. 2005).

Santos e Assis (2009) destacam que a incidência de HIV/AIDS na população acima dos 60 anos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como um desafio para o Brasil, no sentido do estabelecimento de políticas públicas e estratégias mais eficazes e que garantam o alcance das medidas preventivas, e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

Segundo Brasileiro (2004) as pessoas com idade acima de 60 anos, quando infectadas com o HIV, tendem a manifestar os efeitos da imunodepressão de forma mais acelerada que as pessoas jovens. Além disso, a desinformação, os preconceitos e a vergonha contribuem para o aumento dos casos entre essa faixa etária. Encarar a sexualidade na terceira idade como algo saudável e natural está longe de ser compreendido e aceito pela nossa sociedade. O preconceito, aliado à falta de informação, reforça o estereótipo de velhice assexuada, acarretando atitudes e comportamentos que podem elevar à vulnerabilidade do idoso frente ao HIV (PROVINCIALI, 2005).

Na velhice, o HIV/AIDS produz nos idosos, marcas que minam suas identidades, suas experiências, além de remodelar o seu ser e estar no mundo, visto que o preconceito se mantém vivo cobrando das pessoas HIV positivas um alto preço, em termos de sofrimento, isolamento e solidão. Essa situação ocorre porque a discriminação advém muitas vezes de familiares e pessoas próximas, restringindo a rede de apoio dessas pessoas, o que acarreta consequências no enfrentamento positivo da doença (CASTRO et al., 2014).

Neste caso, conhecer as representações dos idosos HIV positivos sobre a AIDS se torna importante, uma vez que a partir de tal conhecimento é possível apreender o real significado que a doença tem para os idosos, além de verificar os principais fatores socioeconômicos que estão associados as suas representações, e consequentemente contribuir por políticas mais efetivas e direcionadas para a terceira idade. O conceito de representação social implica compreender o ato de representar, o que significa um ato de pensamento por meio do qual um sujeito se relaciona com um objeto. Como destaca Ribeiro (2000), “Representar é substituir, estar no lugar de algo, de outrem. Do mesmo modo que a função simbólica, a representação é o representante mental de alguma coisa, e pode ser um objeto, uma pessoa, um acontecimento, uma idéia, etc”.

Jodelet (2001) destaca que a importância das representações sociais na vida cotidiana, esta ligada ao fato, delas serem capazes de nos guiar na forma de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, na forma de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se de forma defensiva.

Nessa perspectiva, o presente estudo teve como objetivo: verificar a associação entre às representações que os idosos HIV positivo têm sobre a AIDS e o seu perfil socioeconômico.

## **MÉTODOS**

Visando atender o objetivo proposto, fez-se uso do método de pesquisa quantitativo, uma vez que se utilizou da quantificação para a análise dos dados (MARCONI et al, 2011). Para Dantas e Cavalcante (2006) a pesquisa quantitativa é baseada na medida (normalmente numérica) de poucas variáveis objetivas, na ênfase em comparação de resultados e no uso intensivo de técnicas estatísticas.

Além disso, a pesquisa foi essencialmente de caráter exploratório-descritiva, que de acordo com Vieira (2002), visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este esforço tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou mesmo construir hipóteses mais adequadas; enquanto que as pesquisas descritivas descrevem o comportamento dos fenômenos e é usada para identificar e obter informações sobre características de um determinado problema ou questão (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Para tanto o presente estudo foi realizado no município de Juiz de Fora-MG localizado a sudeste de Belo Horizonte. Este município possui cerca de 500 mil habitantes e tem um PIB per capita de R\$ 6,2 mil. Ocupa um lugar de destaque em Minas Gerais em qualidade de vida e investimentos, além de se destacar no ranking de desenvolvimento humano da Organização das Nações Unidas (ONU) (GUERCIO, 2004).

A unidade empírica de análise compreendeu o Serviço de Assistência Especializada (SAE), que foi implantado em 28 de setembro de 1996, em Juiz de Fora, através de convênio firmado entre a Prefeitura de Juiz de Fora e o Ministério da Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde, que garantiu repasse de recursos financeiros, após elaboração e aprovação do Plano Operativo Anual (POA) – ainda hoje garantidos ao município, pelos Planos de Ações e Metas (PAM). Criou-se, então, o SAE, com o objetivo e compromisso de atender tanto os pacientes do município, quanto da Zona da Mata, seguindo as diretrizes técnicas e políticas da Coordenação Nacional de DST e AIDS para atenção às pessoas portadoras de HIV/AIDS (GUERCIO, 2004).

Para satisfazer ao objetivo proposto, a população estudada compreendeu homens e mulheres idosos (60 anos ou mais) com HIV/AIDS, que realizam o tratamento no SAE, em Juiz de Fora/MG. Procurou-se trabalhar com os pacientes idosos que abriram o prontuário no período de 2007 a 2013, e que se consultaram nos últimos 6 meses (de Janeiro a Junho de 2015), sendo então considerados assíduos. Assim, para um total de 85 idosos que abriram prontuário de 2007 a 2013, 64 foram considerados assíduos, segundo informações da data da última consulta obtida no prontuário. Destes, foram obtidas 33 respostas.

A técnica de coleta dos dados utilizada foi à entrevista estruturada e semiestruturada, realizadas no período de 29 de Junho de 2015 a 17 de Julho de 2015.

Assim, foi elaborado um roteiro, com o propósito de orientar a coleta dos depoimentos relativos aos dados do perfil pessoal do idoso portador do vírus HIV, em termos de: idade, raça, estado civil, escolaridade, religião, renda e tempo de diagnóstico da doença. Além disso,

pretendeu-se indagar qual era o significado da palavra AIDS para os idosos (as), sendo que posteriormente as respostas foram organizadas e categorizadas em representações positivas e negativas.

As entrevistas foram realizadas no SAE em uma sala disponibilizada pelo coordenador, e os participantes foram abordados e convidados a participar da pesquisa, enquanto aguardavam o atendimento médico ou ao saírem da consulta. Para verificar a idade do paciente, antes de abordá-los era feita uma consulta ao prontuário e a aproximação do pesquisador com o paciente era feita por intermédio da recepcionista. As entrevistas tiveram duração de 30 minutos à 1 hora e 30 minutos.

Vale ressaltar que todo o processo de coleta dos dados foi viabilizado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Viçosa (UFV), e aprovado sob o registro CAAE: 45259815.4.0000.5153.

Para a análise dos dados foi utilizado o software PSPP versão 0.10.2. Primeiramente, realizou-se a análise exploratória dos dados, com o objetivo de identificar e categorizar o perfil dos idosos com HIV/AIDS que realizavam tratamento no SAE/JF.

Após a análise exploratória, utilizou-se nesse estudo o teste de qui-quadrado de Pearson, buscando-se analisar a existência de associação entre as variáveis qualitativas. Além de ser calculado o V de Cramér que possibilita mensurar a associação entre duas variáveis para a obtenção de valores entre 0 (nenhuma associação) a 1 (associação máxima).

Por fim, foi realizado o teste t de média para amostras independentes com a finalidade de comparar a média entre dois grupos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Perfil Socioeconômico do Idoso Soropositivo**

Nesta seção buscou-se analisar o perfil socioeconômico do idoso portador do vírus HIV/AIDS, como pode ser visto na Tabela 1 a seguir.

**Tabela 1: Perfil dos Idosos Entrevistados**

<b>Variável</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	52
Masculino	48
<b>Faixa Etária</b>	
60 a 69	70
70 a 79	30
<b>Raça</b>	
Branco	42
Pardo	42
Negro	16
<b>Religião</b>	
Católica	73
Evangélica	12
Outras	15
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	61
Casado	3
Separado/Divorciado	15
Viúvo	21
<b>Escolaridade</b>	
Até Ensino Fundamental Completo	76
A partir do Ensino Médio	24
<b>Renda</b>	
Até 1 Salário Mínimo	24
Acima de 1 Salário Mínimo	76
<b>Tempo de Diagnóstico da Doença</b>	
1 a 4 anos	36
5 a 8 anos	64

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Dos 33 idosos entrevistados, 52% eram do sexo masculino o que comprova a afirmação de Camargo et al. (2009), de que, embora o número de casos notificados seja cada vez mais crescente entre as mulheres, os homens ainda compõe a maioria dos casos notificados. Silva et al. (2013) ressaltam ainda, que o aumento significativo de idosos portadores do HIV, pode ser justificado pela mudança no padrão sexual dos homens idosos em decorrência dos medicamentos para o tratamento de disfunção erétil, disponíveis no mercado a partir da década de 90, o que acabou lhes proporcionando uma atividade sexual mais intensa.

Em relação à faixa etária dos entrevistados, houve uma predominância de idosos com idade entre 60 a 69 anos (70%). Esse resultado corrobora com o estudo de Oliveira et al. (2013), que ao trabalhar com dados secundários do SINAN/AIDS, evidenciou que o grupo mais acometido pelo HIV/AIDS era aquele com idades entre 60 a 69 anos, ou seja, são os jovens idosos que ainda possuem vida sexual ativa ou aqueles que já envelheceram com a doença.

No que se refere à raça dos idosos entrevistado, evidenciou-se que 42% eram brancos, 42% pardos e 16% negros. Observa-se que este resultado contrapõe o resultado da pesquisa de Ultramari et al. (2011) uma vez que ao analisarem o perfil clínico epidemiológico da infecção pelo HIV em idosos, esses autores identificaram que 76% dos pacientes eram brancos, 23,5% eram negros e 0,5% eram pardos. Assim, nota-se que no estudo de Ultramari et al. (2011) a porcentagem encontrada é maior do que a encontrada neste estudo, tanto para brancos, quanto para negros.

Quanto à religião, notou-se uma predominância da religião católica (73%). Serra et al. (2013) também encontrou resultado semelhante, ao analisar a percepção de idosos com AIDS, atendidos em um centro de referência estadual em Maranhão, onde se verificou que dos 46 idosos com AIDS entrevistados, 80% eram católicos.

Em se tratando de estado civil, foi possível identificar que 61% dos idosos entrevistados, relataram ser solteiros. Vale ressaltar, que este resultado corrobora com o estudo de Serra et al. (2013), onde estes autores ao trabalharem com idosos diagnosticados com HIV, em acompanhamento no Hospital Presidente Vargas em São Luís –Maranhão, identificaram que entre os entrevistados, 63% também eram idosos solteiros.

No tocante escolaridade, 76% dos idosos entrevistados tinham até o ensino fundamental completo, enquanto 24% tinham do ensino médio ao ensino superior completo. Silva et al. (2011) esclarecem que a baixa escolaridade é um indicador importante para o

aumento das taxas de idosos infectados, uma vez que pessoas com pouco tempo de estudo, tendem a não assimilar as informações de forma correta e sabe-se que o aumento nos números de casos de HIV/AIDS na terceira idade estão relacionados à falta de informação, ou seja, pode estar ligado ao um nível de escolaridade reduzido.

Quanto a renda média dos idosos entrevistados, observou-se que 76% recebiam acima de 1 salário mínimo, estando este resultado relacionado ao fato, de que, a maior parte dos entrevistados eram aposentados e/ou pensionistas, e assim, recebiam entre 1 a 2 salários mínimos.

Por fim, em relação ao tempo de diagnóstico do HIV/AIDS, identificou-se que 64% dos entrevistados tinham de 5 a 8 anos de diagnóstico, enquanto 36% apresentavam até 4 anos de diagnóstico.

## **ASSOCIAÇÃO ENTRE ÀS REPRESENTAÇÕES SOBRE A AIDS E O PERFIL SOCIOECONÔMICO**

Ao questionar aos idosos entrevistados sobre o significado da palavra AIDS, foram obtidas 80 palavras como resposta, sendo que estas foram analisadas e agrupadas, dando origem a 2 categorias: Representações Positivas e Representações Negativas, como pode ser visto no Quadro 1.

Como esclarece Silva (2012), nas representações sociais sobre as doenças, é possível visualizar diversas representações, do castigo à redenção, passando pela capacidade humana da reabilitação e da cura, e até mesmo pela constatação do inexplicável e do incurável. Dessa forma, as representações positivas foram agrupadas, tendo como base a afirmação de Carvalho et al. (2003) que ressaltam que a AIDS é associada a aspectos mais positivos como a esperança; possibilidade de tratamento e seguimento das prescrições médicas; conhecimento da existência dos medicamentos anti-retrovirais (que transformaram a AIDS de uma infecção agudamente letal, para uma doença crônica e controlável), sendo responsável por uma vida mais digna e produtiva para os indivíduos HIV positivos, reduzindo a mortalidade e aumentando a qualidade de vida.

Em seguida, analisou-se se as demais palavras estavam associadas a medo, angústia, discriminação, depressão, morte, perigo e coisa ruim, como é trazido por Delmiro (2011), e assim, formou-se a categoria representações negativas.

**Quadro 1: Representações dos idosos entrevistados sobre a AIDS.**

<u>REPRESENTAÇÕES SOBRE A AIDS</u>	
<u>POSITIVAS</u>	<u>NEGATIVAS</u>
Remédio	Perigo                      Preconceito
Cuidado	Decepção                      Complicado
Prevenir	Preocupação                      Problema
Tratamento	Amolação                      Susto
Aceitação	Doença                      Vergonha
Esperança	Mal                      Tristeza
Transmissível	Coisa Ruim                      Depressão
Proteção	Horrível                      Segredo
	Enfermidade                      Medo
	Morte                      Insegurança
	Sem Chão                      Rejeição
	Loucura                      Chateada
	Pavor                      Situação
	Difícil                      Minha Culpa

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Posteriormente foram realizados os testes de qui-quadrado de Pearson para verificar a associação entre as representações sobre a AIDS e o perfil socioeconômico dos idosos, evidenciando que existe associação significativa ( $p$ -value de 0,018) entre o nível de escolaridade dos entrevistados e as suas representações sobre a doença. No entanto essa associação se mostrou relativamente baixa por apresentar o  $V$  de Cramér igual a 0,41. Identificou-se então que os idosos com menor nível de escolaridade (analfabetos até ensino

fundamental completo) apresentaram uma visão negativa sobre a AIDS, enquanto os idosos com maior nível de escolaridade (ensino médio incompleto até superior completo) possuíam representações positivas, como pode ser observado na Tabela 2.

Os dados da Tabela 2 confirmam a afirmação de Saldanha et al. (2009) de que para os idosos com menos escolaridade, emergem representações negativas e ainda atreladas às primeiras concepções da AIDS. Para Jodelet (2001), em seus primórdios, a AIDS, predominava no imaginário das pessoas como um castigo de Deus, devido ao fato de a pessoa ter se comportado de maneira “não digna”. Assim, pode ser observado que a AIDS é vista como um castigo ou punição.

**Tabela 2: Associação entre nível de escolaridade e representações dos idosos sobre a AIDS.**

ESCOLARIDADE	REPRESENTAÇÕES SOBRE A AIDS		TOTAL
	NEGATIVA	POSITIVA	
Analfabeto a Ensino Fundamental Completo	72%	28%	100%
Ensino Médio Incompleto a Ensino Superior Completo	25%	75%	100%
Total	60,61%	39,39%	100%

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

As variáveis raça, sexo, idade, religião, estado civil e renda não apresentaram associação (p-value > 0,05) com as representações dos idosos sobre a AIDS.

Por fim, realizou-se um teste t de média para amostras independentes, com o tempo de diagnóstico dos entrevistados e suas representações sobre a AIDS. Os resultados são apresentados na Tabela 3 a seguir.

**Tabela 3: Média entre tempo de diagnóstico e representações dos idosos sobre a AIDS**

REPRESENTAÇÕES SOBRE A AIDS		N	MÉDIA
Tempo de Diagnóstico	Positiva	13	7,92
	Negativa	20	4,05

Fonte: Dados da Pesquisa (2015).

Para Saldanha (2003) a interpretação da doença tem uma dimensão temporal, não apenas porque a doença em si muda no decorrer do tempo, mas também porque a sua compreensão é continuamente confrontada por diferentes diagnósticos e situações construídas pela família e pelas pessoas que estão próximas. Assim, o conhecimento e o sentido dado a AIDS estão continuamente sendo reformulados e reconstruídos em decorrência dos processos interativos.

Além disso, Saldanha et al. (2009) destacam que para o grupo com diagnóstico mais recente, as representações da AIDS estão associadas a promiscuidade, tanto para a prevenção, quanto para o risco, trazendo consigo o preconceito e a culpabilização, tanto interna como externa, que acompanham a doença. Já para o grupo com maior tempo de diagnóstico, embora esses vejam a doença ainda como um problema, trazem elementos ligados à orientação e a conformação.

Conforme apontam os resultados, enquanto os entrevistados com média de 7,92 anos de diagnóstico apresentam representações positivas sobre a AIDS, àqueles com média de tempo de diagnóstico de 4,05 anos, possuem representações negativas. Observa-se então uma diferença significativa (p-value de 0,000), entre o tempo de diagnóstico e as representações positivas e negativas dos entrevistados. O que comprova que os idosos com o tempo de

descoberta da doença maior, veem a AIDS com um olhar mais positivo, a associando ao cuidado, aceitação, tratamento, proteção, medicamentos e prevenção, ao contrário dos idosos com menor tempo de diagnóstico, que ainda associam a AIDS a perdas, morte, preconceito e a sentimentos negativos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados permitem destacar, que a maioria dos idosos entrevistados, associam a AIDS com aspectos relacionados à morte e ao preconceito, mas também associam ao cuidado e a aceitação. O que demonstra que podem conviver com a doença, apesar da mesma, ser remetida a significados negativos e preconceituosos. Além disso, a AIDS é relacionada à questão dos cuidados que precisam ter, tanto com a saúde, quanto ao que se refere à transmissão.

Observou-se também que as representações dos idosos sobre a AIDS estavam associadas ao nível de escolaridade e ao tempo de diagnóstico, evidenciando que os entrevistados com maior nível de escolaridade e tempo de diagnóstico, possuíam representações positivas.

Vale destacar que neste estudo as variáveis raça, sexo, idade, religião, estado civil e renda não estavam associadas as representações dos idosos sobre a AIDS.

Assim, pode-se concluir que para os idosos, a AIDS esta ligada na maioria das vezes a perdas, morte, falta de prevenção, tratamento, entre outros, estando estas representações influenciadas por um conjunto de fatores ou atributos socioculturais, com incidência diferenciada, em função da descoberta do diagnóstico, nível de conhecimento, redes de apoio e mudanças ocorridas em suas vidas.

Reconhece-se que nenhuma pesquisa se esgota com sua realização, pois, a partir da mesma, novas questões podem surgir, já que a construção do conhecimento é um processo fluído e mutável. Sendo assim, considera-se importante investigar as percepções e as representações sobre a AIDS de idosos que adquiriram o HIV, especificamente, na terceira idade.

## REFERÊNCIAS

BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, Virginia Azevedo Reis; CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. **Interação em Psicologia**. v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005.

BRASILEIRO, Marislei de Sousa Espíndula. **Representações sociais sobre Aids de idosos infectados pelo HIV: riscos e reconstruções**. Belo Horizonte, 2004. 137f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2004.

CAMARGO, Brígido Vizeu; TORRES, Tatiana de Lucena; BIASUS, Felipe. Práticas sexuais, conhecimento sobre HIV/Aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do Brasil. **Liberabit**.v. 1.15, n. 2, p.1-11, 2009.

CARVALHO, Cláudio Viveiros; DUARTE, Diva Barnabé; MERCHAN-HUMANN, Edgar; BICUDO, Eliana; LAGUARDIA, Josué. Determinantes da aderência à terapia antiretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999- 2000. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 19, v. 2, p. 593-604, 2003.

CASTRO, Susane de Fátima de; COSTA, Aline Aragão da; CARVALHO, Luciane Alves de; JÚNIOR, Francisco de Oliveira Barros. Prevenção da AIDS em idosos: visão e prática do enfermeiro. **Revista Ciência & Saúde**. v. 7, n. 3, p.131-40, 2014.

COLLIS, J.; Hussey, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

DANTAS, M.; CAVALCANTE, V. **Pesquisa qualitativa e Pesquisa quantitativa**. Universidade Federal de Pernambuco. 2006. Disponível em:<<http://pt.scribd.com/doc/14344653/Pesquisa-qualitativa-e-quantitativa>>. Acesso em: 09 de Maio de 2019.

DELMIRO, Rosana Silva. **O que Pensam os Idosos sobre a Aids: Representações Sociais e Práticas**. 2011. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Rosana%20Delmiro.pdf>>. Acesso em: 01 de Maio de 2019.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 1-8, 2011.

GUERCIO, Patrícia Moura da Silva. **Serviço de Assistência Especializada (SAE)**. Portal PJF, Fevereiro de 2004. Disponível em: <[http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/aids\\_dst/servicos.php](http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/aids_dst/servicos.php)>. Acesso em: 01 de Maio de 2019.

JODELET, Denise. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

OLIVEIRA, Maria Liz. Cunha de; PAZ, Leidijany Costa; MELO, Gislane Ferreira de. Dez anos de epidemia do HIV/AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. **Rev Bras Epidemiologia**. n. 16, v. 1, p. 30-39, 2013.

PROVINCIALI, Renata Maria. **O convívio com HIV/aids em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento**. Ribeirão Preto, 2005. 126f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Psicologia e Educação, Ribeirão Preto-SP, 2005.

RIBEIRO, A. S. M. **ALCESTE: Análise quantitativa de dados textuais**. Apostila Universidade de Brasília; 2000.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; SOUSA, Valdiléia Carvalho de. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Interamerican Journal of Psychology**. v.43. n.2, p. 323-332, Porto Alegre. 2009.

SALDANHA, Ana Alayde Werba. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade Federal de São Paulo; 2003.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Monica de. Vulnerabilidade das Idosas ao HIV/Aids: Despertar das Políticas Públicas e Profissionais de Saúde no Contexto da Atenção Integral: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia [online]**. n. 14, v. 1, p. 147- 158, 2009.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; PEREIRA, Amanda Namíbia Silva; LIMA, Silvia Cristina Viana Silva. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate**. v.37. n. 97, p. 1-11, 2013.

SILVA, Helony Rodrigues da; MARREIROS, Maria do Ó Cunha; FIGUEIREDO, Thiago Silveira; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com Aids em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.20 n.4, p. 499-507, 2011.

SILVA, Margarete Moreira Coutinho. **Juventude Rural e as Representações Sobre a Aids**. 2012, 207 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2012.

SONTAG, S. **AIDS E SUAS METÁFORAS**. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.

ULTRAMARI, Liliane; MORETTO, Paula Burian; GIR, Elucir; CANINI, Silvia Rita Marin da Silva; TELES, Sheila Araujo; GASPAR, Joice; MACHADO, Alcyone Artioli. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 13, n. 3, p. 405-412, 2011.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**. v.5, n.1, p.61-70, 2002.

## ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA JUNTO A IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaims Franklin Ribeiro Soares <sup>1</sup>

Maria Júlia Galindo Soares <sup>2</sup>

Paôlla Gabrielly Antas Lunguinho Dantas <sup>2</sup>

### RESUMO

Atualmente, a constituição de um currículo na graduação requer ações extras para preparar o estudante para situações durante a profissão. Estas atividades são desenvolvidas através de monitoria, pesquisa e extensão e pela participação em ligas acadêmicas oportuniza boas práticas e investigação e intervenção. A Liga Acadêmica de Gerontologia em Fonoaudiologia (LAGEFON) da Universidade Federal da Paraíba, promove atividades da atuação fonoaudiológica nessa área, realizando ações em uma Instituição de Longa Permanência para Idosas, visando melhorias nas alterações fonoaudiológicas, através de atividades lúdicas, como jogos de memória, quebra-cabeça, música e orientações sobre disfagia para as idosas e seus cuidadores. Este trabalho impacta no bem-estar biopsicossocial, principalmente na diz respeito à comunicação, memória, interação entre idosas e relação terapeuta-paciente.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia, Envelhecimento, Graduação, Intervenção, ILPI.

### INTRODUÇÃO

As Ligas Acadêmicas (LA) são entidades sem fins lucrativos, criadas e organizadas por estudantes sob a orientação de um ou mais professores. Caracterizam-se pelo objetivo de aprofundar um tema específico a ser estudado, funcionando a partir do tripé ensino, pesquisa e extensão (AZEVEDO, DINI, 2006). Caracteriza-se como um grupo de alunos que se organiza respeitando um estatuto que normatiza suas atividades, com objetivo principal de aprofundamento em determinados temas. As atividades de uma liga acadêmica incluem aulas teóricas, seminários, simpósios, projetos de pesquisa e atividades voltadas à comunidade (CUNHA, BATISTA, FERREIRA, 2014).

---

<sup>1</sup> Mestre pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [jaimsribeiro@gmail.com](mailto:jaimsribeiro@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [juliagalindo8@gmail.com](mailto:juliagalindo8@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [paollagabrielly19@gmail.com](mailto:paollagabrielly19@gmail.com);

Segundo Queiroz *et al* (2014, p. 75), “as grades curriculares dos cursos de graduação já não são suficientes para o preparo do acadêmico, sendo assim os universitários que buscam complementar a formação através de atividades extracurriculares estarão à frente daqueles que se baseiam somente na grade normal estabelecida pelas instituições de ensino superior” (*apud* COSTA *et al*, 2012).

Ao entrar em uma liga ou em algum dos pilares acadêmicos (monitoria/ensino, pesquisa e extensão), é possibilitado ao aluno a desenvolver seu senso crítico e raciocínio científico que irão somar tanto na sua vida pessoal quanto profissional. Muitos usam essas ferramentas como forma de suprir as lacunas do currículo formal vigente valorizando o aprendizado teórico-prático.

Neste contexto, o envelhecimento da população é um acontecimento mundial, em decorrência do aumento da expectativa de vida e a redução da taxa de fertilidade, a partir do século XX. Na realidade brasileira, segundo o IBGE (2016), 14,3% dos habitantes são idosos, o que equivale a 29.374 milhões de pessoas. Ocorreu um aumento da expectativa de vida para ambos os sexos, sendo a idade esperada agora de 79,31 anos para o sexo feminino e 72,18 anos para o sexo masculino.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde publicou diretrizes que garantem o cuidado e atenção integral da população idosa, potencializando as ações desenvolvidas e propondo estratégias para ampliar a qualificação desse cuidado e do acesso das pessoas idosas às Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Segundo a Anvisa, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são instituições governamentais ou não governamentais de caráter residencial, destinadas a serem domicílios coletivos de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Nas ILPIs brasileiras é frequente encontrar idosos com presbifagia e alterações de memória e linguagem, condições da área de atuação fonoaudiológica.

Das alterações decorrentes do envelhecimento natural humano, a presbifagia é caracterizada pela modificação na função da deglutição, na qual se desenvolvem adaptações no processo de alimentação e que deixa o idoso propenso a desenvolver disfagia. As principais queixas apresentadas pelo idoso no que se refere a deglutição estão diretamente relacionadas a mastigação deficiente por consequência de perdas dentárias, acarretando dificuldade de mastigar corretamente, demora ao mastigar, cansaço durante a mastigação, preferência por

consistências macias ou mais pastosas, uso de líquido para auxiliar na formação do bolo alimentar e muitas vezes, modificação nos hábitos alimentares com prejuízos nutricionais (SILVA, CUNHA, 2011, p. 139-142).

Já em relação ao Sistema Nervoso Central, as alterações de aprendizado e memória estão entre os principais alvos de pesquisas realizadas nesse público, visto que podem comprometer o bem-estar biopsicossocial do idoso, e acarretar uma diminuição da sua socialização, por exemplo. Em 1991, Preti observou na linguagem dos idosos o aumento da frequência de repetições, hesitações, bem como autocorreções devido a fatores naturais e físicos (maior lentidão nas reações na comunicação ativa ou receptiva, problemas de audição e memória).

A gerontologia é a especialidade que estuda o envelhecimento e o fonoaudiólogo tem papel importante nessa área por tratar de diversas alterações que podem surgir na velhice como a presbifonia, a presbiacusia, a disfagia, distúrbios da motricidade orofacial e de linguagem, entre outras.

De acordo, com Almeida e Guarinello (2009), nos últimos anos tem se observado declínio do status do idoso na sociedade, conseqüente de sua perda de energia e produtividade econômica o que ocasiona um sentimento de inutilidade, pois ele é isolado dos demais e acaba sendo privado de se comunicar e ter informações em ambientes onde vive.

É necessário conhecer os processos gerais do envelhecimento, e se descobrir técnicas para atingir o paciente na busca do equilíbrio entre as perdas e ganhos. Muitos planos de reabilitação fracassam, pelo desconhecimento, por não respeitarem as características individuais, tão necessárias à prática de definição de condutas. É imprescindível que se faça um trabalho preventivo e de esclarecimento para que a referida população consiga identificar as doenças das alterações próprias do envelhecimento buscando soluções adequadas sempre que se fizerem necessárias, deixando, assim, de aceitar passivamente as patologias como condições naturais da idade (SOARES, ZANONI, JUNQUEIRA, 1998, p. 129- 136).

A idade avançada incita transformações biopsicossociais na rotina do ser humano. Além do desgaste progressivo de tecidos, órgãos e da capacidade física e cognitiva, há um acentuado processo de perdas que desencadeiam turbulências emocionais e psíquicas que, por sua vez, costumam ocasionar profunda infelicidade e diminuem a qualidade de vida de maneira agressiva (MACHADO, CAVALIÉRE, 2012, p. 116).

A família tem encontrado crescentes dificuldades para desempenhar determinadas atividades como cuidar de seus idosos em seu próprio domicílio, onde o idoso passa por um grande desafio, mudando da sua própria moradia para uma Instituição de Longa Permanência (ILP), necessitando de abordagem especial, de acompanhamento e apoio. Porém, no passado e ainda hoje, há um grande número de ILPIs funcionando com uma equipe mínima, constituída por uma assistente social e auxiliar de enfermagem ou cuidador de idoso, além de pessoal de apoio (SÁ *et al*, 2012). Observa-se ainda que a maioria das instituições não possui um fonoaudiólogo para atender e avaliar as idosas e fazer chegar aos outros profissionais informações da ciência fonoaudiológica.

Nestes termos, esse estudo tem como objetivo relatar as experiências de atuação fonoaudiológica para promoção da saúde e reabilitação de idosas dentro do espaço de uma liga acadêmica.

## **METODOLOGIA**

Este estudo está baseado na vivência de membros que participam da Liga Acadêmica de Fonoaudiologia (LAGEFON) realizando ações em uma Instituição de longa permanência para idosas (ILPI) na cidade de João Pessoa – PB. Este local foi escolhido devido à ausência de fonoaudiólogo na equipe e ter um público que demonstrou interesse e necessidade pelo atendimento. Atualmente, a liga é composta por vinte e oito participantes, dentre eles: alunos, professores e colaboradores externos (profissionais de fonoaudiologia).

No período de fevereiro a maio de 2019 foram visitadas trinta e quatro idosas com a proposta de detectar a demanda de alterações fonoaudiológicas que poderiam ser tratadas. Para ter início o desenvolvimento das ações na instituição asilar, houve um treinamento para os estudantes com a coordenadora e demais profissionais do projeto. Tal capacitação se deu por meio de reuniões científicas nas quais foram abordados os protocolos de rastreio de alterações da saúde e formas de intervenções frequentes em idosos.

Para levantamento de informações, foram utilizados o Mini Exame de Estado Mental (MEEM), o Teste do Desenho do Relógio e o Teste de Fluência Verbal (FREITAS *et al*, 2013). São testes de rastreamento cognitivo que avaliam as habilidades de orientação de tempo e espaço, memória, linguagem, praxias, cálculo, atenção e funções executivas.

Com os resultados dos testes, foi possível observar quais as maiores dificuldades e, a partir dos escores obtidos, as idosas foram divididas em grupos para início das intervenções fonoaudiológicas nas áreas de memória, linguagem, motricidade orofacial e disfagia, durante o mês de abril.

A partir disso, foram elaboradas algumas estratégias para iniciar a intervenção. Entre elas a criação de um calendário para trabalhar a memória, visto que algumas apresentavam desorientação temporal; jogos de memória abrangendo categorias semânticas variadas facilitando acesso ao léxico gramatical e favorecendo atos informativo e formativo do grupo além da elaboração de figuras com categorias semânticas diversas como animais e frutas; músicas para trabalhar com a memória de evocação de eventos importantes de suas vidas reconectando-se com o mundo; mas não apresentaram os resultados. Vale ressaltar que os materiais utilizados foram confeccionados pelos próprios integrantes da liga.

Para análise da deglutição das idosas acamadas, foram realizadas avaliações funcionais de disfagia, até então com 5 idosas, sob orientação e auxílio das fonoaudiólogas colaboradoras da liga. Foi aplicada uma versão adaptada do protocolo de avaliação clínica da deglutição utilizado pelo Laboratório de Estudos em Deglutição e Disfagia (LEDDis) da Universidade Federal da Paraíba, utilizando de espátula, estetoscópio, jaleco, luvas e gorro.

Com os resultados da avaliação de disfagia foi vista a necessidade de repassar para os técnicos de enfermagem orientações sobre a alimentação das idosas acamadas, já que muitas apresentaram disfagia e estavam sendo alimentadas de maneira inadequada. Com isso, foi orientado sobre a melhor postura corporal e consistência dos alimentos oferecidos, por exemplo.

Buscando um olhar amplo sobre os cuidados com as idosas, foi proposto por um membro da equipe da LAGEFON uma ação em alusão ao dia das mães, que trouxesse mais do que aspectos técnicos, um olhar humanizado. Foi levantada então uma campanha de arrecadação de produtos de beleza e higiene pessoal para serem doados às idosas. O foco se deu ao redor de maquiagens, perfumes e hidratantes corporais. Após um levantamento de doações, os produtos foram divididos em kits, visando atender todas as idosas. Discentes do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP), demonstraram interesse em participar da ação através de redes sociais, e ofereceram ajuda. A partir disto houve a ideia de realizar oficinas de beleza, com contribuição também da equipe da LAGEFON.

De acordo com o parágrafo único da resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, não se faz necessário avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para estudos que objetivam o

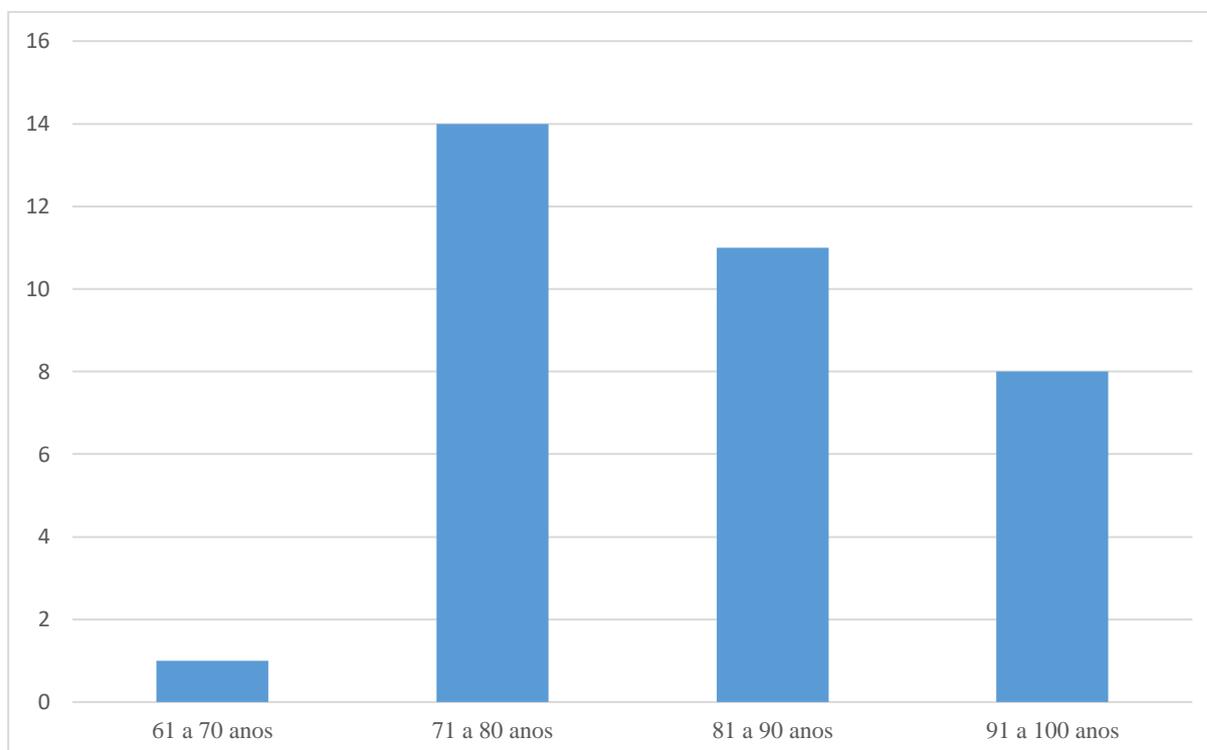
aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observou-se que os funcionários da instituição asilar foram receptivos e colaborativos com a presença dos integrantes da liga, dispostos a mostrar o funcionamento da casa e auxiliando quando necessário. Quando conhecemos as idosas conseguimos criar vínculo com elas, resultando em encontros permeados de carinho, atenção e participação durante todo o processo.

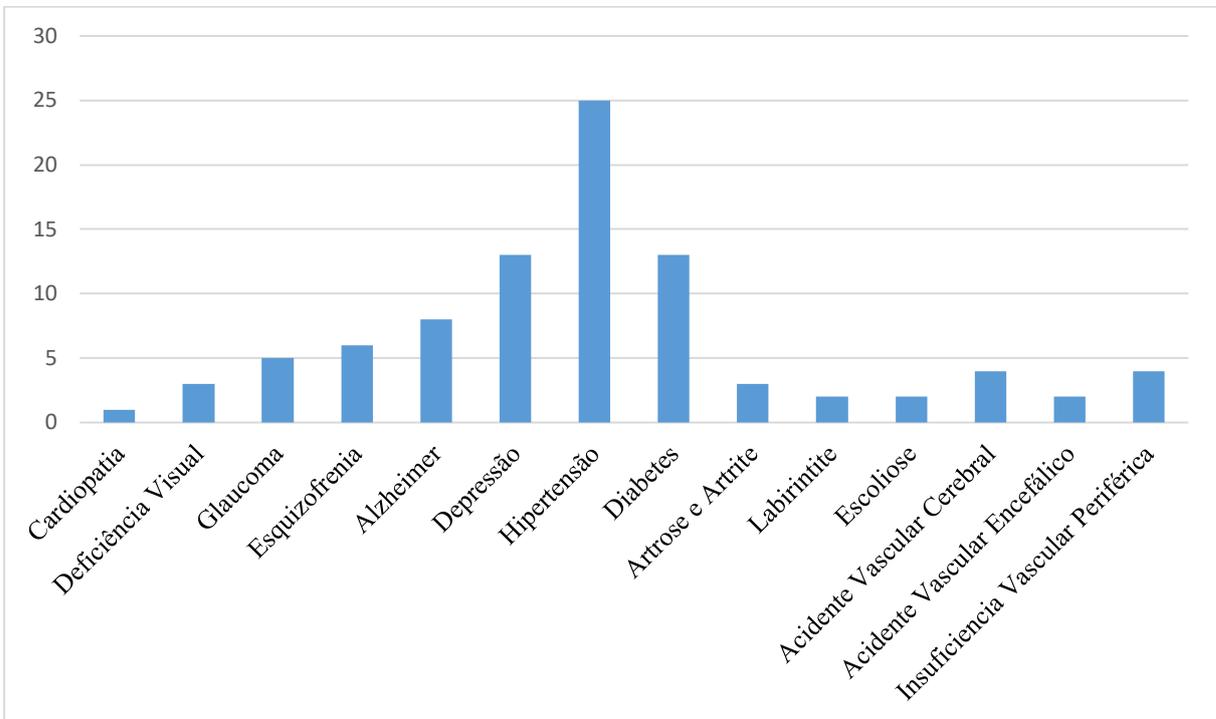
Ao fazer um levantamento de dados no sistema do local foi constatada a prevalência de idosas com idades entre 71 a 80 anos (41,18%) e a menor prevalência entre 60 a 70 anos (2,94%), conforme o gráfico 1.

**Gráfico 1** – Distribuição das idades das idosas institucionalizadas. João Pessoa/PB, 2019.

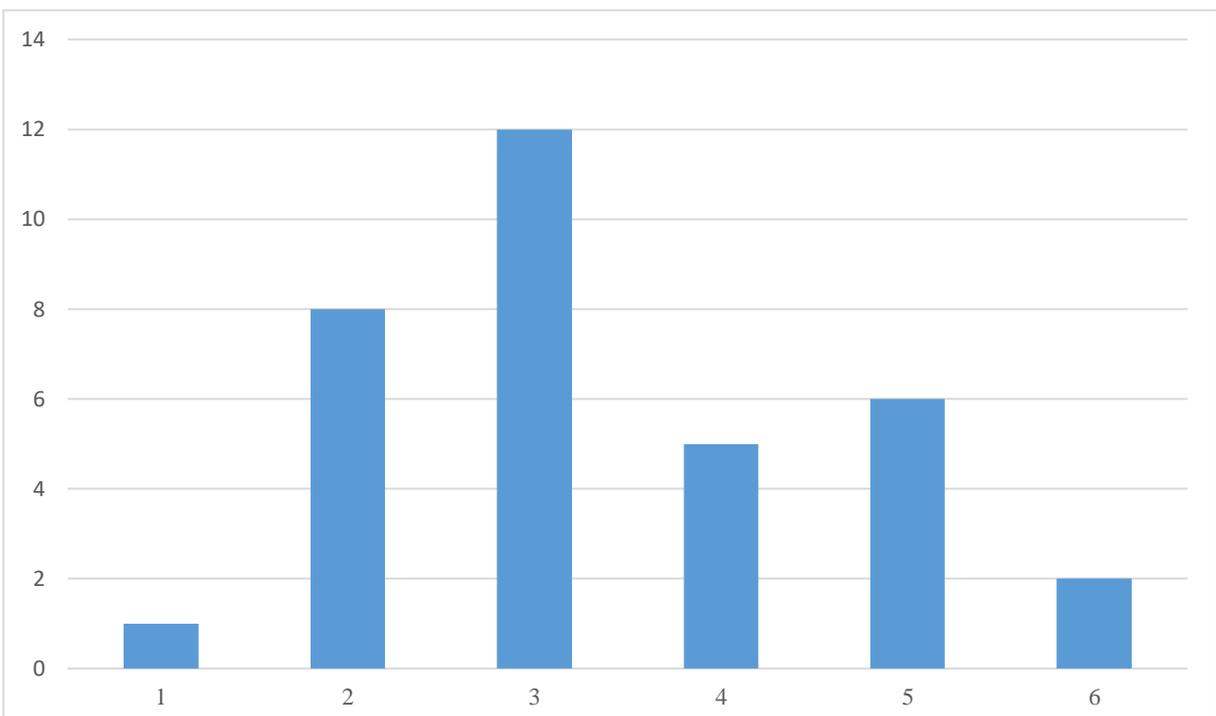


Também foram identificadas as patologias que acometem as idosas, sendo encontrado um total de 14, das quais o maior índice foi de hipertensão que prevalecia em 71,43% das idosas (gráfico 2). É válido anotar que 97% possuem mais de uma patologia (gráfico 3).

**Gráfico 2** – Distribuição das patologias que acometem as idosas institucionalizadas. João Pessoa/PB, 2019.



**Gráfico 3** – Distribuição da quantidade de patologias que acometem as idosas institucionalizadas. João Pessoa/PB, 2019.



A vivência da atuação contribuiu na formação e complementação dos ensinos da graduação, por ser um público não tão frequente nos estágios curriculares obrigatórios e serem alvos de uma das especializações fonoaudiológicas. Geralmente, esse público necessita da atuação de um fonoaudiólogo por motivos do processo de envelhecimento normal do sistema estomatognático, assim como também de patologias secundárias. Com essa gama de patologias distintas atreladas a uma faixa etária abrangente, possibilitando verificar as alterações que ocorrem com o passar dos anos, Almeida, Beger, Watanabe (2007: 271-280, *apud* GERREIRO, CALDAS, 2001) afirmaram:

(...) “que o envelhecimento predispõe a diversas condições de adoecimento, com repercussão sobre a capacidade funcional, entre elas, os transtornos cognitivos, que compreendem desde leves déficits atencionais ou de memória até comprometimento cognitivo extenso, como a síndrome da demência.”

Na aplicação de protocolos surgiram dificuldades, pois muitas idosas não conseguiam realizar o que estava sendo pedido devido a problemas de visão, perda auditiva, dificuldade cognitiva e analfabetismo, bastante frequente. É notório a presença de alterações auditivas, visto que muitas não conseguiram escutar e pediram para repetir o que foi dito ou que fosse falado mais próximo delas. Sendo que a única protetizada (portadora de prótese auditiva) não mantém regularidade de uso do aparelho, não realiza checagem auditiva e não faz acompanhamento com o profissional adequado, o que a impossibilita de ter uma escuta efetiva.

É importante destacar que muitos idosos acabam se isolando da sociedade por vergonha, outras vezes por negação do quadro auditivo que se encontram, ou por preconceito que recebem por falta de conhecimento sobre o problema. A facilidade para a pessoa aceitar irá depender do momento que se encontra na vida e se existe estabilidade emocional para enfrentar as dificuldades e conseguir uma adaptação. Conforme Sousa e Russo (2009: p. 241-246):

“A atuação do fonoaudiólogo junto a idosos vem cada vez mais contribuir para otimizar os aspectos biopsicossociais, principalmente quando esta faz parte de um processo interdisciplinar. Os recursos utilizados para a reabilitação auditiva auxiliam no sentido de minimizar a dificuldade de comunicação, uma vez que possibilitam a melhora no desempenho auditivo, proporcionando maior integração do deficiente auditivo à sociedade”.

Inicialmente foi proposto intervenção utilizando as músicas “Bandeira branca”, marchinha de carnaval de 1970 que foi escrita por Max Nunes e Laércio Alves e interpretada por Dalva de Oliveira, e “Fica comigo esta noite”, escrita por Andelino Moreira e Nelson Gonçalves em 1961, sendo interpretada por este último. Porém elas não se recordaram das

melodias e letras, além disso algumas tiveram dificuldades de ouvir mesmo as músicas sendo reproduzidas em caixas de som com intensidade alta.

Com isso foram elaboradas novas estratégias de intervenção, como o jogo de memória que aprimora e treina as funções cognitivas, facilitando a interação grupal, além de estimular a visão e quebra-cabeças para estimular a atenção, cooperação, coordenação e expressão verbal, características estas confirmadas por Carvalho (2009), que afirmou que jogos e brincadeiras são atividades que estimulam as funções cognitivas e a criatividade de idosos, ampliando imaginação e liberando emoções, fortalecendo o autoconceito, a autoimagem e a autoestima, estimulando a interação entre os participantes.

Esses jogos foram criados por membros da LAGEFON para trabalhar com os campos semânticos mais comuns, facilitando a identificação dos objetos nas imagens apresentadas e estimulando esta habilidade na linguagem das idosas e promovendo o enriquecimento semântico. Conforme Benveniste (2006):

A noção de semântica nos introduz no domínio da língua em emprego e em ação; vemos desta vez na língua sua função mediadora entre o homem e o homem, entre o homem e o mundo, entre o espírito e as coisas, transmitindo a informação, comunicando a experiência, impondo a adesão, suscitando a resposta, implorando, constringendo; em resumo, organizando toda a vida dos homens. É a língua como instrumento da descrição e do raciocínio. Somente o funcionamento semântico da língua permite a integração da sociedade e a adequação ao mundo, e por consequência a normalização do pensamento e o desenvolvimento da consciência.

Mostrou-se necessário adaptar as terapias de acordo com o nível de cognição e letramento de cada idosa por causa da incapacidade de algumas para compreender o que era pedido. Essas características também são vistas na infância, já que nessa etapa as crianças estão sendo alfabetizadas e ainda estão desenvolvendo a capacidade de compreensão, com isso estas adaptações podem ser utilizadas em asilos, creches e escolas, por exemplo.

Outro fator limitante da atuação foi o alto número de pacientes com alterações motoras, não conseguindo andar com autonomia, não conseguindo manter postura adequada e devido à presença de artrose, escoliose e artrite reumatoide. De acordo com Mota *et al* (2011), a artrite reumatoide (AR) é mais prevalente em mulheres (relação mulheres/homens de 2:1) e sua incidência aumenta com a idade.

Com as terapias está sendo possível desenvolver as questões cognitivas das pacientes, fazendo uso de estratégias que auxiliam as atividades de vida diária. Foi encontrado resultados

positivos acerca do desempenho cognitivo das idosas associado a estimulação continuada, pois ao fazer a estimulação mental ocorre prevenção do declínio cognitivo.

As atividades lúdicas contribuíram na qualidade de vida das idosas institucionalizadas, pois se constatou o desenvolvimento e envolvimento delas. É notória a expectativa das idosas com as visitas feitas a instituição, confirmando a importância das ações. Considera-se esse projeto uma relevante iniciativa por meio da Universidade.

Percebeu-se a necessidade de algo para nortear a noção de tempo das idosas, visto que por estarem há bastante tempo vivendo na instituição sem contato com pessoas de fora, elas conseqüentemente apresentaram dificuldade nessa habilidade. Para isso foi criado um calendário, e com auxílio dos funcionários elas têm acesso ao dia da semana e data do mês vigente.

Com as mudanças que ocorrem na deglutição, a orientação dada aos funcionários da ILPI, foi imprescindível para estarem preparados para auxiliar as idosas no momento da alimentação mostrando a importância da capacitação da equipe para atender este público. Por não saberem os fatores de risco da disfagia e aspiração, aumenta a probabilidade de ocorrerem esses casos, mas com a devida orientação, essa porcentagem diminui.

Diante da ação realizada em comemoração ao dia das mães, com a entrega dos kits (figura 1) arrecadados em doações, foi notável o envolvimento e gratidão das residentes da ILPI. Para a equipe organizadora, foi um momento gratificante e prazeroso, em virtude de todos os participantes terem ficado felizes com esse espaço de interação e acolhimento, além de ter exposto a liga de forma positiva com as ações desenvolvidas para esse público e atingindo sucesso no que tinha sido proposto inicialmente.

Dentre o que foi realizado, foram realizadas oficinas de beleza (figura 2) com o auxílio de estudantes do curso de estética do IESP e massagens, promovendo cuidado e resgatando boas lembranças, além de alimentar a vaidade, por conseguinte, elevando a autoestima das institucionalizadas. Isso demonstrou o quanto as questões estéticas podem influenciar na vida das pessoas independentemente da idade.

**Figura 1** – Entrega dos kits



Fonte: Acervo da LAGEFON (2019).

**Figura 2** – Oficina de beleza



Fonte: Acervo da LAGEFON (2019).

As expectativas da atuação na ILPI visam aprimorar os aspectos de comunicação, interação, memória, linguagem, nutrição adequada (desde uma mastigação funcional até uma deglutição adequada) das idosas. Tal proposta tem sido alcançada, visto que agora houve um aumento na interação e comunicação, se comparado ao início das ações. Apesar das vezes quando o recurso terapêutico utilizado não foi efetivo como planejado, era possível contornar a situação através de outras formas de estimulação. É possível observar como essa atuação tem sido benéfica, trazendo bons resultados e deve ser continua já que as melhoras são gradativas.

A experiência mostrou a importância de investimento nas ligas acadêmicas, pois proporcionam vivência ampla e diferente das condições normais da estrutura curricular além de abranger projetos de pesquisa e extensão, ampliando o aprendizado da prática fonoaudiológica. Além disso, mostra a importância e atuação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar que trabalha no cuidado a idosos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As características da população alvo e a distribuição dos distúrbios fonoaudiológicos nas idosas mantiveram semelhanças a outros estudos na área, sendo que as alterações de linguagem, memória, cognição, alterações auditivas e de deglutição foram os aspectos fonoaudiológicos mais frequentemente encontrados.

A atuação fonoaudiológica contínua nesta população tem sido importante ferramenta para a promoção da saúde e reabilitação, pois permite aos graduandos participantes da liga a prática de ações corriqueiras contribuindo na sua formação profissional e alertando sobre como o cuidado é um dever do profissional de saúde, além de mostrar a relevância da atuação fonoaudiológica nas ILPIs.

O trabalho desenvolvido auxiliou nas questões biopsicossociais no geral, obtendo melhorias na comunicação, memória, interação entre idosas e terapeuta-paciente, além da disfagia. Os resultados aqui apresentados são preliminares, sendo necessário continuidade das atuações, especialmente quanto à sistematização dos dados em em disfagia. Nas questões auditivas não foi possível intervir devido à falta de recursos e materiais necessários. Faz-se essencial a continuação das atividades desenvolvidas, pois é um esforço paulatino que está conseguindo prover evolução para os casos.

## AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus, por toda a oportunidade por ele ofertada. As nossas famílias que dão o suporte necessário para que possamos nos empenhar na vivência acadêmica. A Universidade Federal da Paraíba, por ser um grande centro de atividades de ensino, pesquisa e extensão, ofertando diversas situações enriquecedoras e de grande prestígio perante a sociedade. À professora e coordenadora do projeto Dr<sup>a</sup> Ana Karênina Freitas Jordão do Amaral por todo o suporte técnico e humano nas ações realizadas na instituição asilar. À Elizabeth, enfermeira da ILPI que nos auxiliou com os dados demográficos do local, assim como também, às diretoras e funcionários do por todo o acolhimento prestado à equipe da LAGEFON. À Flavia Luiza Costa do Rego, professora do curso de Fonoaudiologia, por todo o conhecimento passado nas aulas expositivas. À Clarissa Madruga Holanda e Simone Pereira Lins Chaves, fonoaudiólogas colaboradoras da Liga Acadêmica que nos auxiliaram nas ações práticas de disfagia, assim como também à Ilanna Cibele Delgado de Araújo Fonseca, mestre em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba. Além de Nayana Barbosa, Mariany dos Santos, Maryelle Thayane, Hilma Fernanda, Ellen Mariane, Hionara Nascimento, Andrielle Xavier, Andreia Moraes, Barbara Santos, Mariana Nunes, Joyce Eveliane, Jayne de Freitas, Lais Simoni, Thayná Lima, Suzana Araújo, Stephanie Emelly, Ana Beatriz Veiga, Wagner Teobaldo, Fernanda Cardozo e Lidiane Holanda, todos membros da LAGEFON, por todo o comprometimento em cada ação realizada pela liga.

## REFERÊNCIAS

- ACOSTA, N.; CARDOSO, M. C. Presbifagia: estado da arte da deglutição do idoso. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 1, 27 mar. 2013.
- ALMEIDA, Maria Helena Morgani de; BEGER, Maria Lucia Martuscelli; WATANABE, Helena Akemi Wada. Oficina de memória para idosos: estratégia para promoção da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 271-280, agosto, 2007.
- ALMEIDA, Mariana Ribeiro de; GUARINELLO, Ana Cristina. Reabilitação audiológica em pacientes idosos. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 247-255, 2009 .
- AZEVEDO, R.P.; DINI, P.S. **Guia para construção de Ligas Acadêmicas**. Ribeirão Preto: Assessoria Científica da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, 2006.
- BENVENISTE, E. **Problemas de linguística geral II**. 2. ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2006, p. 226.
- CARVALHO, Noeme Cristina. **Dinâmicas para idosos**. Petrópolis-RJ: Ed. Vozes, 2009.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 16 abr. 2019.
- FREITAS *et al.* **O tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013, p. 2348-2350.
- GUERREIRO, T.; CALDAS, C.P. **Memória e demência: (re) conhecimento e cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.
- KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado**. Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, abril, 2012.
- LIMA, Mauro Cunha. BATISTA, Nildo Alves. FERREIRA, Beatriz Jansen. **Guia de implantação e orientação de rotinas para ligas acadêmicas de estudantes de medicina**. São Paulo: CEDESS E UNIFESP, 2014.
- MACHADO, Rosiléa M. L.; CAVALIÉRE, Stelamaris L. **Cadernos Unisuam**: Rio de Janeiro, 110 v. 2, n. 1, p. 116, jun. 2012.
- MOTA, Licia Maria Henrique da *et al.* Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 207-219, Junho, 2011.
- PRETI, D. A linguagem dos idosos: um estudo da análise da conversação. São Paulo: Contexto, 1991.
- QUEIROZ, Silvio José *et al.* A importância das ligas acadêmicas na formação profissional e promoção de saúde. **Fragments de cultura**, Goiânia, v. 24, especial, p. 73-78, dez. 2014.
- SÁ, Ingrid Petra Chaves *et al.* Condições de saúde bucal de idosos da instituição de longa permanência Lar Samaritano no município de São Gonçalo-RJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1259-1265, maio, 2012.

SANTOS, Mariana Teles; FLORES-MENDOZA, Carmen. Treino Cognitivo para Idosos: Uma Revisão Sistemática dos Estudos Nacionais. **Psico-USF**, Campinas, v.22, n. 2, p. 337-349, maio, 2017.

SILVA, H. J.; CUNHA, D. A. **O Sistema Estomatognático**: anatomofisiologia e desenvolvimento. 2. ed. São José dos Campos: Pulso Editorial, 2011, p. 139-142.

SOARES, Carla A., ZANONI, Leila G., JUNQUEIRA, Ester D. S. Atuação fonoaudiológica no processo de envelhecimento normal. *Mimesis*, Bauru, v. 19, n. 1, p. 129- 136, 1998.

SOUSA, Maria da Glória Canto de; RUSSO, Iêda Chaves Pacheco. Audição e percepção da perda auditiva em idosos. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 241-246, 2009.

## AValiação DA ATIVIDADE LABORAL DAS MULHERES IDOSAS QUEBRADEIRAS DE COCO BABAÇU.

Adriana Maria de Araújo Lacerda Paz<sup>1</sup>  
Márcia Andréa Gonçalves Leite<sup>2</sup>  
Paula Tâmara Vieira Teixeira<sup>3</sup>  
Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A saúde dos idosos no trabalho rural é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica. **Objetivo:** Avaliar o trabalho rural em idosas, quebradeiras de coco babaçu, através do efeito ergonômico da curvatura espinhal. **Método:** É um estudo quantitativo e transversal realizado com 30 mulheres idosas, quebradeiras de coco babaçu, residentes na Comunidade de São José dos Mouras, na cidade de Lima Campos, estado do Maranhão. Foram utilizados na coleta de dados: formulário de identificação, biofotogrametria computadorizada e questionário nórdico de sintomas osteomusculares. Os dados foram analisados no software SPSS. **Resultados:** As mulheres em estudo apresentaram 93,3% de dor na região da coluna e evidenciou-se que quanto maior a idade das participantes, menor o ângulo da linha espondilêia ( $p=0,015$ ) e menor o ângulo de desnível dos ombros ( $p=0,026$ ). Quanto à dor, os valores significativos foram vistos no Ângulo de Desvio de Ombros, Ângulo de Cifose e Ângulo de Lordose ( $p < 0,05$ ). Já em relação ao estado civil, as participantes casadas ou viúvas apresentaram um valor médio de Ângulo de Cifose menor que as solteiras ( $p=0,041$ ), sabendo que quanto maior os valores de Índice de Massa Corporal, menor os valores de Ângulo de Cifose ( $p=0,042$ ). **Conclusão:** As avaliações posturais nessas camponesas evidenciaram que a dor prevalecia nas regiões da paravertebral e mostraram uma associação entre a sintomatologia e as alterações posturais.

Palavras-chave: Idoso. Agricultura. Babaçu. Dor. Postura.

---

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

## INTRODUÇÃO

A saúde dos trabalhadores rurais é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza física, química, biológica, mecânica e ergonômica presentes nos processos de trabalho (MOREIRA *et al.*, 2015).

O babaçu é uma palmeira oleaginosa (*Orbignya phalerata*) nativa do Brasil presente na zona de transição entre as florestas úmidas da bacia amazônica e as terras semiáridas do Nordeste, e em parte do cerrado brasileiro (PIZZIO, 2015).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2014), cento e quarenta e oito municípios no Maranhão produzem toneladas de amêndoas de babaçu. Os cinco maiores municípios produtores são: Pedreiras (5.306), Vargem Grande (4.679), Porção de Pedras (4.378), Bacabal (3.250) e São Luís Gonzaga do Maranhão (3.155). A cidade de Lima Campos, a qual esse estudo foi realizado, está na vigésima quarta colocação de maiores produtores de amêndoas de babaçu.

As quebradeiras de coco babaçu são frequentemente afetadas por doenças relacionadas ao tipo de atividade laboral que exercem. Várias dessas estão relacionadas à disfunção patológica que leva a alterações biomecânicas e conseqüentemente a mudanças compensatórias (NASCIMENTO *et al.*, 2014).

Desordens osteomusculares relacionadas ao trabalho são multifatoriais, incluindo não só as condições e as exposições no local de trabalho, mas também condições organizacionais, relações psicossociais e socioculturais (CARVALHO *et al.*, 2009).

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

Os agricultores apresentam como morbidade, distúrbios musculoesqueléticos vinte vezes mais do que patologias adquiridas por agrotóxicos e que a agricultura é um dos três setores de atividade mais perigosos, seguidas pela construção civil e pela mineração, respectivamente (ABRAHÃO *et al.*, 2015).

Partindo do interesse de avaliar a postura adotada por mulheres idosas quebradeiras de coco babaçu e da necessidade de suprir a carência tecnológica nas populações rurais, busca-se, através desse estudo, identificar os principais problemas posturais dessas mulheres através de um posicionamento estático e utilizar uma técnica de avaliação que melhor quantifiquem tal procedimento.

Este estudo teve como objetivo avaliar o efeito ergonômico da curvatura espinhal das idosas, quebradeiras de coco babaçu, na Comunidade São José dos Mouras, na região do Médio Mearim, município de Lima Campos, no estado do Maranhão.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional descritivo do tipo transversal. A população-alvo foi composta de 30 participantes adultas, do gênero feminino, com idade entre 60 e 80 anos.

O estudo foi realizado na Associação em Áreas de Assentamento no Estado do Maranhão (ASSEMA), da Comunidade São José dos Moura. Considerando-se como variável principal a atividade laboral da quebra do coco babaçu.

A coleta de dados foi realizada por duas colaborador-pesquisadoras, que foi devidamente treinada quanto à abordagem necessária dessas mulheres. Como instrumento para Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

recolhimento de dados utilizou: um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, utilizado para que qualquer dúvida fosse esclarecida sobre a participação voluntária da pesquisa; um Formulário de Identificação, contendo dados biofotogramétricos e uma Cessão de direitos de fotografia.

O programa utilizado para a análise da biofotogrametria foi o software AICimage® versão 2.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão – CEP/UFMA, com parecer N° 49547615.8.0000.5087. As participantes foram previamente esclarecidas quanto aos objetivos e a metodologia do estudo, conforme o TCLE, dando ciência para o início da pesquisa.

### Avaliação das participantes

Em relação à avaliação, primeiramente as participantes responderam a uma série de questões presentes no Formulário de Identificação sobre variável sociodemográficas (idade, quantidade de filhos, estado civil, escolaridade). Em seguida, foram verificadas as medidas antropométricas (peso e altura) para ser realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal.

Para aferir o peso, solicitou-se que o indivíduo subisse na balança e se posicionasse de frente para a régua e com os membros superiores (MMSS) juntos ao corpo, sendo o resultado dado em quilograma (kg). Já para aferir a altura, foi solicitado que a participante ficasse de costas para o estadiômetro, com os MMSS junto ao corpo e a haste vertical subiu de baixo para cima até encostar acima da cabeça do participante. Os calcanhares tinham que estar unidos e a cabeça fixa em uma posição que a participante olhasse para frente. O resultado foi dado em centímetros (cm).

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

## Avaliação da postura corporal

A biofotogrametria computadorizada foi utilizada nas quebradeiras de coco babaçu com o intuito de avaliar a postura corporal. Para a avaliação ser realizada houve a necessidade de organização em referências anatômicas e ângulos estudados, de preparação e orientação das participantes, de iluminação do ambiente, de aferição da superfície, de posicionamento corporal e captura da imagem, de armazenamento e transferências das imagens e de avaliação angular dos posturais.

Os ângulos anatômicos pré-selecionados e padronizados para o acoplamento dos marcadores e para mensuração dos traçados foram a partir dos pontos corporais pré-demarcados nas camponesas, nas seguintes vistas: plano frontal vista posterior, com ângulo da linha espondilêia ( $\hat{A}LE$ ) e ângulo de desnível dos ombros ( $\hat{A}DO$ ). E plano sagital vista perfil, com ângulo de cifose ( $\hat{A}CI$ ) e ângulo de lordose ( $\hat{A}LO$ ).

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

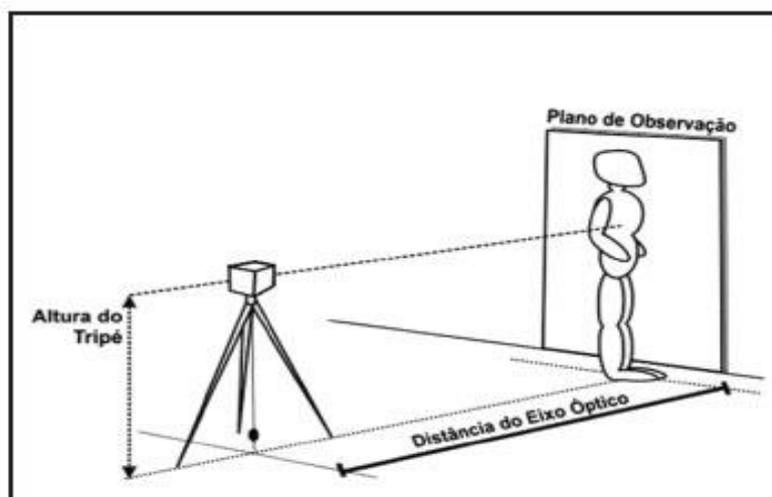


Figura 1: Relação entre a máquina fotográfica e a participante na aquisição de imagem.

Fonte: Adaptado de Ricieri et al, 2008.

## Análise dos dados

Os dados foram avaliados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0 (Chicago, Illinois/IL).

Foi utilizada para a caracterização dos pacientes nos grupos a estatística descritiva com média, desvio-padrão para variáveis contínuas e frequência, porcentagem para variáveis categóricas.

Todas as variáveis contínuas, dentro de cada grupo, foram testadas pelos testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk para sabermos se possuíam ou não distribuição normal. A partir daí, para variáveis consideradas como distribuição normal, foi

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

utilizado para comparação entre 2 grupos o teste t-Student, para 3 ou mais grupos, o teste ANOVA e para comparações múltiplas no ANOVA, utilizamos o teste Tukey.

Para variáveis consideradas como não tendo distribuição normal, utilizamos o teste de Mann-Whitney para comparação entre dois grupos e o teste de Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos, neste caso, aplicamos o teste de Mann-Whitney com correção de Bonferroni nas comparações múltiplas. Para relacionarmos duas variáveis contínuas, foi utilizada a correlação de Spearman.

As variáveis categóricas foram avaliadas através do teste qui-quadrado e o nível de significância estatística adotado foi de 5%.

## RESULTADOS

A amostra em estudo foi composta por 30 trabalhadoras agroextrativistas que trabalham na quebra do coco babaçu no povoado de São José dos Mouras, município de Lima Campos, Estado do Maranhão.

Traçado o perfil sócio demográfico das participantes desta pesquisa (Tabela 1), evidenciou uma média de idade da amostra de  $65,1 \pm 13,1$  anos. Quanto ao estado civil das mulheres analisadas, verificou-se que 56,7% eram casadas ou viviam maritalmente, seguidas de solteiras com 36,7% e em menor proporção, viúvas com 6,6% da amostra estudada.

Analisando a quantidade média de filhos foi de  $2,6 \pm 2,0$  filhos. Pode-se observar uma média de peso  $65,5 \pm 11,0$  das participantes do estudo.

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

A análise da estatura mostrou  $1,52 \pm 0,07$  e com relação ao IMC das camponesas a média foi de  $28,24 \pm 4,47$ . Em relação à escolaridade, prevaleceu o ensino fundamental incompleto com 43,3%, seguido de analfabetos 33,3%, ensino médio completo 16,8% e em menor proporção o ensino médio incompleto e ensino superior completo cada um com apenas 3,3%.

**Tabela 1** – Perfil sociodemográfico das idosas quebradeiras de coco babaçu.

Variáveis	Média (DP) ou n (%)
<b>Idade</b>	39,1 (13,1)
<b>Estado Civil</b>	
Solteira	11 (36,7%)
Casada/Vive maritalmente	17 (56,7%)
Viúva	2 (6,6%)
<b>Quantidade de Filhos</b>	2,6 (2,0)
<b>Peso (Kg)</b>	65,5 (11,0)
<b>Estatura (m)</b>	1,52 (0,07)
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	28,24 (4,47)
<b>Escolaridade</b>	
Analfabeto	10 (33,3%)
Ensino Fundamental Incompleto	13 (43,3%)
Ensino Médio Incompleto	1 (3,3%)
Ensino Médio Completo	5 (16,8%)
Ensino Superior Completo	1 (3,3%)
<b>Sabe o que é Postura</b>	
Sim	7 (23,3%)
Já ouvi falar, mas não sei o que é	12 (40,0%)

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, adrianamarialacerda@yahoo.com.br;

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, marciaagleite@hotmail.com;

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, paulateixeiranutri@outlook.com;

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, cnsd\_ma@uol.com.br.

Não, nunca ouvi falar 11 (36,7%)

### Horas de Trabalho Diário

2 h 1 (3,3%)

4 h 4 (13,4%)

6 h 9 (30,0%)

8 h 15 (50,0%)

10 h 1 (3,3%)

### Toma Algum Remédio

Não 12 (37,9%)

Sim 18 (62,1%)

Caracterizando as condições de saúde das quebradeiras de coco (Tabela 2) com base na biofotogrametria, ficou evidente que 20% das mulheres apresentaram um desvio da linha Espondilêia para a direita por possuírem valores do ÂLE inferior a 178,09°, sugerindo uma escoliose do tipo destro-convexa, enquanto que 13,3% das mulheres apresentaram um desvio ÂLE à esquerda por possuírem valores superiores a 187,75°, sugerindo uma escoliose do tipo sinistro convexa. Observou-se ainda que 66,7% das camponesas apresentaram ÂLE dentro da faixa de normalidade.

**Tabela 2** - Dor relacionada ao trabalho de quebradeiras de coco babaçu.

Variável	n	
	Não	Sim
Sente dor na coluna	2 (6,7%)	28 (93,3%)

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

Sente dor durante a quebra do coco	24 (80,0%)	6 (20,0%)
Sente dor depois da quebra do coco	27 (90,0%)	3 (10,0%)
Sente dor durante o carregar do coco	28 (93,3%)	2 (6,7%)
Sente dor depois de carregar do coco	29 (96,7%)	1 (3,3%)
Sente dor durante o catar do coco	29 (96,7%)	1 (3,3%)
Sente dor depois o catar do coco	30 (100%)	-
Sente dor em todos os momentos	2 (6,7%)	28 (93,3%)
Sente dor em nenhum dos momentos	28 (93,3%)	2 (6,7%)
<b>Frequência que sente dor</b>		
Sempre		14 (46,7%)
Às vezes		14 (46,7%)
Quase nunca/nunca		2 (6,6%)
<b>Intensidade da dor</b>		
Forte		9 (30,0%)
Moderada		19 (63,4%)
Fraca		2 (6,6%)

Com relação ao desnível do ombro, 13,3% das camponesas apresentaram um ombro mais elevado à direita por possuírem valores de ÂDO negativos, menores que  $-1,798$  e 13,3% apresentaram um ombro mais elevado à esquerda, por possuírem valores de ÂDO positivos, maiores que  $2,816^\circ$ . Observou-se ainda que 73,3% dessas mulheres apresentaram ÂDO dentro da faixa de normalidade.

Quanto ao ângulo de cifose, 13,3% das quebradeiras apresentaram uma diminuição do ângulo de cifose por possuírem valores do ÂCI inferiores a  $206,42^\circ$ , sugerindo uma hipercifose, enquanto que 16,7% das quebradeiras apresentaram um aumento do ângulo de cifose por possuírem valores de ÂCI superiores à  $219,28^\circ$ , sugerindo uma cifose retificada. Observou-se ainda que 70,0% dessas mulheres apresentaram ÂCI dentro da faixa de normalidade.

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

Quando analisado o ângulo de lordose, notou-se que 23,3% das quebradeiras apresentaram uma diminuição no ângulo, por possuírem valores de  $\hat{A}LO$  inferiores a  $139,80^\circ$ , sugerindo uma hiperlordose lombar, enquanto que 16,7% apresentaram um aumento do ângulo de lordose, por possuírem valores de  $\hat{A}LO$  superiores a  $153,00^\circ$ , sugerindo uma lordose retificada. Observou-se ainda que 60,0% dessas mulheres apresentaram  $\hat{A}LO$  dentro da faixa de normalidade.

Quando foram correlacionados os valores dos ângulos posturais com as demais variáveis estudadas, foi verificada que quanto maior a idade das participantes, menor o ângulo de linha espondilêia com  $p = 0,015$ , utilizando, para tanto, a correlação de Spearman.

Ao utilizar ANOVA, encontramos diferenças significativas nas médias do  $\hat{A}LE$  entre os graus de escolaridade com  $p = 0,025$ . Entre os graus de escolaridade, o que difere significativamente dos demais é o grau das Analfabetas, encontrada no teste de Tukey, que as analfabetas possuem médias de  $\hat{A}LE$  significativamente menor que o de Ensino Fundamental Incompleto, com  $p = 0,045$ .

Os dados referentes ao ângulo de desnível dos ombros nas quebradeiras de coco babaçu mostraram que quanto maior a idade, menor o ângulo de desvio dos ombros, com  $p = 0,026$ , utilizando a correlação de Spearman.

Nos dados referentes ao Estado Civil, encontramos que as mulheres Casadas/vive maritalmente ou Viúvas possuem um valor médio de ângulo de cifose significativamente menor que as Solteiras com  $p = 0,041$ , utilizando o teste t-Student.

Encontramos correlação significativa nas participantes do estudo entre  $\hat{A}CI$  e IMC, ou seja, quando maior os valores de IMC, menor os valores de ângulo de cifose e vice-versa com  $p = 0,042$ , utilizando correlação de Spearman.

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

Não foi verificada diferença significativa entre o ângulo de lordose com as variáveis estudadas.

## DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou as alterações posturais por meio das curvaturas da coluna vertebral em idosas quebradeiras de coco babaçu. Porém, não achamos estudos que discutam o tema distúrbios osteomusculares nessas mulheres agroextrativistas.

Há forte associação entre o trabalho agrícola, a multiplicidade de tarefas, a exigência de esforço físico no transcorrer da jornada de trabalho e a adoção de posturas inadequadas. No Paraná, 93,4% das mulheres camponesas trabalham em média 8 horas diárias e 6,6 trabalham mais que 10 horas por dia (VILAGRA *et al.*, 2007). Neste estudo, a maioria das mulheres idosas, 51,7%, tem suas atividades laborais em 8 horas por dia.

Em um estudo realizado no Nordeste da China, observou-se que a idade e o sexo, mostraram dados estatisticamente significativos para dores na coluna em agricultores e que as algias na coluna, exacerbavam proporcionalmente de acordo com o aumento da idade (LIU *et al.*, 2002). Nossa pesquisa mostrou correlação com esse estudo no que se refere a idade.

Estudos foram conduzidos em grupos de crianças, adolescentes, adultos e idosos que apresentaram um índice de massa corporal aumentado e em todas estas populações, o IMC influenciou na estabilidade corporal. Em outro estudo, os autores colocam que quanto maior a idade e o IMC ( $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>), mais propenso estão os indivíduos a apresentar distúrbios osteomusculares (ALONSO *et al.*, 2012). No nosso estudo o ÂLE e ÂDO apresentaram valores

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ) com relação à idade das quebradeiras de coco. O ÂCI corrobora com o estudo acima citado, quando mostra o IMC com valores estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ).

Sabendo-se que, no nosso estudo, mais da metade das mulheres quebradeiras de coco ficam na posição sentada por mais de 8 horas, nota-se uma grande possibilidade destas apresentarem alterações posturais. É extremamente desaconselhável permanecer sentado por mais de 50 minutos sem interrupções e que a postura sentada gera várias alterações nas estruturas musculoesqueléticas da coluna lombar (ZAPATER *et al.*, 2004).

Autores acrescentam que a postura sentada por um longo período pode acarretar alterações biomecânicas, como desequilíbrio muscular entre força extensora e flexora do tronco, diminuição da estabilidade e mobilidade do complexo lombo-pelve-quadril, responsáveis pelo desenvolvimento de dores na porção inferior da coluna (BARROS *et al.*, 2011).

Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho geralmente não são resultados de um processo agudo ou instantâneo, mas de uma evolução crônica. Excesso de força, movimentos repetitivos, posturas desorganizadas, postura sentada e de pé por tempo prolongado tem sido associado a distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. (OSBORNE *et al.*, 2012).

## CONCLUSÃO

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

Os resultados mostraram que as idosas quebradeiras de coco babaçu apresentaram alterações de postura corporal quando quantificados os ângulos posturais através da biofotogrametria. A relevância maior foi nos ângulos da linha espondilêia ( $\hat{A}LE$ ), ângulo de desvio dos ombros ( $\hat{A}DO$ ) e ângulo de cifose ( $\hat{A}CI$ ).

Isso se deve aos desajustes biomecânicos evidenciados em todas as etapas integradas das quebradeiras: coleta, transporte e quebra dos cocos, devido ao conjunto de posturas assumidas, tensão sobre os mesmos grupos musculares e a carga de trabalho.

O estudo fornece resultados indicativos que para manter o trabalho das quebradeiras de coco compatível com sua saúde e segurança, garantindo seu bem-estar e produtividade, devem ser implantadas medidas preventivas de orientações posturais.

## REFERÊNCIAS

1. ABRAHÃO, R. F. et al. A Análise Ergonômica do Trabalho (AET) aplicada ao trabalho na agricultura: experiências e reflexões. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 40, n. 131. São Paulo: 2015.
2. ALONSO, A. C. et al. The influence of anthropometric factors on postural balance: the relationship between body composition and posturographic measurements in young adults. **Clinics**, v. 67, n. 12, São Paulo: 2012.
3. BARROS, S. S. et al. Lombalgia ocupacional e postura sentada. **Revista Dor**, v. 12, n. 3. São Paulo: 2011.

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

4. CARVALHO, M. V. D. et al. Work-related musculoskeletal disorders among brasilian dental students. **Journal of Dental Education**, v. 73, n. 5. Washington: 2009. MOREIRA, J. P. L. et al. Rural workers' health in Brazil.
5. INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Produção de Extração Vegetal e da Silvicultura**, v. 29, Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: [www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pevs/](http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/pevs/). Acesso em: 18/01/2016.
6. LIU, X. et al. Back Pain among Farmers in A Northern Area of China. **Spine**, v. 37, n. 6. Othios: 2012.
7. NASCIMENTO, M. D. S. B. et al. Eco-epidemiologic study of emerging fungi related to the work of babaçu coconut breakers in the State of Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 47, n. 1. São Luís: 2014.
8. OSBORNE, A. et al. Risk factors for Musculoskeletal Disorders Among Farm Owners and Farm Workers: a systematic review. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 55. Carlow: 2012.
9. PIZZIO, A. Recognition and Resilience in the Daily Life of Babassu Coconut Breakers in the Legal Amazon. **Social Science**, v. 5, n. 6. Gujarat: 2015.
10. RICIERI, D. V. et al. Asthma impact on body posture in children aged 8 to 14 years analyzed by Biophotogrammetry. **Medicina Física e Reabilitação**, v. 15, n. 4. São Paulo: 2008.
11. VILAGRA, J. M. et al. Agricultura em vilas rurais, um enfoque ergonômico: perfil sócio-econômico-cultural, sustentabilidade e necessidade de intervenção. **Associação Brasileira de Engenharia de Produção**. Foz do Iguaçu: 2007.

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

12. ZAPATER, A. R. et al. Postura sentada: a eficácia de uma programa de educação para escolares. **Ciência, saúde coletiva**, v. 9, n. 1. Rio de Janeiro: 2004.

Este artigo foi resultado de uma pesquisa de Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança pela Universidade Federal do Maranhão.

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>3</sup> Nutricionista, Mestre em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [paulateixeiranutri@outlook.com](mailto:paulateixeiranutri@outlook.com);

<sup>4</sup> Médica e docente, Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, [cnsd\\_ma@uol.com.br](mailto:cnsd_ma@uol.com.br).

## **AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE IDOSOS SOBRE CÂNCER BUCAL E DIAGNÓSTICO PRECOCE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Andrea Márcia da Cunha Lima <sup>1</sup>  
Cícera Patrícia Daniel Montenegro <sup>2</sup>  
Cariles Silva de Oliveira <sup>3</sup>  
Maria das Graças Duarte Miguel <sup>4</sup>

### **RESUMO**

O aumento da população idosa no mundo decorre de transformações socioeconômicas e de mudanças de hábitos. Esse aumento propiciou um incremento ao aglomerado populacional, estando às pessoas mais expostas a fatores de risco, favorecendo o desenvolvimento do câncer dentre outras doenças crônico-degenerativas. Certas condições decorrentes do envelhecimento predisõem ao desenvolvimento de algumas morbidades no sistema estomatognático, como, por exemplo, o câncer bucal, que apresenta a variável idade como fator de risco. Trata-se de revisão integrativa da literatura, que buscou evidenciar o conhecimento de idosos sobre câncer bucal, visando a elaboração de um protocolo para o autoexame bucal direcionados aos idosos. A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram analisados dezoito artigos sobre a temática em questão, publicados no período compreendido entre 2009 e 2018. A análise dos 18 artigos incluídos no estudo permitiu identificar 3 temáticas relevantes (câncer bucal como problema de saúde pública; diagnóstico precoce do câncer bucal e a importância do autoexame bucal). Os resultados mostraram a necessidade de se investir na prevenção da doença e no diagnóstico precoce, através da ampliação de políticas públicas voltadas para melhoria do conhecimento da população, sobretudo a idosa, sobre o câncer bucal. É importante que novas pesquisas sejam realizadas visando identificar melhor as dificuldades encontradas pelos idosos quanto a realização do autoexame bucal, o que vem a favorecer o diagnóstico precoce do câncer bucal.

**Palavras-chave:** Neoplasias bucais, idosos, detecção precoce de câncer, autoexame bucal.

### **INTRODUÇÃO**

O aumento da população idosa no mundo decorre de transformações socioeconômicas e de mudanças de hábitos (CHRISTENSEN et al., 2009). Esse aumento propiciou um incremento ao aglomerado populacional, estando às pessoas mais expostas a fatores de risco, favorecendo o desenvolvimento do câncer dentre outras doenças crônico-degenerativas. No Brasil, o câncer, que é considerado um problema de saúde pública, em todo o mundo representa uma das principais causas de mortes definidas (SCHMIDT et al., 2011).

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [andrealima2006@gmail.com](mailto:andrealima2006@gmail.com);

<sup>2</sup> Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [pmontenegro9@gmail.com](mailto:pmontenegro9@gmail.com);

<sup>3</sup> Mestre pelo Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [carilessol2008@hotmail.com](mailto:carilessol2008@hotmail.com);

<sup>4</sup> Mestre pelo Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [maryygrace@gmail.com](mailto:maryygrace@gmail.com);

Deve-se considerar que o Brasil é um país complexo, na medida em que apresenta características de países desenvolvidos para um determinado grupo da população, enquanto que outros permanecem completamente alijados de toda a riqueza produzida no país. Entretanto, mesmo com essa desigualdade social, nos últimos anos pode ser verificado o aumento da expectativa de vida da população brasileira. Assim, encontramos que o processo de envelhecimento existente deve-se ao declínio da fecundidade e aumento do número de habitantes com 60 anos ou mais. Essa transição demográfica é causa e efeito da transição epidemiológica, ou seja, houve uma redução das doenças infecciosas e parasitárias e um aumento das doenças crônicas degenerativas (BORGES et al., 2009).

O maior desafio na atenção integral à saúde da pessoa idosa, como um direito constitucionalmente adquirido, consiste em permitir ao idoso ter possibilidades de viver com a melhor qualidade de vida possível (COSTA, 2016).

O câncer de boca define-se como uma doença crônica multifatorial, resultante da interação dos fatores de risco que afetam os processos de controle da proliferação e crescimento celular (LIMA et al., 2005). Os principais fatores de risco são fumo, álcool, radiação solar, dieta, microrganismos e deficiência imunológica (WÜNSCH-FILHO, 2002; MARTINS et al., 2008). A associação do uso do tabaco e álcool é ainda mais deletéria, podendo elevar para 35 vezes as chances de desenvolvimento dessa neoplasia (MATOS; ARAÚJO, 2003). Representa um problema de saúde pública em consequência das taxas elevadas de morbimortalidade, bem como devido aos altos custos clínico-assistenciais, além disso ocupa o quinto lugar de incidência entre todos os tipos de câncer nos homens e o sétimo entre as mulheres (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA, 2011).

O autoexame de boca é uma das estratégias mais importantes para se obter o diagnóstico do câncer oral em fase inicial, possibilitando uma melhora significativa no prognóstico do paciente. Este procedimento deveria ser sistematicamente ensinado nas atividades de educação comunitária, em linguagem fácil e acessível à população. Entretanto, a grande maioria da população desconhece este fato (THOMAZ; CUTRIM; LOPES, 2001).

O acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal associado ao autoexame bucal, seguido por exame bucal feito por um profissional facilita o diagnóstico precoce do câncer bucal. Sendo assim a educação em saúde é revestida de importância na promoção da saúde e prevenção do câncer bucal (MARTINS, et al., 2015).

A autopercepção de saúde bucal de idosos não representa a realidade observada clinicamente, fato este que deve ser amplamente divulgado em programas de capacitação das equipes de saúde, não apenas de saúde bucal, mas toda a equipe multiprofissional. A iniciativa

de sugerir uma observação das condições de saúde bucal dos idosos deve partir de todo profissional de saúde que tenha contato com o idoso, independentemente de sua formação, e as situações que levantem dúvidas devem ser esclarecidas com o cirurgião-dentista responsável pela área de abrangência. Os idosos restritos ao domicílio têm pouca informação sobre os cuidados com a saúde bucal, e necessitam de programas educativos específicos e com uma metodologia adaptada à sua condição. Assuntos como a capacitação dos cuidadores informais na atenção ao idoso com dependência funcional, o autoexame da boca, voltados para a prevenção das diversas enfermidades bucais, incluindo o câncer bucal devem ser destacados como tópicos imprescindíveis na formação de profissionais de saúde voltados para a atuação na Estratégia Saúde da Família (MESAS; TRELHA; AZEVEDO, 2008).

Assim, procurando oferecer subsídios para a construção e/ou aplicação de revisões integrativas sobre o tema abordado, o presente artigo teve como objetivo identificar o conhecimento de idosos sobre o câncer bucal, prevenção desta doença e a importância do autoexame bucal como método de diagnóstico precoce.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é uma revisão integrativa de literatura, com a finalidade de reunir os resultados de estudos publicados sobre a temática, contribuindo para o acesso ao conhecimento científico e tomada de decisões dos profissionais baseada em evidências científicas. As seguintes fases foram seguidas: elaboração da pergunta norteadora (qual o nível de conhecimento do idoso sobre o câncer bucal?), busca em bases de dados, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), usando os descritores indexados no Mesh Terms.

Para busca dos artigos, foram utilizados os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: "Neoplasias Bucais", Idosos, "Detecção Precoce de Câncer" e "Autoexame bucal"

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português e inglês; artigos na íntegra que retratassem a temática referente à revisão integrativa e artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados. Os critérios de exclusão foram: artigos que abordassem os descritores, mas, sem o foco no idoso; estudos

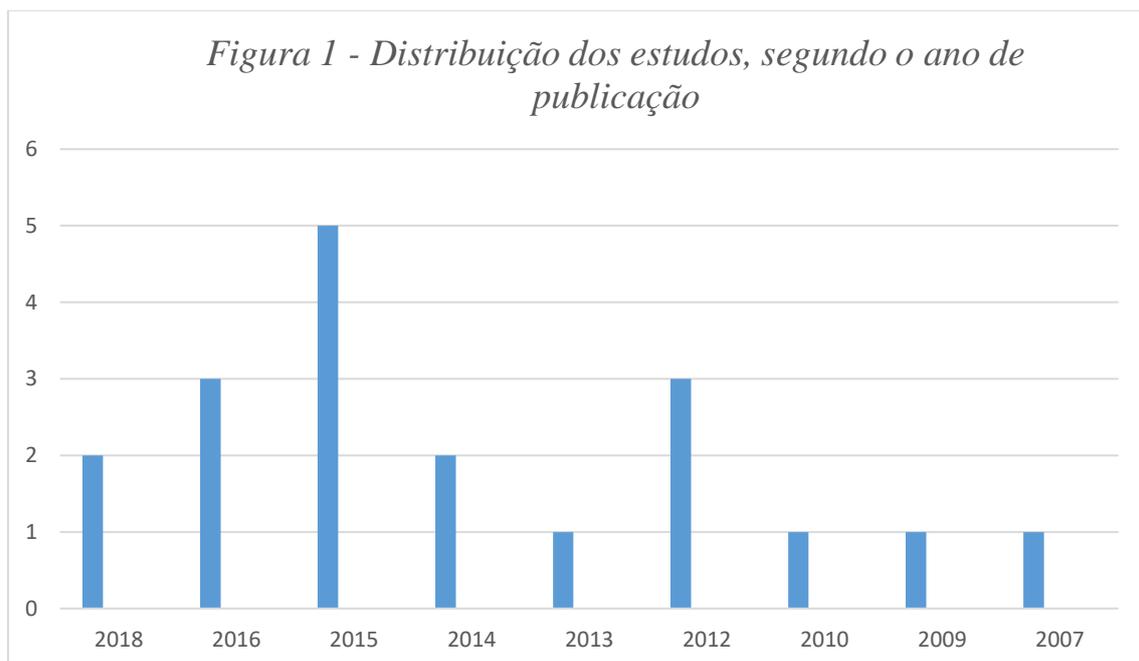
disponíveis somente em abstract, mas, indisponíveis em formato completo na web e artigos que apresentassem relato de caso.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pôde-se constatar que dos 19 (100%) artigos analisados, 36,84% (07 artigos) foram publicados em periódicos estrangeiros e 63,15% (12) publicados em periódicos nacionais. Quanto as bases de dados, na LILACS foram coletados 04 artigos e na SciELO, 15 artigos. Foram descartados 02 artigos, devido a duplicidade nas bases consultadas.

Não houve restrição quanto ao ano de publicação dos artigos.

Observou-se maior incidência no ano de 2015 (cinco artigos); seguido de 2016 (três artigos) e 2012 (três artigos); 2018 (dois artigos), 2014 (dois artigos); e por fim, 2013 (um artigo), 2010 (um artigo), 2009 (um artigo), 2007 (um artigo), conforme a distribuição apresentada na Figura 1.



Todos os artigos analisados abordaram a temática do câncer bucal e diagnóstico precoce, conforme tabela a seguir.

*Tabela 1 - Sumarização dos artigos que constituem a amostra da revisão integrativa*

Autores do artigo/Ano de publicação	Objetivo do estudo

Moro, Maroneze, Ardenghi., Barin e Danesi (2018)	Avaliar o perfil epidemiológico e a taxa de sobrevida do câncer de boca
Aquino, Lima, Silva, Alencar e Rodrigues (2018)	Descrever o itinerário terapêutico percorrido pelos indivíduos que foram a óbito por câncer de boca na busca pelos serviços de diagnóstico e tratamento
Voi, Restin, Lacerda e Faria Júnior (2016)	Avaliar a efetividade das Campanhas de Prevenção do Câncer Bucal
Campion, Santos, Carmo, Silva Júnior, Ribeiro, Gonçalves e Ferreira (2016)	Estimar se variáveis clínicas e epidemiológicas influenciam no atraso do diagnóstico
Casotti, Monteiro, Castro Filho e Santos (2016)	Estudo sobre a organização dos serviços públicos de saúde referente ao diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização
Martins, Barreto, Neto, Sá, Souza, Silva, Ferreira, Efigenia Ferreira e Pordeus (2015)	Identificar se o acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal é maior entre idosos residentes em domicílios cadastrados na ESF
Andrade, Santos e Oliveira (2015)	Conhecer a associação entre fatores como: idade, sexo, cor da pele, ocupação, nível de escolaridade, situação conjugal, local de residência, tabagismo, etilismo e o câncer de boca
Aquino, Lima, Menezes, e Rodrigues (2015)	Caracterizar os aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca
Martins, Souza, Haikal, Paula, Ferreira e Pordeus (2015)	Identificar a prevalência do autoexame bucal entre idosos
Nemoto, Victorino, Pessoa, Cunha, Silva, Kanda e Matos (2015)	Descrever o perfil dos pacientes que procuraram a campanha de prevenção, identificar a presença de lesões orais e comparar os dados com o perfil epidemiológico de pacientes portadores de câncer bucal
Bonfante, Machado, Souza, Andrade, Acurcio e Cherchiglia (2014)	Analisar a sobrevida específica de cinco anos e fatores associados para câncer de boca no Brasil
Martins, Andrade, Freitas e Araújo (2014)	Revisar a literatura sobre os determinantes sociais de saúde e sua associação com o desenvolvimento do câncer oral
Bulgareli, Diniz, Faria, Vazquez, Cortellazzi e Pereira (2013)	Avaliar o planejamento participativo das equipes das unidades de saúde, buscando elencar as dificuldades encontradas e as estratégias adotadas, através da análise da cobertura de exames bucais de prevenção e detecção da doença.
Vidal, Aguiar, Gouveia, Cavalcante Neto, Tavares e Guimaraens (2012)	Verificar o conhecimento da população acerca do câncer de boca
Martins, Abreu, Araújo, Bourget, Campos, Grigoletto e Almeida (2012)	Descrever estratégias e resultados da campanha de diagnóstico precoce e prevenção do câncer bucal para a população com 60 anos ou mais
Torres-Pereira, Dias, Melo, Lemos Jr e Oliveira (2012)	Discutir a necessidade de reorientação de prioridades na abordagem do câncer da boca e sua efetivação como política pública de saúde

Santos, Batista e Cangussu (2010)	Avaliar os fatores relacionados ao diagnóstico tardio do câncer de boca
Borges, Sena, Ferreira e Roncalli (2009)	Correlacionar os índices de mortalidade por câncer oral nas capitais do Brasil
Antunes, Toporcov e Wünsch-Filho(2007)	Avaliar os resultados da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal realizada no contexto da campanha de vacinação contra a gripe em idosos

O câncer atinge milhões de pessoas no mundo, independente de classe social, cultura ou religião, o impacto do diagnóstico é geralmente aterrador, pois apesar dos avanços terapêuticos, ainda permanece o estigma de doença dolorosa, incapacitante, mutilante e, por vezes, mortal (BULGARELI et al., 2013).

Nos dias atuais, o câncer representa a terceira maior causa de morte na população do Brasil, sendo seguida das doenças cardiovasculares e causas externas. Considerando-se indivíduos acima dos quarenta anos, o câncer assume o segundo lugar como causa de morte, sendo precedido somente pelas doenças cardiovasculares (AQUINO et al., 2015).

O câncer é uma doença crônica degenerativa que se apresenta com um crescimento desordenado (maligno) de células, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. O termo “câncer oral” pode ser encontrado na literatura como sendo todos os tipos de cânceres localizados na cavidade oral, incluindo a orofaringe, apresentando, como sítios anatômicos, a base da língua e outras partes não especificadas da língua, glândulas salivares, gengiva, assoalho da boca e palato ( BORGES; SENA; FERREIRA, 2009).

Compreende-se como câncer bucal o grupo de tumores classificados pela Classificação Internacional de Doenças - CID-10 como: Neoplasia maligna da gengiva, Neoplasia maligna do assoalho da boca, Neoplasia maligna do palato, Neoplasia maligna de outras partes e de partes não especificadas da boca (BULGARELI et al., 2013)

O câncer oral afeta os lábios, mucosa jugal, gengiva, palato, língua, assoalho da boca e área retromolar. Aproximadamente, 10 % das malignidades que ocorrem no corpo humano estão localizados na cavidade oral, representando o sexto tipo de câncer mais incidente no mundo (MARTINS et al., 2014).

A etiologia do câncer é multifatorial e, apesar de todo o avanço tecnológico obtido até os dias atuais, os agentes etiológicos para o câncer ainda são desconhecidos. São considerados fatores de risco extrínsecos para o carcinoma bucal as substâncias químicas (tabaco, álcool), agentes físicos (traumas mecânicos) e biológicos e os intrínsecos são aqueles que correspondem aos estados sistêmicos do indivíduo (BULGARELI et al., 2013).

Os principais fatores de risco relacionados ao câncer oral são o fumo e o álcool, havendo um efeito sinérgico entre esses fatores e uma relação diretamente proporcional com a quantidade e tempo de exposição. Além desses, outros fatores têm sido associados a doença, como o papiloma vírus humano (HPV) e a exposição excessiva à radiação solar (MARTINS et al., 2014).

Os idosos brasileiros estão expostos a fatores de risco que aumentam as taxas de morbidade e mortalidade por doenças crônicas degenerativas nessa faixa etária, especialmente os referentes ao câncer, que devido a sua alta mortalidade são um problema de saúde pública, além de ter um impacto negativo na qualidade de vida das pessoas (MARTINS et al., 2015A).

De forma geral, observa-se a existência de uma relação entre o nível de instrução e a mortalidade por câncer de boca, mostrando que grupos socialmente desfavorecidos tendem a ter maior contato com fatores de riscos, tais como nutrição inadequada e baixas condições de saúde bucal, além de apresentar uma maior dificuldade de acesso à saúde e informações sobre a doença (AQUINO et al., 2015).

Embora existam descrições de que as malignidades da boca estariam ocorrendo em populações mais jovens e de que poderiam estar associadas a outros fatores de risco, a realidade epidemiológica indica em sua maioria um enfermo acima de 40 anos de idade, do sexo masculino e de baixo nível socioeconômico e educacional. Os fatores socioeconômicos, em estudos mais recentes, vêm destacando-se como um fator com associação significativa ao aparecimento de novos casos de câncer da boca (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

O câncer bucal é uma neoplasia maligna que pode afetar a cavidade oral. As localizações anatômicas mais atingidas são língua, assoalho bucal e lábio inferior. O tipo histológico mais comum é o carcinoma de células escamosas (CCE), que corresponde à 90 - 95% de todas as malignidades. Esse tumor predomina no sexo masculino, sendo que a grande maioria dos casos ocorre na faixa etária entre 50 a 70 anos, havendo uma maior prevalência em indivíduos de pele branca (ANDRADE; SANTOS; OLIVEIRA, 2015).

Silva, Leão e Scarpel (2009) concluíram que a incidência do carcinoma de boca e orofaringe continua sendo maior no gênero masculino. A faixa etária mais encontrada foi entre os 50 e 60 anos. Em relação aos sítios anatômicos, prevaleceram as regiões da língua e soalho oral no câncer de boca, e as tonsilas palatinas em orofaringe.

Não apenas os profissionais da área de saúde bucal devem estar envolvidos na luta contra o câncer bucal. Todos os profissionais da saúde devem estar preparados para enfrentar a questão: os médicos, que frequentemente têm a oportunidade de examinar a cavidade bucal de seus pacientes, os enfermeiros, que se dedicam ao cuidado e à orientação de seus pacientes, e

os agentes comunitários de saúde, que, durante as visitas domiciliares, têm uma boa oportunidade para abordar os malefícios causados pelo uso de tabaco e álcool e a importância do autoexame e de exames periódicos; mas, para isso, é necessário que estejam capacitados e sensibilizados para a questão (MARTINS et al., 2012).

No Brasil, a prevenção primária do câncer de boca consiste fundamentalmente em programas e medidas de combate ao consumo de tabaco e álcool, num esforço integrado de promoção da saúde que visa à redução de vários outros agravos. O exame visual da boca para detecção precoce de lesões cancerizáveis e tumores não sintomáticos é uma estratégia de prevenção secundária intuitiva e atraente, a partir da qual se espera viabilizar o diagnóstico da doença em seus estágios iniciais e, assim, possibilitar um melhor prognóstico por meio da pronta e efetiva intervenção terapêutica (ANTUNES; TOPORCOV; WÜNSCH-FILHO, 2007).

A prevenção secundária tem como objetivo o diagnóstico precoce da doença em estágio inicial antes mesmo de qualquer queixa clínica, possibilitando um melhor prognóstico e maior índice de cura (VOI et al., 2016).

A falta de diagnóstico precoce constitui um grande problema que envolve o câncer bucal, levando à sequelas ou mesmo à morte. Assim, o rastreamento do câncer da cavidade bucal pode ser útil para detectar lesões pré-malignas e lesões de câncer, favorecendo o tratamento antes da instalação da doença e o que possibilita uma melhor qualidade de vida a partir do diagnóstico precoce (MARTINS et al., 2012).

O índice de sobrevida de pacientes afetados por câncer bucal é de 50% em 5 anos. Com diagnóstico precoce, ou seja, nos estágios iniciais, o índice de sobrevida varia de 53% a 68%. Quando é diagnosticado em estágios avançados, o índice de sobrevida é 41% e 27% respectivamente. 70 a 80% dos casos são diagnosticados em estágios tardios do desenvolvimento da doença (VOI et al., 2016).

Estima-se que a mortalidade por câncer bucal possa ser reduzida pelo esforço em identificar lesões precoces na parte da população com risco mais elevado e efetivo tratamento dessas lesões malignas (BULAGARELI et al., 2013).

O diagnóstico precoce apresenta-se como o meio mais efetivo para elevar a sobrevida e reduzir a morbidade, o dano facial provocado por cirurgias para tratamento, a duração do tratamento e os custos hospitalares (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

Com o diagnóstico precoce, as complicações no tratamento podem ser minimizadas, as intervenções podem ser mais conservadoras e os resultados estéticos e funcionais melhores, aumentando o índice de sobrevida e de qualidade de vida do paciente (CASOTTI et al., 2016).

O diagnóstico tardio, no Brasil, permite que o câncer de boca ocupe o 5º lugar entre os homens e 7º entre as mulheres em mortalidade. São poucos os casos diagnosticados “*in situ*”, estágio considerado ideal para cura da lesão. Cerca de 60% dos pacientes que desenvolvem tumores na boca morrem em consequência da doença (VIDAL et al., 2012).

O diagnóstico precoce é dificultado pelo fato de que as lesões iniciais, geralmente são assintomáticas, não são valorizadas pelo próprio indivíduo e nem pelos profissionais de saúde, sugerindo falta de conhecimento da patologia, deficiência na procura de atendimento médico por parte do indivíduo e/ou do acesso e qualidade da assistência à saúde, fator este ligado à ausência de programas governamentais que visam à prevenção e a um sistema de saúde eficiente (CAMPION et al., 2016).

No Brasil e no mundo, os elevados índices de mortalidade por câncer de boca decorrem do diagnóstico ainda tardio, e muitas pesquisas reafirmam o desenvolvimento da doença com associação direta aos hábitos e estilo de vida da população, comprovando e caracterizando a influência da educação (VIDAL et al., 2012).

O diagnóstico tardio pode estar associado ao tempo em que o paciente leva para perceber o seu adoecimento e procurar auxílio profissional; às dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal e à falta de informações associada à maior vulnerabilidade social do grupo de risco (CASOTTI et al., 2016).

Embora a detecção precoce do câncer de boca leve a melhores índices prognósticos, não há dados inequívocos suficientes para embasar os atuais programas de prevenção para a população em geral (SANTOS; BATISTA ; CANGUSSU, 2010).

Diante desse problema de saúde pública mundial, urge que se adotem medidas de promoção à saúde, prevenção e diagnóstico diferencial e precoce, uma vez que a população está exposta aos fatores de risco e desconhece como pode ser observado nos resultados do presente estudo. Assim, a educação popular em saúde deve ser prática corrente. O conhecimento deve ser compartilhado, sendo possível atuar multi/interdisciplinarmente com segmentos de educação e saúde, públicos e privados (VIDAL et al., 2012).

Estudos indicam diversos fatores que limitam o enfrentamento da problemática do câncer da boca e, dentre estes, as dificuldades de estabelecimento de políticas públicas dirigidas aos principais fatores de risco relacionados à ocorrência de neoplasia maligna oral, além de fatores relativos ao paciente e/ou ao profissional, que juntos ou isolados, contribuem para a demora no diagnóstico do câncer de boca (TORRES-PEREIRA et al., 2012).

No contexto da promoção da saúde, o acesso a informações relacionadas à saúde é indispensável para melhorar os níveis de alfabetização em saúde. Deste modo, identificar a

prevalência do acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal e se idosos residentes em domicílios cadastrados na ESF estão tendo maior acesso a essas informações, do que aqueles não cadastrados, pode subsidiar melhorias nas políticas de saúde que consideram a saúde dos idosos uma questão prioritária. Entretanto, não foram identificados estudos sobre essa questão (MARTINS et al., 2015A).

Santos, Batista e Cangussu (2010) verificaram em seus estudos que 41,9% dos pacientes sabiam da lesão, mas só procurou o serviço de saúde, quando a mesma começou a incomodar, refletindo a falta de informação da população, que pelo fato das lesões iniciais serem assintomáticas, só procuram o atendimento de saúde, quando o tumor está em estágio bastante avançado, acarretando uma diminuição na sobrevida dos pacientes. Concluíram ainda, que os pacientes apresentaram baixo nível socioeconômico e educacional, com pouca ou nenhuma informação sobre sintomatologia do câncer de boca e sua prevenção; os pacientes mais atingidos foram do gênero masculino, melanoderma, faixa etária acima dos 60 anos, trabalhadores rurais, tabagistas e etilistas; e que existe um grande número de pacientes com lesões em estádios avançados; provavelmente porque as lesões iniciais são assintomáticas e também, pelas inúmeras dificuldades de natureza social e desconhecimento.

Os fatores que diminuem a eficácia das campanhas são a falta de informação sobre a doença, falta de contato com a importância da prevenção, falta de acesso geográfico e/ou econômico a serviços de saúde, falta de suporte da família ou da sociedade, além da baixa aderência da população-alvo (NEMOTO et al., 2015).

Vidal et al (2012) concluiu que a população desconhece os fatores de risco para o câncer de boca, mesmo estando exposta a estes. O tabagismo, o etilismo e a exposição ao sol foram identificados como os fatores de risco preponderantes nesta amostra, prevalentes no sexo masculino. Foi observado que, a despeito da perda dentária, a reabilitação protética não é usual. O conhecimento deve ser compartilhado, sendo possível atuar multi/interdisciplinarmente com segmentos de educação e saúde, públicos e privados.

As campanhas de prevenção devem intensificar a difusão de conhecimento e conscientização da população e ser dirigidas aos grupos de risco e/ou familiares, focando tanto na eliminação do tabaco e do álcool como na importância de se realizar o auto-exame da boca e da adequada higiene oral, pois a falta de conhecimento sobre o câncer da cavidade oral, seus sintomas e seus fatores de risco são preocupantes, e colaboram para o diagnóstico tardio e o mau prognóstico (NEMOTO et al., 2015).

A boca possui uma anatomia de fácil acesso para exame, a qual permite que cirurgiões-dentistas, médicos generalistas ou o próprio paciente, por meio do autoexame, possam

visualizar diretamente alterações suspeitas, principalmente nas fases iniciais, levando ao diagnóstico precoce. Porém, na maioria dos casos, o diagnóstico é feito tardiamente, o que exige tratamento mais agressivo, resultando em uma maior morbidade e maior taxa de mortalidade (CAMPION et al., 2016).

O acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal associado ao autoexame bucal seguido por exame bucal feito por um profissional facilita o diagnóstico precoce do câncer bucal. O autoexame bucal é um método não invasivo, de baixo custo e confiável para detecção precoce de lesões bucais suspeitas, sendo recomendado em nível populacional e eficaz para melhorar a conscientização a respeito do câncer bucal. Ressalta-se a possibilidade do autoexame bucal ser parte integrante das políticas públicas de saúde que visem à prevenção e o diagnóstico precoce do câncer bucal (TORRES-PEREIRA, 2010). Portanto, a identificação dos fatores que podem influenciar ou serem influenciados pela prática do autoexame pode elucidar e ampliar essa prática, especialmente entre idosos (MARTINS et al., 2015B).

Embora não tenha sido encontrado estudo que comprove a associação entre autoexame bucal e redução das taxas de mortalidade e letalidade por câncer bucal, em um ensaio randomizado evidenciou-se que o rastreamento feito por profissionais treinados para identificar lesões suspeitas de câncer bucal e a confirmação através de exames histopatológicos permitem o diagnóstico precoce do câncer bucal; e que quando este diagnóstico precoce é sucedido por tratamento imediato observa-se uma diminuição dessas taxas. O diagnóstico precoce do câncer bucal pode ocorrer mediante consultas odontológicas por livre demanda, rastreamentos ou consultas odontológicas consequentes da identificação de lesões suspeitas de câncer bucal após autoexame da boca (MARTINS et al., 2015A).

O diagnóstico precoce do câncer bucal pode ser consequente de três distintas situações:

- 1) Consultas odontológicas por diversos motivos nas quais o profissional identifica lesões suspeitas;
- 2) Rastreamentos seguidos por consultas odontológicas consequentes da identificação de lesões suspeitas de câncer bucal;
- 3) Consultas odontológicas consequentes de autoexame bucal em que o paciente identificou algo de anormal (MARTINS et al., 2015B).

No âmbito da promoção da saúde, as ações educativas influenciam a percepção das pessoas sobre sua condição bucal, contribuem para o autodiagnóstico e o autocuidado em busca da prevenção e/ou cura das doenças bucais ainda em seus estágios. A maioria dos idosos brasileiros percebeu sua saúde bucal como satisfatória, mesmo apresentando problemas bucais (MARTINS et al., 2009). Talvez por causa dessa percepção positiva da saúde bucal, o idoso

não ache necessário buscar informações sobre sua saúde bucal, comprometendo assim o acesso a informações sobre como prevenir o câncer bucal (MARTINS et al., 2015A).

As ações educativas podem influenciar a autopercepção das pessoas sobre sua condição bucal, assim como contribuir para a identificação de problemas bucais por parte dos pacientes e o autocuidado em busca da prevenção e ou em busca da cura das doenças bucais ainda em estágios iniciais (MARTINS et al., 2015B).

Pesquisas no Brasil também mostram que, apesar de ter conhecimento sobre o câncer bucal e sobre seus fatores de risco, muitas pessoas continuam com hábitos nocivos à saúde e não realizam o autoexame (MARTINS et al., 2015A).

A prevalência do autoexame bucal entre os idosos investigados foi baixa e pode estar relacionada ao desconhecimento sobre a necessidade de realização deste autocuidado ou mesmo a falta de acesso a informações sobre como realizá-lo. Essa prevalência foi maior entre idosos assistidos por profissionais do SUS. Há necessidade de se aumentar o acesso a serviços odontológicos de qualidade e a ações de promoção de saúde, tais como a divulgação de informações sobre como prevenir o câncer bucal, o repasse de informações sobre a importância do autoexame bucal e a orientação sobre a condução desse autoexame especialmente entre idoso (MARTINS et al., 2015B).

A assistência pública odontológica, principalmente aquela destinada a idosos, necessita de uma reavaliação. Elaboração de políticas de saúde que incluam ações de promoção de saúde/educativas voltadas para o autodiagnóstico e autocuidado, além de ações preventivas, de manutenção da saúde e reabilitadoras, devem ser elaboradas (MARTINS et al., 2015A).

Enfim, se o autoexame bucal for conduzido há uma possibilidade de se elevar a prevalência do diagnóstico precoce do câncer bucal que pode ser sucedido por tratamentos menos invasivos (MARTINS et al., 2015B).

Dessa forma, busca reduzir os índices de mortalidade por essa neoplasia mediante a realização de exames bucais completos, ações educativas e de divulgação do autoexame, promovendo o diagnóstico precoce (VIDAL et al., 2012).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nos artigos analisados, foi unânime a ideia de que o câncer oral constitui um problema de saúde pública, onde observa-se a necessidade de se investir na prevenção desta doença, uma vez que representa uma patologia com taxas significativas de prevalência e incidência, bem como expressiva mortalidade. E que a detecção precoce do câncer de boca leva a melhores

prognósticos, aumentando o índice de sobrevida e de qualidade de vida do paciente. Porém, a falta de conhecimento sobre o câncer bucal, seus sintomas, seus fatores de risco e autoexame bucal são preocupantes, o que colaboram para o diagnóstico tardio e o mau prognóstico, principalmente, entre os idosos.

Nesta revisão integrativa, não foi observado a existência de estudos voltados à protocolos de autoexame bucal direcionados à idosos, o que justifica a proposta de realização de novas pesquisas direcionadas para elaboração de tais protocolos, baseados nas principais dificuldades que os idosos apresentam para realização do autoexame bucal.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. O. M.; SANTOS, C. A. S. T.; OLIVEIRA, M. C. Fatores associados ao câncer de boca: um estudo de caso-controle em uma população do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 4, p. 894 – 905, 2015.

ANTUNES, J. L. F.; TOPORCOV, T. N.; WÜNSCH-FILHO, V. Resolutividade da campanha de prevenção e diagnóstico precoce do câncer bucal em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 1, p. 30 – 36, 2007.

AQUINO, R. C. A. et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade por câncer de boca: conhecendo os riscos para possibilitar a detecção precoce das alterações na comunicação. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 4, p. 1254 – 1261, 2015.

BORGES, D. M. L.; SENA, M. F.; FERREIRA, M. A. F. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.321-327, 2009.

BULGARELI, J. V. et al. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 12, p. 3461-3473, Dez. 2013.

CAMPION, A. C. O. V. L. et al. Caracterização do atraso no diagnóstico do câncer de boca e orofaringe em dois centros de referência. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 178-184, 2016.

CASOTTI, E. et al. Organização dos serviços públicos de saúde bucal para diagnóstico precoce de desordens com potencial de malignização do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1573 – 1582, 2016.

CHRISTENSEN, K. et al. Ageing populations: the challenges ahead. **Lancet**, v. 374, n. 9696, p. 1196-1208, 2009.

COSTA, L. M. O. **Protocolo clínico de saúde bucal para atendimento a idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Vitória**: subsídios para sua atualização. 2016. 150f.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

LIMA, A. A. S. et al. Conhecimento de alunos universitários sobre câncer bucal. **Rev. Bras Cancerol.**, v. 51, n. 4, p. 283-288, 2005.

[MARTINS, A. M. E. B. L.](#); [BARRETO, S. M.](#); [PORDEUS, I. A.](#) Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 3, p. 487-496, 2008.

MARTINS, A. M. E. B. L. ; BARRETO, S.M; PORDEUS, I. A. Auto-avaliação de saúde bucal em idosos: análise com base em modelo multidimensional. **Cad Saude Publica**, v. 25, n.2, p. 421-435, 2009.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Maior acesso à informação sobre como prevenir o câncer bucal entre idosos assistidos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2239 – 2253, 2015(A).

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1085 – 1098, 2015(B).

MARTINS, D. J. et al. Determinantes sociais de saúde e a ocorrência de câncer oral: uma revisão sistemática de literatura. **Revista de Salud Pública**, v. 16, n. 5, p. 786 – 798, 2014.

MARTINS, E. B. L. et al. Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1085-1098, abr. 2015.

MARTINS, J. S. et al. Estratégias e resultados da prevenção do câncer bucal em idosos de São Paulo, Brasil, 2001 a 2009. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n.3, p. 246 – 252, 2012.

MATOS, I. B.; ARAUJO, L. A. Práticas acadêmicas, cirurgiões dentistas, população e câncer bucal. **Rev ABENO**, v. 3, n. 1, p. 76-81, 2003.

MESAS, A. E.; TRELHA, C. S.; AZEVEDO, M. J. Saúde Bucal de Idosos Restritos ao Domicílio: Estudo Descritivo de uma Demanda Interdisciplinar. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 61-75, 2008.

NEMOTO, R. P. et al. Oral cancer preventive campaigns: are we reaching the real target?. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 81, n. 1, p. 44 – 49, 2015.

SANTOS, L. C. O.; BATISTA, O. M.; CANGUSSU, M. C.T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 76, n. 4, p. 416 – 422, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, n. 377, p. 2042-2053, 2011.

SILVA, P. S. L.; LEÃO, V. M. .L.; SCARPEL, R. D. Caracterização da população portadora de câncer de boca e orofaringe atendida no setor de cabeça e pescoço em hospital de referência na cidade de salvador – BA. **Revista CEFAC**, v. 11, p. 441 – 447, 2009.

THOMAZ, E. B. A. F.; CUTRIM, M. C. F. N.; LOPES, F. F. A importância da educação como estratégia para prevenção e diagnóstico precoce do câncer oral. **Ares - Repositório de Objetos Digitais UnA-SUS – UFPel**, 2001.

TORRES-PEREIRA, C. Oral cancer public policies: Is there any evidence of impact?. **Braz Oral Res**, v. 24, p. 37 – 42, 2010.

TORRES-PEREIRA, C. C. et al. Abordagem do câncer da boca: uma estratégia para os níveis primário e secundário de atenção em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, p. s30 - s39, 2012.

VIDAL, A. K. L. et al. Verificação do conhecimento da população Pernambucana acerca do câncer de boca e dos fatores de risco – Brasil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 12, n. 3, p. 383-87, 2012.

VOI, P. L. D. et al. Estratégias para resolutividade assertiva da campanha de diagnóstico e prevenção do câncer bucal. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 52, n. 4, p. 221-230, 2016.

WÜNSCH-FILHO, V. The epidemiology of oral and pharynx cancer in Brazil. **Oral Oncol.**, v. 38, n. 8, p. 737-46, 2002.

## AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS<sup>1</sup>

Arthur Alexandrino<sup>2</sup>  
Matheus Figueiredo Nogueira<sup>3</sup>

### RESUMO

Este estudo teve como objetivo principal avaliar o índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos do município de Cuité – PB. Trata-se de uma investigação epidemiológica transversal de desenho quantitativo, com a participação de 318 idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família e aleatoriamente sorteados. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico e o índice de vulnerabilidade clínico-funcional 20 (IVCF-20), e analisados pela estatística descritiva. Os resultados apontam que 40,9% da população idosa de Cuité-PB é considerada robusta (IVCF=0≤6), revelando, a priori, um achado positivo quando compreende-se a preservação do declínio funcional mediante o avançar da idade. Entretanto, o somatório de idosos potencialmente frágeis (36,1%) ou frágeis (23,0%) corresponde a 59,1%, relativizando a positividade identificada, por assinalar para uma maioria de idosos com algum comprometimento da capacidade funcional. Esse achado suscita a proposição de estratégias de atenção à saúde indispensáveis para a manutenção da autonomia e independência do idoso, com responsabilidades a serem assumidas não apenas pelo idoso, mas pela família, cuidadores, profissionais de saúde, sociedade e Estado.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Idoso, Fragilidade, Saúde do idoso.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se como um fenômeno global, a depender do desenvolvimento do país (PINHEIRO et al., 2018). A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que até o ano de 2025 a população idosa poderá chegar ao marco de 1,2 bilhões de indivíduos (FIGUEIREDO NETO; CORRENTE, 2018). No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a população idosa já ultrapassou os 30,2 milhões no ano de 2017 (BRASIL, 2017).

Segundo Veras (2018), a estimativa para o Brasil é de que essa população chegue aos 32 milhões de idosos até 2020. Por se tratar de um país em desenvolvimento, vem ocorrendo uma modificação intensa e acelerada da população idosa paralelamente associada às transições demográfica e epidemiológica (PINHEIRO et al., 2018). Essas mudanças estão

<sup>1</sup> Projeto de pesquisa vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) vinculado ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

<sup>2</sup> Acadêmico do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande. Bolsista de Iniciação Científica pelo CNPq. E-mail: [alexandrinoarthurdm@gmail.com](mailto:alexandrinoarthurdm@gmail.com)

<sup>3</sup> Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. E-mail: [matheusnogueira.ufcg@gmail.com](mailto:matheusnogueira.ufcg@gmail.com)

relacionadas à diminuição da taxa de fertilidade e mortalidade e aumento da esperança média de vida, sendo acompanhadas do crescimento do número de doenças crônicas (NEGRINI et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2018).

O envelhecimento caracteriza-se por ser um processo fisiológico, progressivo e dinâmico, em que há a ocorrência de alterações morfológicas e funcionais (FERREIRA; PORTELLA; DORING, 2018). Dessa forma, o processo de envelhecimento está diretamente relacionado às modificações relacionadas à capacidade funcional do indivíduo. Se acometido por alguma doença crônica, o idoso estará sujeito ao desencadeamento de fragilidade, o que interfere em sua qualidade de vida (PAGNO et al., 2018).

Segundo Pinto et al. (2016), a capacidade funcional é apontada como a competência que o indivíduo tem para realizar determinadas atividades que o possibilite cuidar de si mesmo sem interferir em sua autonomia e independência. Dessa forma, torna-se necessária a avaliação a capacidade funcional dos idosos, para que seja feito o reconhecimento dessa funcionalidade, e assim, levantar informações capazes de direcionar cuidados a este público (OLIVEIRA; FLEIG, 2017).

A execução deste estudo justifica-se diante da necessidade de conhecer a condição funcional do idoso, a partir da mensuração do seu grau de vulnerabilidade, o que é fundamental para uma triagem eficiente e para a adequada elaboração de linhas de atenção à saúde para este segmento populacional. A relevância está embasada na indispensabilidade de construção de uma base de dados sobre a preservação ou comprometimento da capacidade funcional de idosos, e assim diagnosticar de maneira precoce os problemas que são passíveis de internações, encaminhamentos e resolutividade em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Ademais, os desfechos encontrados nesta investigação podem estimular a tomada de decisões na gestão, na assistência, no ensino e na pesquisa no campo do envelhecimento, além da proposição e implementação de ações, estratégias e programas de atenção à saúde do idoso.

Diante do exposto, surgiram os seguintes questionamentos que fundamentam o mérito desta investigação: Qual o índice de vulnerabilidade clínico-funcional entre os idosos do município de Cuité - PB? Quais as características sociodemográficas e econômicas desses idosos?

As lacunas evidenciadas neste contexto científico e nas práticas especializadas de saúde a partir da identificação da condição funcional do idoso pressupõem a urgência em desenvolver estudos nesse contexto. É oportuno considerar que o contingente populacional de idosos no Brasil está aumentando de forma acelerada e esse público vai precisar cada vez

mais de assistência à saúde. Além disso, os profissionais de saúde precisarão estar preparados para identificar índices de vulnerabilidade e, dessa forma, desenvolver habilidades para os distintos graus de intervenção.

Considerando a relevância da compreensão acerca da capacidade funcional de idosos, este estudo tem como objetivos avaliar o índice de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos do município de Cuité – PB; e caracterizar o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes do estudo.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional transversal com abordagem quantitativa, desenvolvida no município de Cuité – PB, localizado na microrregião do Curimataú Ocidental. No intuito de facilitar a busca aos sujeitos participantes da pesquisa, utilizaram-se como referência a totalidade de 09 (nove) Unidades Básicas de Saúde (UBS's) vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sendo 05 (cinco) na zona urbana e 04 (quatro) na zona rural.

Segundo dados censitários do IBGE publicados no ano de 2010 (BRASIL, 2010), o município de Cuité possui um total de 3.041 habitantes com idade igual ou superior a 60 anos. Para a localização dos idosos, inicialmente realizou-se o levantamento dos seus dados pessoais (nome, sexo, idade e endereço) a partir dos prontuários familiares disponíveis em cada UBS. Após a captação dessas informações, identificou-se uma população total de 3.226 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), servindo como número base para a execução da amostragem. A realização do cálculo amostral proposta por Luiz e Magnanimi (2000) resultou em uma amostra equivalente a 344 participantes, selecionados por meio do modelo de amostragem probabilística sistemática de modo a garantir a homogeneidade entre os sujeitos selecionados e a proporcionalidade entre as UBS's. Considerando as recusas e perdas amostrais, o “n” final foi de 318 idosos.

Como forma de inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa, foram respeitados os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 60 anos; e ser devidamente cadastrado na Estratégia Saúde da Família (zona urbana ou rural) do município de Cuité.

Para a operacionalização da coleta de dados, foram utilizados dois instrumentos: *I) Questionário sociodemográfico*, incluindo as seguintes variáveis: idade, sexo, cor/raça, estado civil, escolaridade, renda familiar, arranjo familiar e ocupação atual; e *II) Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20)*, instrumento validado por Carmo (2014)

que contempla aspectos multidimensionais da condição do idoso, composto por 20 itens distribuídos em oito seções (idade, auto-percepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas). Para cada seção é atribuída uma pontuação específica, totalizando um máximo de 40 pontos. A avaliação clínico-funcional do idoso é determinada por meio dos critérios propostos por Moraes (2014): a) 0 a 6 – idoso robusto; b) 7 a 14 pontos – idoso com risco de fragilização; e c)  $\geq 15$  pontos – idoso em condição de fragilidade, com declínio funcional e incapaz de gerenciar sua vida.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (Parecer n° 3.021.189). Durante a coleta, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido, explicado e assinado em duas vias antes do preenchimento do questionário. Participaram da coleta de dados o pesquisador responsável, o pesquisador participante e 07 (sete) alunos vinculados ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité.

Após o levantamento das informações, utilizou-se o *software Excel 2010* para a construção do banco de dados a partir das respostas inerentes às questões contidas nos instrumentos de coleta. Após a digitação das informações, o banco foi importado para o *software IBM SPSS versão 20 (Statistical Package for the Social Sciences)* para a execução da análise descritiva e quantitativa dos dados (univariada), utilizando medidas simples de frequência absoluta e relativa, além de medidas de tendência central como média e desvio-padrão.

Todos os procedimentos realizados nesta pesquisa foram norteados a partir da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que preconiza a regulamentação ética em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Além disso, a Resolução n° 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, através dos seus fundamentos e diretrizes, também foi parte do subsídio da execução desta pesquisa (COFEN, 2017).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A diminuição da capacidade funcional é natural e de certa forma aceitável, uma vez que seja levada em consideração o avançar da idade. Entretanto, deve-se proporcionar a independência e autonomia do idoso para que ele consiga participar do ambiente familiar e

social. A forma como o indivíduo vai perdendo sua capacidade funcional está diretamente relacionada ao sexo, cognição, escolaridade, o estilo de vida, as condições de saúde e outras variáveis (AMORIM et al., 2017).

Os resultados da caracterização sociodemográfica e econômica dos participantes do estudo estão descritos na Tabela 1 e 2, envolvendo as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil, arranjo familiar, alfabetização funcional, ocupação, idade, anos de estudados e renda familiar.

**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB (n=318).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Sexo</i>	Masculino	137	43,1
	Feminino	181	56,9
<i>Faixa etária</i>	60 a 74	192	60,4
	75 a 89	107	33,6
	Acima de 90	19	6,0
<i>Cor/Raça</i>	Branca	114	35,8
	Parda	167	52,5
	Amarela	4	1,3
	Preta	32	10,1
	Não sabe/Não respondeu	1	0,3
<i>Estado civil</i>	Solteiro	35	11,0
	Casado	178	56,0
	Divorciado	12	3,8
	Separado	4	1,3
	Viúvo	83	26,1
	União consensual	6	1,9
<i>Arranjo familiar</i>	Sozinho	30	9,4
	Somente com o cônjuge	75	23,6
	Cônjuge e filhos	52	16,4
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	12	3,8
	Somente com os filhos	30	9,4
	Arranjos trigeracionais	38	11,9
	Arranjos intrageracionais	7	2,2
	Somente com os netos	4	1,3
	Não familiares	3	0,9
Outros arranjos	67	21,1	
<i>Alfabetização funcional</i>	Sim	97	30,5
	Não	221	69,5
<i>Ocupação</i>	Aposentado	225	70,8
	Agricultor	70	22,0
	Comerciante	7	2,2
	Professor	3	0,9
	Servidor público	2	0,6
	Outros	11	3,5

<b>TOTAL</b>	<b>318</b>	<b>100,0</b>
--------------	------------	--------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Conforme apresentado na Tabela 1, evidencia-se a predominância de idosos do sexo feminino (56,9%), o que caracteriza a feminização da velhice. Segundo informações do IBGE de 2018, as mulheres vivem aproximadamente sete anos a mais se comparadas aos homens, representando cerca de 56,0% da população brasileira. A população idosa do país não foge a essa realidade, caracterizando assim a sua feminização (LINS; ANDRADE, 2018). Esse fenômeno pode ser explicado pelo fato do público feminino procurar e ter maior adesão aos serviços de saúde, além da menor exposição à morte por causas externas (NEVES; GOLDIM, 2018).

A maioria dos participantes são idosos-jovens (60,4%), com idade entre 60 a 74 anos. Como se observa na Tabela 2, a idade mínima identificada foi 60 anos, a máxima 98 anos e a média igual a 73,08 anos, ratificando que em média os participantes são idosos-jovens. Segundo Navarro et al., (2015), os idosos considerados jovens são todos aqueles que se enquadram na faixa etária de (60 a 79 anos) e, por conseguinte, demonstram melhor capacidade funcional. Um estudo comparativo realizado por Gavasso e Bettrame (2017), apontou que a maioria dos participantes eram idosos jovens, convergindo com os achados deste estudo.

**Tabela 2** – Medidas descritivas da caracterização sociodemográfica e econômica de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB (n=318).

<b>Variável</b>	<b>Mínima</b>	<b>Máxima</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<i>Idade</i>	60	98	73,08	9,267
<i>Anos estudados</i>	0	20	2,79	4,135
<i>Renda familiar</i>	300,00	13.000,00	1.927,81	1.104,235

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com a variável cor/raça, verificou-se que 52,5% dos idosos são de cor/raça parda, o que representa significativamente a região nordeste. Pesquisa realizada por Poubel et al. (2017) observou que a predominância no quesito cor/raça entre os idosos foi a cor parda, indo em discordância com a população brasileira, que segundo dados do IBGE, a maioria da população idosa no país é de cor branca. Assim como os dados trazidos pelo IBGE, no estudo realizado por Oliveira, Thomaz e Silva (2014), cerca de 55,0% da população da região Norte e Nordeste tem a cor parda.

No que se refere ao estado civil, 56,0% dos idosos são casados, apontando que a constituição familiar tradicional é a mais comum nessa região. Um estudo realizado por

Aquino et al. (2017) informa que a maioria dos idosos (58,1%) relatara ser casada ou estar em união estável, corroborando os resultados encontrados nesta pesquisa. Para Ribeiro et al., (2015), o casamento na velhice é importante, pois assume um papel de identidade, influenciando diretamente no processo de envelhecimento. Por ser entendido como um local de apoio, o casamento contribui para a satisfação do indivíduo, sendo apontado como algo significativo e positivo.

A variável arranjo familiar indica uma maior representatividade de idosos que moram somente com o cônjuge (23,6%), no qual a maioria se tratavam também de idosos. É importante ressaltar que 21,1% dos participantes do estudo apresentavam outros arranjos familiares diferentes dos disponibilizados no questionário aplicado na pesquisa, tais como morar com sobrinho (a), morar com irmão (a), dentre outros.

Diferentemente de tais achados, Melo et al. (2016) utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelam em sua pesquisa que o arranjo mais comum entre os idosos do país é aquele em que idoso mora com o cônjuge, filhos e outros parentes. Segundo Rabelo e Neri (2015), o arranjo domiciliar é caracterizado pela quantidade membros que fazem parte de uma unidade familiar, bem como as relações geracionais e de consanguinidade existentes nesse meio. Ter o cônjuge ao seu lado favorece e melhora as percepções relacionadas à saúde e pode favorecer uma melhor condição funcional.

Quanto à variável alfabetização funcional, observou-se que 69,5% dos entrevistados são analfabetos funcionais, ou seja, são incapazes de compreender textos simples ou de realizar operações matemáticas não complexas. Vale salientar que grande representatividade dos participantes sabia apenas escrever o próprio nome, e mesmo assim, alguns apresentavam muita dificuldade. O baixo nível de escolaridade foi revelado pela média de 2,79 anos estudados. No estudo de Aquino et al. (2017), 76,48% dos idosos participantes da pesquisa apresentavam uma escolaridade de até quatro anos de estudos, considerado baixíssimo, obtendo um resultado bem próximo da média do nível de escolaridade encontrada neste estudo.

Segundo pesquisa realizada por Francisco et al. (2018), esse determinante social potencializa a vulnerabilidade do indivíduo no acometimento por determinadas doenças, pois em seu estudo foi apontado que quanto menor o nível de escolaridade do indivíduo, maior é a prevalência de incapacidade funcional, principalmente pelo acometimento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), uma vez que este público, de modo geral, se mostrava mais vulnerável e expostos a riscos e detinham menor acessibilidade aos serviços de saúde.

Na variável ocupação foi possível verificar que 70,8% dos idosos entrevistados eram apenas aposentados, o que significa que não exerciam nenhum tipo de trabalho. Os demais idosos exerciam algum tipo de atividade, principalmente na agricultura (22,0%), sobretudo a população idosa da zona rural do município. De acordo com um estudo de Figueiredo Neto e Corrente (2018), realizado na cidade de Manaus - AM, a maioria dos idosos era aposentada, corroborando os achados deste estudo. Entretanto, esse mesmo material apontou que a maioria dos entrevistados (79,8%) ainda trabalhava, principalmente pela necessidade de complementação da renda.

Em se tratando da variável renda familiar, a maioria dos idosos apresentava uma renda de aproximadamente dois salários mínimos vigentes, corroborado pela média de R\$ 1.927,81 como observado na Tabela 2. Esse achado retrata a renda básica apresentada pela grande maioria dos idosos aposentados do Brasil, não sendo um valor suficiente para o atendimento pleno das necessidades humanas básicas. Constatou-se ainda que quanto mais anos de estudo tinha o idoso participante, maior era a sua renda familiar, denotando uma relação diretamente proporcional entre o nível de escolaridade e a renda.

No estudo de Almeida et al. (2017), a renda de maior prevalência apresentada pelos idosos foi de 1 a 3 salários mínimos, o que demonstra uma relação de semelhança com os achados desse estudo. Freitas et al. (2018) discorrem que idosos com menor número de anos de estudo e renda mensal de até 2 salários mínimos podem ostentar um maior declínio de sua capacidade funcional. Uma vez a baixa renda acompanhada do baixo nível de alfabetização, o indivíduo apresenta uma diminuição na qualidade da assistência de saúde e menor poder aquisitivo de medicação, visto que a renda é essencial para a manutenção da saúde, bem como no poder de execução de sua autonomia.

**Tabela 3** – Escore total categorizado do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB (n=318).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
IVCF	<i>Idoso robusto</i>	130	40,9
	<i>Idoso potencialmente frágil</i>	115	36,2
	<i>Idoso frágil</i>	73	23,0
	<b>TOTAL</b>	318	100,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A pesquisa apontou que o maior percentual de idosos entrevistados é robusto (40,9%), resultado certamente justificado pela predominância de idosos na faixa etária de 60 a 74 anos, o que evidencia um resultado satisfatório em relação à saúde e, principalmente, à capacidade

funcional. Em contraponto a esse achado, o somatório dos percentuais de idosos frágeis e potencialmente frágeis exibe um total de 59,1%. Nota-se, nessa lógica, que a maior parte da população idosa de Cuité pode ser considerada frágil ou em risco de fragilização. O comprometimento da capacidade funcional e/ou o seu risco efetivo claramente elucidado nos achados sugere um alerta para as políticas públicas voltadas à saúde do idoso, bem como para pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, familiares e sociedade em geral, para que sejam adotadas medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos no sentido de potencializar a autonomia e independência dos idosos.

O idoso considerado robusto é aquele que consegue exercer sua autonomia e independência sem apresentar declínio em sua capacidade funcional; o idoso potencialmente frágil apresenta uma diminuição na capacidade funcional, entretanto consegue exercer sua autonomia e independência, porém com chances de risco de dependência funcional; e o idoso frágil é aquele que apresenta algum declínio em sua capacidade funcional, incapaz de gerir sua vida de forma independente e autônoma (FREITAS, 2018).

Para Moraes et al. (2016), os idosos robustos são todos aqueles que se mostram estar em pleno estado de vitalidade, apresentando total independência na execução de todas as atividades de vida diária, podendo este apresentar ou não alguma condição de saúde de baixa ou maior complexidade clínica, como por exemplo, alguma doença crônica como a hipertensão arterial sistêmica, ou que venham possuir algum fator de risco. Pereira, Borim e Neri (2017), complementam que a robustez é observada pela ausência ou presença de alguma condição crônica em menor número. Além disso, o idoso robusto apresenta menores riscos de mortalidade, se comparado aos idosos potencialmente frágeis ou frágeis.

O idoso é considerado frágil quando apresenta complexas necessidades, ou quando detém múltiplas condições crônicas de saúde, podendo estas ser poli-incapacitantes (MORAES, 2017). Ainda para Moraes et al. (2016), o idoso por sua vez, ostenta um declínio funcional em suas atividades de vida diária instrumentais, sejam elas parciais ou totais, havendo um comprometimento da independência e autonomia do indivíduo, podendo chegar ao grau máximo de fragilidade, e assim, necessitando da ajuda de terceiros para a realização de suas atividades e necessidades. De acordo com Carneiro et al. (2019), essa fragilidade está diretamente relacionada não só as morbidades, mas também como a autopercepção negativa da saúde.

No estudo de Pagno et al. (2018), os idosos também se mostraram principalmente frágeis ou potencialmente frágeis, quando comparado aos idosos robustos. Na pesquisa realizada por Freitas et al. (2019), a predominância maior foi de idosos potencialmente

fragilizados com 43,0%, seguido dos idosos robustos com 40,4% e por último os idosos frágeis com 16,6%. Ainda nesse estudo, o maior risco de fragilização foi no público feminino, sendo esse fato explicado pela fragilidade intrínseca ao sexo, pela baixa presença de massa magra, redução da força muscular em relação ao homem e outros fatores ligados a feminização da velhice como a maior longevidade, quando comparado aos homens.

De modo a fundamentar os resultados encontrados na categorização do IVCF, também foi levada em consideração a análise descritiva do escore total, como pode ser observado na Tabela 4.

**Tabela 4** – Dados descritivos do escore total do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Cuité – PB (n=318).

Variável	n	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-padrão
<i>IVCF Escore total</i>	318	0	38	9,90	8	8,293

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Mediante a aplicação do instrumento IVCF-20 e considerando a oscilação do escore total entre 0 e 40 (zero e quarenta), constatou-se que o valor mínimo do escore total obtido foi equivalente a 0 (zero), traduzido pelo melhor desempenho do IVCF; o escore máximo obtido foi igual a 38 (trinta e oito), que revela grande proximidade com o pior desempenho na avaliação da funcionalidade; e o escore total médio de 9,90 e mediano igual a 8, cujos valores apontam para a caracterização de idosos potencialmente frágeis (escore de 7 a 14 pontos).

A fragilidade potencializa as chances dos idosos serem acometidos por algum evento adverso à saúde, o que demanda um maior cuidado direcionado ao risco de declínio funcional (RODRIGUES et al., 2018). Esse declínio, ao ser encarado como um problema a saúde do idoso, suscita um enfrentamento progressivamente fortalecido à medida que o indivíduo envelhece (MATOS et al., 2018). No intuito de amenizar os efeitos provocados pelo envelhecimento e estimular ações que promovam a qualidade de vida desse público, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa aborda em sua conjuntura a necessidade de recuperar, manter e promover a autonomia e independência dessa parcela da população, por meio de medidas realizadas de forma coletiva ou individual, tendo como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Para que haja a preservação da capacidade funcional do idoso, é necessário haver uma articulação de atividades voltadas às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dessa população, contribuindo para a independência funcional, que conseqüentemente irá proporcionar um envelhecimento ativo e saudável. A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o

desempenho de ações multiprofissionais da equipe são fundamentais nesse processo (SOUSA; GONÇALVES; GAMBA, 2018). Além disso, a família tem um importante papel no que diz respeito ao cuidado do idoso, desde o suporte voltado ao cuidado, bem como o apoio emocional ao indivíduo (LINS; ROSAS; NERI, 2018; FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A presente pesquisa demonstrou uma maior prevalência do sexo feminino entre os participantes, caracterizando a feminização da velhice. A avaliação da faixa etária identificou que 60,4% desses idosos são jovens e, certamente ativos na sociedade, 52,5% apresentam cor/raça parda, 56,0% são casados, quase 70,0% dos idosos são analfabetos funcionais e vivem apenas com a renda da aposentadoria.

O instrumento IVCF-20, utilizado para a realização da coleta quanto ao índice de vulnerabilidade clínico-funcional, apontou que 40,9% da população idosa de Cuité-PB é considerada robusta, revelando, a priori, um achado positivo quando compreende-se a preservação do declínio funcional mediante o avançar da idade. Entretanto, o somatório de idosos que se apresentavam potencialmente frágeis ou frágeis atingiu o total de 59,1%, relativizando a positividade pontuada anteriormente, pois esse dado assinala para uma maioria de idosos com certo grau de comprometimento da capacidade funcional.

Este estudo apresentou algumas limitações técnicas de operacionalização, a exemplo da dificuldade de localização dos idosos selecionados conforme o procedimento amostral, sobretudo quanto ao acesso nos domicílios na zona rural; além das limitações de revisão literária, decorrente da restrita produção científica acerca do índice de vulnerabilidade clínico-funcional. Sugere-se, dessa forma, que outros estudos sejam idealizados e executados no que tange à avaliação da capacidade funcional de idosos, de modo a favorecer a robustez do conhecimento científico nesta área.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), que através da bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) viabilizou o auxílio financeiro para a idealização e execução da pesquisa, bem como

ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Envelhecimento e Qualidade de Vida (NEPEQ) por todo o apoio durante o período da coleta de dados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. et al. Funcionalidade e fatores associados em idosos participantes de grupo de convivência. **Journal of the brazilian society for adapted motor activity**, v. 18, n. 1, p. 53-64, 2017. Disponível em:

<<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/sobama/article/view/7274>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

AMORIM, D. N. P. et al. Associação da religiosidade com a capacidade funcional em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 20, n. 5, p. 727- 35, 2017.

Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403853542014.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

AQUINO, G. A. et al. Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 20, n. 1, p. 111-22, 2017. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000100111&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100111&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 05 mai. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Agência de notícias do IBGE**. 2017. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-crece-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 04 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 03 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Brasília - DF, 2012. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília - DF, 2006. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)>. Acesso em: 08 mai. 2019.

CARMO, J. A. **Proposta de um Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional para a Atenção Básica: Um Estudo Comparativo com a Avaliação Multidimensional do Idoso**.

2014. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500570&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500570&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

CARNEIRO, J. A. et al. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. **Rev. Saúde Pública**, v. 53, n. 32, 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsp/v53/pt\\_0034-8910-rsp-53-32.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-32.pdf)>. Acesso em: 20 mai.2019.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução. 564/2017. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2017. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017\\_59145.html](http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

FERREIRA, E; PORTELLA, M. R.; DORING, M. Changes to the feet of institutionalized elderly persons. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n. 3, p. 352-59, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000300352&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300352&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F; FERREIRA, M. E. C. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v. 21, n. 5, p. 616-27, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500616&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500616&lng=pt&tlng=pt)> . Acesso em: 08 mai. 2019.

FIGUEIREDO NETO, E. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida em idosos de Manaus segundo a escala de Flanagan. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n. 4, p. 495-502, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000400480&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232018000400480&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 03 mai. 2019.

FRANCISCO, P.M. S. B. et al . Disability relating to instrumental activities of daily living in the elderly with rheumatic diseases. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n. 5, p. 570-78, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500570&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500570&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

FREITAS, F. F. Q. et al. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. **Cienc. Saúde Colet**, 2019. Disponível em: < <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fragilidade-em-idosos-na-atencao-primaria-a-saude-uma-abordagem-a-partir-do-geoprocessamento/17107?id=17107>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

FREITAS, F. F.Q. et al. Temporal analysis of the functional status of older people in the state of Paraíba, Brazil. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 2, p. 905-11, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt\\_0034-7167-reben-71-s2-0905.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0905.pdf)>. Acesso em: 05 mai. 2019.

FREITAS, F. F.Q. **Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da atenção primária**. 2018. Tese (Doutorado em Cuidar em saúde e em enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. Disponível em: < [http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ENFC-B6HQ4C/fabiana\\_ferraz\\_queiroga\\_freitas.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ENFC-B6HQ4C/fabiana_ferraz_queiroga_freitas.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 05 mai. 2019.

GAVASSO, W. C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 20, n. 3, p. 399-409, 2017.

Disponível em: < <https://www.redalyc.org/html/4038/403852162010/>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

LINS, A. E. S.; ROSAS, C; NERI, A. L. Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n. 3, p. 330-41, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000300330&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300330&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 08 mai. 2019.

LINS, I. L.; ANDRADE, L. V. R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 23, n. 3, p. 436-65, 2018. Disponível em:<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/mediacoes/article/view/34289/pdf>> . Acesso em: 03 mai. 2019.

LUIZ, R. R.; MAGNANINI, M. M. F. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 9-28, 2000.

MATOS, F. S. et al . Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3393-3401, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018001003393&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003393&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 08 mai. 2019.

MELO, N. C. V. et al. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 19, n. 1, p. 139-51, 2016. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403844773013.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

MORAES, E. N. Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 307-308, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403852162001.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MORAES, E. N. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 81, p. 1-10. 2016. Disponível em: <[http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963-pt.pdf](http://www.fsp.usp.br/rsp/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963/0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963-pt.pdf)>. Acesso em: 20 mai. 2019.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 4ed. Belo Horizonte: Folium, 2014. Acesso em: 05 mai. 2019.

NAVARRO, J. H. N. et al. Percepção dos idosos jovens e longevos gaúchos quanto aos espaços públicos em que vivem. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 461-70, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n2/461-470/pt>> . Acesso em: 05 mai. 2019.

NEGRINI, E. L. D. et al . Elderly persons who live alone in Brazil and their lifestyle. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 5, p. 523-31, 2018 . Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500523&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500523&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

NEVES, B. B.; GOLDIM, J. R. Teleassistência em idosos: coerção, confiança e satisfação associadas à sua utilização. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n.45, p. 479-86, 2018. Disponível em: < <http://www.rbgg.com.br/arquivos/proximas-publicacoes/2017-0200.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2019.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1438-52, 2014. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt\\_0102-311X-csp-30-7-1438.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/pt_0102-311X-csp-30-7-1438.pdf)>. Acesso em: 08 mai. 2019.

OLIVEIRA, J. F. et al . Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 21, n. 4, p. 428-38, 2018 . Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000400428&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400428&lng=en&tlng=en) >. Acesso em: 04 mai. 2019.

OLIVEIRA, M. R.; FLEIG, T. C. M. Avaliação da funcionalidade de idosos institucionalizados através do Índice de Barthel e sua correlação com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ICF). **Revista Brasileira de Iniciação Científica**, v. 4, n. 9, P. 22-33, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.itp.ifsp.edu.br/index.php/IC/article/view/532/815>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

PAGNO, A. R. et al . Drug therapy, potential interactions and iatrogenesis as factors related to frailty in the elderly. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n. 5, p. 588-96, 2018 . Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000500588&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000500588&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

PEREIRA, A. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Risco de morte em idosos com base no fenótipo e no índice fragilidade: estudo de revisão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 274-87, 2017. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/4038/403851250013/>>. Acesso em: 20 mai. 2019.

PINHEIRO, N. C. G. et al. Dental Functionality: construction and validation of an oral health indicator for institutionalized elderly persons in the city of Natal, Rio Grande do Norte. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 21, n. 4, p. 389-96, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000400389&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400389&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 03 mai. 2019.

PINTO, A. H. et al. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3545-55, 2016. Disponível em < <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2016.v21n11/3545-3555/pt>>: . Acesso em: 04 mai. 2019.

POUBEL, P. B. et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 71-8, 2017. Disponível em: < <http://periodicos.unichristus.edu.br/index.php/jhbs/article/view/1054/412>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, n. 4, p. 874-84, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csp/2015.v31n4/874-884/pt>> . Acesso em: 05 mai. 2019.

RIBEIRO, C. G. et al. Representações sociais do casamento: um estudo intergeracional. **Revista Ágora**, n. 22, p. 298-315, 2015. Disponível em: < <http://www.publicacoes.ufes.br/agora/article/view/13623/9666>>. Acesso em: 05 mai. 2019.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Síndrome da fragilidade entre idosos e fatores associados: comparação de dois municípios. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e3100, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100387&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100387&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 08 mai. 2019.

SOUSA, F. J. D.; GONCALVES, L. H. T.; GAMBA, M. A. Capacidade funcional de idosos atendidos pelo programa saúde da família em Benevides, Brasil. **Rev Cuid**, v. 9, n. 2, p. 2135-44, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000202135&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000202135&lng=pt&tlng=pt)>. Acesso em: 08 mai. 2019.

VERAS, R. P. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 21, n. 3, p. 371-77, 2018. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000300360&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300360&lng=en&tlng=en)>. Acesso em: 04 mai. 2019.

## BENEFÍCIOS DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO HUMANO

Silvina Oliveira Alves<sup>1</sup>  
Mayara Layane de Souza Joventino<sup>2</sup>  
Alzira Maria de Araújo Neta Gomes<sup>3</sup>  
Vagna Cristina Leite da Silva Pereira<sup>4</sup>

### RESUMO:

As terapias complementares atuam como ferramentas benéficas no processo saúde doença relacionadas ao envelhecimento humano contribuindo com melhorias para qualidade de vida do grupo. Portanto objetiva-se identificar os benefícios das práticas integrativas e complementares para a qualidade vida da pessoa idosa. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório de abordagem qualitativa, realizado com usuários do Centro de Práticas Integrativas e Complementares Canto da Harmonia na cidade de João Pessoa/PB. A população do estudo foi de 400 usuários cadastrados no serviço, sendo incluída uma amostra de 10 usuários idosos, respeitando os critérios de inclusão para realização do estudo. Para coleta de dados foi aplicado um roteiro semiestruturado de entrevista e para interpretação dos resultados aplicada a técnica de Análise Temática. De acordo com os depoimentos verificou-se que as terapias propostas resultaram em benefícios para melhorias nas condições de saúde, a exemplo, o alívio de dores crônicas, controle da hipertensão arterial, maior disposição e diminuição do uso de medicamentos, além de resultados positivos no tratamento do estresse, da ansiedade e dos sintomas depressivos. Considera-se que as terapias complementares se apresentam como alternativas eficazes favorecendo melhorias no processo de adoecimento físico e mental da pessoa idosa, contribuindo de forma satisfatória com melhorias na qualidade de vida do idoso.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Qualidade de vida, Terapias Complementares.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo gradual, individual, acumulativo, irreversível, que pode apresentar deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo os torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2010).

De acordo com IBGE (2018), estima-se que a população brasileira envelhecerá 6% a mais até 2060 comparando-se ao ano atual. Segundo Camargo (2018) o envelhecimento populacional está relacionado, entre outros, ao aumento da expectativa de vida, a melhoria da qualidade de vida e da saúde, redução das taxas de fecundidade, melhorias nas condições de

<sup>1</sup>Enfermeira, Graduada pela Faculdade Nova Esperança, PB, [silvinaoalves@gmail.com](mailto:silvinaoalves@gmail.com);

<sup>2</sup>Graduada em Enfermagem pela Faculdade Nova Esperança, PB, [mayara.joventino@gmail.com](mailto:mayara.joventino@gmail.com);

<sup>3</sup>Graduada em Enfermagem pela Faculdade Nova Esperança, PB, [araujoalzira@outlook.com](mailto:araujoalzira@outlook.com);

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutora pelo programa de pós-graduação em Enfermagem/UFPB, [vagna.cristinapb@gmail.com](mailto:vagna.cristinapb@gmail.com).

saneamento e infraestruturas básicas, porém, o país ainda resiste aos problemas associados ao fenômeno populacional.

Aos 65 anos de idade a pessoa é considerada idosa, seguindo os critérios da Organização Mundial de Saúde – OMS. Realidade que aponta para necessidade de adaptar políticas públicas a uma nova realidade, com norteamentos específicos para saúde, assistência social e previdenciária (OMS, 2005; AZEVEDO, 2015).

Atualmente, as transições demográficas, epidemiológicas e a construção do perfil de morbimortalidade vêm sofrendo consideráveis alterações por influência das condições de vida e pelo desenvolvimento de cada população como resposta à interação entre diversos fatores (PEREIRA et al, 2015).

O crescimento da população idosa no contexto nacional tem gerado demandas assistências no Sistema Único de Saúde e vêm impulsionando modificações e implantações de novas práticas e modalidades assistências para suprir as necessidades desse grupo.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC's) são reconhecidas e recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia eficaz que contribui com melhorias no processo saúde doença. De acordo com dados presentes no documento *Traditional Medicine Estrategy 2014-2023*, publicado recentemente pela OMS, para avaliar o índice de utilização mundial PIC's, houve um crescimento significativo na última década. Na Europa o crescimento teve uma estimativa de mais de 100 milhões de usuários, enquanto nos demais continentes foi identificada estimativa de número maior de pessoas beneficiadas (OMS, 2014).

Segundo a OMS o aumento dessa demanda é decorrente de uma série de fatores que indicam que os sistemas de saúde convencionais apresentam lacunas e déficits no que se diz respeito à integralidade do usuário, no qual o cuidado vem sendo visto de forma fragmentada. Fato esse que reforça a proposta de implantação das PICs nos serviços de saúde (CONTATORE; et al, 2015).

Um documento divulgado pelo órgão estimula a utilização, pesquisa e criação de políticas públicas que incorporem com segurança, eficácia e uso racional, para que possa firma-se como meio de intervenção nas práticas de saúde, principalmente para uso da população idosa (FRIGOTTO, 2013).

Considerando tal realidade, no Brasil, em 2006 foi publicada a Portaria GM/MS nº. 971 dispondo a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, que tem como uma de suas prioridades a inserção e o fortalecimento dessa terapêutica no nível primário de atenção. Uma política a ser implementada objetivando contribuir com o

fortalecimento dos seus princípios fundamentais para garantir a integralidade na atenção à saúde através da incorporação e inserção das práticas integrativas e complementares na rede de saúde (BRASIL, 2006).

O interesse na atualidade por esta modalidade de cuidado vem sendo crescente, embora os avanços tecnológicos tenham proporcionado benefícios é sabido que se apresentam ineficazes no que diz respeito à promoção e prevenção a saúde. Verifica-se também que as modalidades de cuidado que vem sendo ofertadas em serviços de saúde na atualidade ainda prevalece uma visão fragmentada do ser (CANTATORE, *et. al.*, 2015).

Considerando esta realidade, as práticas integrativas e complementares são apresentadas como uma modalidade terapêutica que contempla um conceito ampliado do processo saúde doença atuando no contexto da integralidade do ser humano, de forma holística e humanizada priorizando em sua terapêutica a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Sendo assim, esse estudo emerge a partir do seguinte questionamento: Quais os benefícios das Práticas Integrativas e Complementares para a vida das pessoas idosas?

A realização desse estudo mostra-se relevante por colaborar com o processo de construção do conhecimento acerca da inserção das PIC's na rede SUS, fortalecendo a sua inserção no sistema de saúde brasileiro, contribuindo também para o seu reconhecimento enquanto benéficas para o processo de envelhecimento humano. Trata-se de técnicas não invasivas e que colaboraram com melhorias para qualidade de vida deste grupo populacional.

Portanto objetiva-se nesse estudo identificar os benefícios das Práticas Integrativas e Complementares para a qualidade vida da pessoa idosa.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa, realizada no Centro de Práticas Integrativas e Complementares Canto da Harmonia (CPICS), que fica situado no bairro Valentina de Figueiredo na cidade de João Pessoa/PB. A população do estudo foi de 400 usuários cadastrados no serviço, sendo incluída uma amostra de 10 usuários, segundo sorteio aleatório, respeitando os critérios definidos para realização do estudo: Foram incluídos usuários idosos, ativos nas atividades terapêuticas a mais de um ano.

A coleta de dados foi realizada em 2017 após a inserção da pesquisadora nas atividades terapêuticas desenvolvidas no serviço, os dados foram apreendidos em um período de 3 meses, de março a maio. Foi aplicado um roteiro de entrevista semiestruturada e os

relatos foram armazenados em um dispositivo de gravação e áudio portátil, que subsidiou uma transcrição precisa das falas.

Para interpretação dos resultados foi adotado a Análise Temática de Minayo (2006), sendo organizada em 3 etapas: pré-análise; exploração do material e, por último, tratamento e interpretação dos resultados. As etapas especificadas permitem a interpretação das realidades encontradas auxiliando o pesquisador na compreensão dos dados. Para etapa de análise as falas foram organizadas em duas categorias: 1. *Por que inovar? Principais motivos que levam os usuários idosos a buscarem Práticas Integrativas e Complementares* e 2. *Despertar para melhorar: benefícios das práticas integrativas e complementares*. As falas foram nominadas de forma fictícia para preservar a identidade dos participantes do estudo.

A coleta de dados foi realizada respeitando os aspectos éticos preconizados pela Resolução CNS 466/12 mediante a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE, de CAE 54169216000005179 e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB (BRASIL, 2016).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O processo saúde doença no decorrer dos anos apresentou-se limitado, em resposta ao modelo de assistência dominante proposto na atualidade, modelo biomédico. Tal modalidade de assistência mostrou-se incapaz e limitada para intervir de forma satisfatória no processo saúde doença emergente. Trata-se de um modelo de visão limitada que valoriza o corpo de forma isolada, valorizando a doença e os sintomas disponibilizando modalidades de cuidado fragmentadas. Apresentando-se contraditório aos ideais postulados por uma proposta de cuidado integral e de qualidade a população idosa (BRASIL, 2006; SARAIVA *et al.*, 2011).

As PIC's foram inseridas no contexto do SUS, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares objetivando ampliar o acesso a essas práticas pela população em geral com a finalidade de ampliar o cuidado integral e holístico, focado na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde dos diferentes grupos populacionais (BRASIL, 2006).

Órgãos internacionais e nacionais têm incentivado a implantação e implementação dessas práticas na atenção primária à saúde. Alguns estados brasileiros têm ofertado tais terapêuticas sendo desenvolvidas em diferentes serviços de saúde a exemplo da estratégia de saúde da família/unidade básica de saúde, como mostra estudo o realizado por Otani e Barros (2011); em alguns estados, a exemplo da Paraíba, foram criados locais específicos para o

desenvolvimento das PICs, denominados de Núcleos ou Centros de Práticas Integrativas e Complementares, por meio de leis municipais tomando como base a Política Nacional das PIC's (CAMPOS; SILVEIRA; SILVA, 2015).

Nesse contexto as Práticas Integrativas estão sendo desenvolvidas em âmbito nacional enquanto recurso terapêutico e complementar idealizado a fim de promover e recuperar a saúde da população em geral. Atuam como modalidade de saúde que contempla um conceito ampliado do processo saúde doença no contexto da integralidade do ser humano, de forma holística e humanizada priorizando em sua terapêutica a prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde dos mais variados grupos etários.

Na sequência são apresentadas as unidades temáticas elencadas para realização desse estudo que mostram os benefícios das PIC's no processo saúde doença da pessoa idosa.

### **Por que inovar? Principais motivos que levam os usuários idosos a buscarem Práticas Integrativas e Complementares**

Os idosos ao serem questionados sobre o(s) motivo(s) que os levaram a procurar o CPICs Canto da harmonia, eles elencaram as seguintes razões: problemas orgânicos, emocionais, melhor qualidade de vida e insatisfação com os tratamentos convencionais. Razões expressas e identificadas de acordo com as falas abaixo:

*“[...] descobri uma doença que provoca muitas dores nas pernas. Cheguei ao ponto de não poder andar, então como as terapias convencionais não proporcionaram nada do que eu esperava, eu procurei as alternativas aqui [...]” (Jonas).*

*“[...] porque eu sinto muitas dores no corpo, tenho problema de fibromialgia e problemas na coluna né! Busquei práticas alternativas pra melhorar a qualidade de vida. [...]” (Maria).*

*“[...] uma amiga minha que é daqui e disse que é muito bom e me trouxe, aí eu gostei. Eu sou toda doída, dormia mal, era muito nervosa... E o pessoal aqui é muito bacana! [...]” (Ana).*

Entre as razões apresentadas verificou-se que os problemas orgânicos, a exemplo da dor, foram as mais citadas. Verificou-se que antes de utilizar as PICs, os usuários já teriam recorrido ao tratamento convencional e provavelmente já teriam feito uso de algum fármaco para resolução do seu problema. Segundo Braz et al.,(2011) o motivo da procura pelas PICs, por pessoas com problema de dores crônicas, se dá muitas vezes por que os medicamentos não proporcionam o resultado esperado e ainda que estes apresentam efeitos colaterais quando usados a longo prazo.

Percebe-se que em uma das falas o entrevistado buscou as PIC's para obter melhor qualidade de vida, uma condição culturalmente associada à ausência de doenças quer sejam físicas ou emocionais (MARQUES, 2017). Foi possível verificar também que a insatisfação dos entrevistados à acerca da medicina convencional dar-se pela falta de vínculo dos profissionais com os pacientes e a ineficiência de técnicas e serviços ofertados, tornando-se ineficazes para resolução dos problemas motivando-os a buscar alternativas de tratamento. De acordo com Otani e Barros (2011) a insatisfação com o modelo biomédico é uma das justificativas que impulsionam as pessoas a buscarem esta modalidade terapêutica, sendo este motivo elencado pela própria política nacional, sendo este fator impulsionador para elaboração das mesmas.

Outro motivo a ser considerado e informado pelos idosos foram as doenças crônicas, visto que o perfil epidemiológico tem mudado nos últimos anos como resposta ao aumento da expectativa de vida da população.

*“[...] Eu sou diabética, hipertensa e eu fazia lá no Equilíbrio do Ser. Comecei por intermédio de uma amiga que disse que estava se sentindo muito bem, aí eu fui pra lá! Depois eu me mudei para cá (para o Valentina) e comecei a fazer as terapias aqui, pelo menos a yoga... é muito bom até pra cabeça da gente, para o corpo; e eu tenho por exemplo, muita disposição depois das terapias; antes eu tinha um pouco de cansaço, depois que eu comecei a fazer a acupuntura, tai chi chuan, principalmente o tai chi que é pros ossos, melhorei consideravelmente das dores, minha qualidade de vida melhorou 100%, até o humor, melhorou em todos os sentidos! [...]”(Ester).*

*“[...] eu tomo remédio desde 1992 pra osteoporose e quando a pessoa faz as terapias passa mais as dores, mas os remédios, não podem parar não! [...]” (Paula).*

O envelhecimento populacional é uma realidade em países em desenvolvimento como o Brasil, levando conseqüentemente ao aumento das doenças crônicas e degenerativas (MIRANDA *et al.*, 2016). Um fenômeno que requer uma preparação do sistema de saúde convencional, principalmente no que se diz respeito à promoção da saúde, porém mesmo que esse sistema tenha investido fortemente no problema por meio de políticas públicas, ainda apresenta fragilidades, considerando que essas políticas, na prática, têm negligenciado a promoção da saúde, concentrando-se em campanhas de prevenção de agravos e adotando medidas que, de certa forma, podem desenvolver sentimentos de medo nos indivíduos ao invés de oferecer conhecimentos sobre o problema para que os usuários possam lidar com seus problemas de saúde e assim sua alcançar qualidade de vida.

Portanto, nesse estudo, foi percebido que as doenças crônicas geraram a necessidade nos participantes de procurar o CPIC's. Realidade apresentada por Tesser, Sousa e Nascimento (2018) que associou as doenças crônicas a um dos principais motivos para os usuários buscarem esse tipo de tratamento em serviços de saúde.

### **Despertar para melhorar: benefícios das práticas integrativas e complementares**

Ao serem indagados a cerca dos benefícios alcançados com o uso das PIC's, os entrevistados informaram que vão desde a cura orgânica à espiritual. Entre eles foram listados a cura ou alívio de dores crônicas, a exemplo de lombalgias, dores articulares, e enxaqueca; melhora do bem estar geral; aumento da disposição, diminuição do uso de medicamentos, evitando assim os possíveis efeitos colaterais e gastos desnecessários, além do controle de doenças crônicas, como diabetes mellitus e hipertensão arterial.

A respeito dos benefícios psíquicos destacam-se entre eles a regreção da depressão, a melhora do humor, do relacionamento familiar e da qualidade de vida, além do equilíbrio emocional.

*“ depois que eu comecei a fazer a acupuntura eu senti resultados significativos! [...] “ estou andando! Antes eu estava me arrastando, agora eu estou andando. [...]” (Jonas).*

*“[...] eu tomo remédio para osteoporose... e quando a pessoa vai “pras” terapias passa mais as dores [...]” (Paula).*

*“[...] diminuição das dores na coluna e articulações e principalmente da fibromialgia, mais flexibilidade no corpo. As atividades daqui ajudam muito, tenho sentido mais disposição nas minhas atividades diárias, passo o dia bem mais tranquila [...]” (Ana).*

Nas falas acima é possível perceber a cura ou alívio da dor como benefício alcançado, além da melhoria na qualidade de vida. De acordo com Glass e Oliveira (2018) a dor prejudica não só o físico, mas o emocional do indivíduo acometido por ela. É possível observar ainda que, problemas quando não solucionados levam ao sofrimento psíquico que, conseqüentemente podem ocasionar outros problemas. Desta forma, as PICs mostram-se como alternativa eficaz para os mais diversos problemas e que diferente da medicina convencional atuam de forma holística, harmonizando o indivíduo integrando-o ao seu “eu” e estimulando o empoderamento pessoal para atuarem no controle do seu processo saúde-doença.

*“[...] minha pressão subia, subia... eu já fiz angioplastia, agora ela é normalíssima, eu faço uso dos medicamentos porque o meu cardiologista não tirou, nem eu me atrevo a tirar né?! E o diabetes, eu tomava três comprimidos, agora só tomo um, eu quero não tomar nenhum e ficar só com as terapias [...]” (Regina).*

No depoimento apresentado as práticas contribuem significativamente para redução do uso de medicamentos e prevenção de possíveis efeitos adversos, em consequência do seu uso em longo prazo. Resultado semelhante foi apresentado por Camargo, Telles e Souza (2018) que afirmaram que as PIC’s colaboram para ações de promoção da saúde e desmedicalização, contribuindo para a integralidade da atenção à saúde.

Estudos realizados por Nagai e Queiroz (2011) em uma Unidade Básica de Saúde que adotou as PIC’s como terapêutica integrativa, mostrou que o consumo de anti-inflamatório pelos usuários, diminuiu consideravelmente após a integração das práticas no dia a dia. Foi identificado ainda por Dacal e Silva (2018) a melhoria da depressão, do medo, stress, cefaleia e dores, como benefícios alcançados com o uso das PIC’s entre os seus investigados.

De acordo com Galvanese; Barros e d'Oliveira (2017) terapias complementares atuam de forma significativa para melhoria dos problemas de saúde, na prevenção e no cuidado das Doenças e Agravos não Transmissíveis, as quais estão listadas as doenças crônicas. Segundo resultados 43,1% dos participantes referiram serem hipertensos e 82,2% destes afirmaram ter melhorado após o início da participação nas práticas. Ainda segundo dados do mesmo estudo, as terapias alternativas tiveram resultados significativos e satisfatórios entre os participantes portadores de doenças como: dores de coluna, artrose, artrite e reumatismo.

Em estudo realizados por Santos *et al.* (2015) o uso das práticas integrativas e complementares trouxeram efeitos benéficos para os participantes como: alívio de dores crônicas, controle da hipertensão arterial, mais disposição e diminuição do uso de medicamentos, além dos resultados significativos no tratamento do estresse, da ansiedade e dos sintomas da depressão. Constatações que tem garantido e ampliado a ocupação de novos espaços pelas PIC's no tratamento e promoção da saúde (AZEVEDO *et al.*, 2015; RODRIGUEZ *et al.*, 2015).

De acordo com os relatos abaixo além das PICs contribuírem com melhorias relacionadas ao funcionamento físico, os participantes perceberam repercussões positivas nos aspectos psicológicos e emocionais.

*“[...] eu não estou 100% porque é um processo... mas eu me sinto bem melhor em relação ao meu emocional. Eu era muito fechada, caladona, ainda sou! Estou em evolução...hoje durmo melhor... através das terapias eu me sinto bem melhor mesmo! ”* (Jonas).

*“Melhorei oitenta por cento na minha saúde e no meu relacionamento familiar também! Eu comecei a ter mais paciência e tudo foi para a minha melhora... melhorei com a acupuntura, melhorei com a massagem, com a terapia falando com a terapeuta porque eu boto tudo pra fora, eu choro, eu dou risada, eu conto tudo, aí eu saio daqui bem leve [...]”*(Regina).

*“[...] eu alcancei e ainda alcanço o equilíbrio. Não ter recorrido à medicação controlada que eu achava que ia ficar dependente. Há quase três anos estou aqui e realmente eu não tive aquela recaída de querer ir pra psiquiatra, não é desfazendo que, fique claro! Mas*

*assim, ter que recorrer à psiquiatra a remédio controlado aqui eu pude evitar isso [...]”(Paula).*

*“[...]minha qualidade de vida melhorou 100% e até o humor, melhorei em todos os sentidos, Todos! Eu passei a ter mais coragem, mais disposição, passei a não sentir sintomas que eu sentia antes [...]”(Rose).*

No aspecto psicológico é possível observar várias contribuições, principalmente relacionadas ao equilíbrio emocional, melhoria do convívio social e da qualidade de vida. Pesquisas realizadas por Azevedo *et al.*(2015), revelou que os benefícios alcançados pelos seus participantes estão relacionados ao favorecimento do equilíbrio, a melhoria na autoestima e melhorias nas relações sociais.

Estudos de Borges, Madeira e Azevedo (2011) apresentaram resultados satisfatórios das práticas integrativas na atenção à saúde da mulher, essa modalidade de cuidado contribuiu positivamente no alívio dos sintomas físicos como: diminuição da cólica menstrual, redução dos medicamentos que auxiliam na reposição hormonal, além de sintomas psíquicos, como estresse, fadiga, ansiedade, entre outros identificados no período da menopausa. Tais constatações confirmaram a influência positiva da modalidade terapêutica para o reestabelecimento orgânico e emocional.

Vale enfatizar que uns dos pontos destacados por alguns participantes ao relatar sobre os benefícios alcançados estavam relacionados ao acolhimento por parte dos profissionais no serviço. O acolhimento e o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários se apresentam como característica dasPIC's, nessa modalidade de assistência é fortalecida a valorização dos vínculos e da escuta acolhedora. Segundo Andrade *et al.* (2018) os vínculos pessoais envolvem a afetividade, a ajuda e o respeito; e no que se refere à saúde, constitui-se como uma ferramenta importante para identificar as necessidades do indivíduo e atuar no desenvolvimento de sua autonomia. Assim, a formação de vínculo contribui para o desenvolvimento de laços de confiança e a corresponsabilidade entre profissionais e usuários, facilitando o processo de cuidar e da terapêutica a ser traçada como forma de contribuir com melhorias no processo de recuperação e promoção da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais evidentes em países em desenvolvimento, evento que contribui para o aumento das doenças crônicas e degenerativas. Tais alterações demográficas contribuem para necessidade de implantação de práticas assistenciais que favoreçam melhorias para qualidade de vida da população durante esse processo de vida do ser humano.

No campo da saúde, as terapias integrativas e complementares têm sido apontadas como ferramentas singulares, uma vez que vários estudos apontam sua eficácia no tratamento, na promoção da saúde, além de atuar no combate e controle das morbidades.

Tais benefícios ficaram evidentes nesse estudo, corroborando que os resultados obtidos pelos usuários das PIC's foram satisfatórios em suas diferentes modalidades, contribuindo evolução positiva do quadro clínico dos seus participantes. Além dos benefícios físicos, identificou-se melhorias dos sintomas psíquicos, do relacionamento familiar e da qualidade de vida como um todo.

O conhecimento acerca do processo de envelhecimento saudável fica evidente e poderá subsidiar a continuidade do uso de ferramentas inovadoras para colaborar com a atuação de profissionais de saúde que prestam assistência a essa demanda.

Baseando-se nos benefícios identificados e na melhoria da qualidade de vida, atenta-se para a necessidade de maiores investimentos em CPIC's e no incentivo a capacitação de profissionais, que atuam junto a população idosa, para que eles possam desenvolver ações em prol de um envelhecimento saudável

Ressalta-se, neste estudo, que o cuidado realizado com as PIC'S, fornecerem informações relevantes sobre intervenções eficazes, que contribui com as diretrizes previstas no Plano de Ação para o envelhecimento saudável, da Política Nacional de Saúde do Idoso.

## REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, D. C. et al. Acolhimento e vínculo na estratégia saúde da família: uma contribuição do enfermeiro à humanização e ambiência na atenção básica. **Revista conhecendo online**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 1-20, nov. 2018. Disponível em: <http://177.67.128.65/OJS/index.php/revista/article/view/15>. Acesso em: mai. 2019.
2. AZEVEDO, A. C. B. *et al.* Benefícios das práticas alternativas integrativas e complementares na qualidade de vida da pessoa idosa. **Rev. científica: acta de ciências e saúde**, [S.L.], v. 1, n. 1, 2011 p. 43-59. Disponível em: <http://www2.ls.edu.br/actacs/index.php/acta/article/view/94>. Acesso em 14. abr. 2019.
3. BORGES, M. R. MADEIRA, L. M. AZEVEDO V. M. G. de. As práticas integrativas e complementares na atenção à saúde da mulher: uma estratégia de humanização da assistência no Hospital Sofia Feldman. **Rev. Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 105-113, 2011. Disponível em: < <http://reme.org.br/artigo/detalhes/14>>. Acesso em: 20 maio 2016.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, (texto básico de saúde). (Série Pactos pela saúde 22006, v.12) **Caderno de Atenção Básica no 19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
5. BRAZ, A. S; PAULA, A. P. de; DINIZ, M. de F. F. M; ALMEIDA, R. N. de. Uso da terapia não farmacológica, medicina alternativa e complementar na fibromialgia. **Rev. Bras. Reumatol.** [online]. 2011, vol.51, n.3, pp.275-282. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000300008>>. Acesso em 03. Abr.2019.
6. CAMARGO, T. C. A.; TELLES, S. C. C. ; SOUZA, C.T.V. A (re) invenção do cotidiano no envelhecimento pelas práticas corporais e integrativas: escolhas possíveis, responsabilização e autocuidado. **Cad. Bras. Ter. Ocup.** [online]. 2018, vol.26, n.2, pp.367-380. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1238>>. Acesso em 13. abr. 2019.
7. CAMPOS, I.K. S.; SILVEIRA, J. A.R.; SILVA, M. D. da. Inserção espacial de equipamentos de saúde e suas relações com espaços livres públicos em cidade de porte médio no Brasil. **In: 1º Congresso Internacional de Espaços Públicos**. Disponível em: <[http://www.pucrs.br/eventos/espacospublicos/downloads/134\\_A.pdf](http://www.pucrs.br/eventos/espacospublicos/downloads/134_A.pdf)>. Acesso em: 12 set. 2015.
8. CONTATORE, O. A. et al. Uso, cuidado e Política das Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3263-3273, 2015. Disponível em: <[http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEw ith5yD29bJAhXDQyYKHXagDu4QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org%2Fpdf%2Fpsc%2Fv20n10%2F14138123csc20103263.pdf&usq=AFQjCNGkLGjTXEeodsmka78BrbbTkTCi\\_w&sig2=HgHSdg94klk8ITk0TvsZ9A](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEw ith5yD29bJAhXDQyYKHXagDu4QFggdMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.org%2Fpdf%2Fpsc%2Fv20n10%2F14138123csc20103263.pdf&usq=AFQjCNGkLGjTXEeodsmka78BrbbTkTCi_w&sig2=HgHSdg94klk8ITk0TvsZ9A)>. Acesso em: 12 dez. 2015.
9. DACAL, M.D.P.O; SILVA, I.S. Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. **Rev. saúde debate**, Rio de Janeiro, V. 42, N. 118, P. 724-735, Jul-Set 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n118/0103-1104-sdeb-42-118-0724.pdf>. Acesso em: Acesso em 13 de abr 2019.

10. FRIGOTTO, D. F. Práticas integrativas e complementares no contexto gerontológico: a voz dos idosos. 2013. **Dissertação de mestrado. Universidade de Passo Fundo. Faculdade de educação Física e Fisioterapia. Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano.** Passo Fundo-RS, 2013. Disponível em: <http://tede.upf.br/jspui/handle/tede/1173>. Acesso em 13 de abr 2019.
11. GALVANESE, A. T. C.; BARROS, N. F.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Contribuições e desafios das práticas corporais e meditativas à promoção da saúde na rede pública de atenção primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001205001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001205001&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 abril 2019.
12. GLASS, A. W., OLIVEIRA, C. A. N. Utilização da terapia cognitivo-comportamental e mindfulness no tratamento da dor crônica. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano-Higia** 2018; 3 (1):112-128. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/263/243>. Acesso em 13 abril 2019.
13. IBGE. **Projeção da população do brasil e das unidades da federação.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> . Acesso em: 22 nov. 2018.
14. MARQUES, A. F. R. A. **Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados.** 2017. **Tese de Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa,** Portugal, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/24101/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Filipa%20Marques.pdf>. Acesso em 04 mai. 2019.
15. MIRANDA;G.M.D; MENDES,A.C.G; SILVA,A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras.Rev. bras.**Rev. bras. geriatr. gerontol.** vol.19 no.3 Rio de Janeiro mai./jun. 2016.Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 01 fev 2019.
16. MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
17. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 510/2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em ciências humanas e sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com participantes ou de informações identificáveis que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html). Acesso em 11 de Mar. 2019.
18. NAGAI,S.C; QUEIROZ,M.Sa. **Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.3, pp.1793-1800. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300015>.> Acesso em: Acesso em 11 de Mar. 2019.
19. OMS, Organização Mundial da Saúde. Traditional Medicine Strategy[Internet]. 2014[cited 2017 Mar 19]. Disponível em: <<http://>

- [apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090\\_eng.pdf?ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/92455/1/9789241506090_eng.pdf?ua=1). Acesso em 11 de Mar. 2019.
20. OMS, Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)> Acesso em Acesso em 14 dez 2018.
  21. OTANI, M .A. P; BARROS N. F. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. **RevCiência & Saúde Coletiva**, 16(3):1801-1811, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/16.pdf>. Acesso em 14 dez 2018.
  22. PEREIRA, R. A; SOUZA, R. A. A.; VALE, J. S. O processo de transição epidemiológica no Brasil: uma revisão de literatura. **Rev. Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 99-108, 2015. Acesso em 13. abr. 2019.
  23. RODRIGUEZ, L. Et al. Uso de práticas integrativas e complementares no tratamento de estresse ocupacional: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Trimestral de Enfermagem**, n. 39, 2015. Disponível em: <[http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt\\_revision2.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/pt_revision2.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2016.
  24. SANTOS, F.A. A; SOUZA, J. B.; ANTES, D. L.; D'ORSI, E. Prevalência da dor crônica e sua associação com o situação sociodemográfica e atividade física no lazer de idosos em Florianópolis, Santa Catarina: estudo de base populacional. **Rev. Bras Epidemiol.** 2015 ;18 (1): 234-47. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010018>. Acesso em 13 mar. 2019.
  25. TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C.; NASCIMENTO, M. C. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 174-188, set. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042018000500174&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042018000500174&lng=en&nrm=iso). Acesso em 13 abr. 2019.

# CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SITUAÇÃO DE SAÚDE E OCORRÊNCIA DE QUEDAS ENTRE IDOSAS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NA CIDADE DE MACEIÓ/AL\*

Karla Sunamita de Oliveira Santos<sup>1</sup>  
Nemório Rodrigues Alves<sup>2</sup>  
Kerle Dayana Tavares de Lucena<sup>3</sup>  
Elaine Cristina Tôrres Oliveira<sup>4</sup>

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar as características sociodemográficas, situação de saúde e ocorrência de quedas entre idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Trata-se de um estudo transversal, realizado com idosas de 60 anos ou mais, de uma ILPI do município de Maceió/AL. Por meio de uma entrevista foram coletadas informações sociodemográficas, situação de saúde e ocorrência de quedas. Foram verificadas as proporções das variáveis estudadas e utilizou-se o Teste de Qui-quadrado de Pearson para verificar fatores associados à ocorrência de quedas. Foram avaliadas 25 idosas. Foi identificada maior proporção de idosas com 80 anos ou mais (64,0%), de cor branca e parda (44,0%), solteiras (48,0%), com 1 a 4 anos de estudo (40,0%) e com hipertensão arterial (52,0%) e diabetes *mellitus* (36,0%). Observou-se elevada proporção de ocorrência de quedas (56,0%), com preocupante prevalência de fraturas (64,3%). Foi verificada associação estatisticamente significativa entre ocorrência de quedas e grupo etário. Observou-se neste estudo que as idosas institucionalizadas apresentam idades avançadas, são solteiras, com baixa escolaridade, possuem doenças crônicas e têm elevada prevalência de quedas e fraturas, condições que devem ser consideradas para a implementação de cuidados que visem garantir bem-estar e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idoso. Saúde do idoso institucionalizado. Acidentes por quedas.

## INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - AL, bolsista de iniciação científica, karlasunamita@hotmail.com;

<sup>2</sup> Graduado pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - PB, nemorio\_rodrigues@hotmail.com;

<sup>3</sup> Doutora em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - PB, Prof<sup>a</sup> da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, kerledayana@gmail.com;

<sup>4</sup> Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba - PB, Prof<sup>a</sup> da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas laineoliv@hotmail.com;

\*Pesquisa realizada por meio de concessão de bolsa de iniciação científica, ao primeiro autor deste estudo, pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), Edital 2016-2017.

A diminuição da fecundidade em grande parte das populações, associada às mudanças epidemiológicas de mortalidade e os avanços no campo da saúde, resultaram em aumento da expectativa de vida e modificações no processo de transição demográfica (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2015). O declínio significativo da proporção de jovens e um aumento evidente da proporção de idosos, ainda que de forma desigual nos diferentes países e contextos socioeconômicos (VERAS; OLIVEIRA, 2018), tem ocasionado um fenômeno mundial de transformações sociais que é o envelhecimento populacional (UNITED NATIONS, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017a).

A tendência é de que a população de idosos se torne cada vez mais numerosa quando comparada a de jovens. Estimativas revelam previsão de que entre os anos de 2015 e 2050, a proporção de pessoas com mais de 60 anos passe de 12% para 22% da população mundial (aproximadamente dois bilhões de pessoas). Estima-se que em 2020, o número de idosos ultrapasse o número de crianças menores de cinco anos e que em 2050, uma em cada cinco pessoas no mundo tenha 60 anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017b).

No Brasil, as estimativas do crescimento do número de idosos se assemelham as tendências mundiais, tendo em vista que projeções divulgadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicaram que, em 2020, 25,5% da população brasileira serão de indivíduos com 65 anos ou mais, número aproximadamente 2,8 vezes maior que a proporção de idosos na população em 2018 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Essa mudança acelerada no perfil demográfico brasileiro promove discussões acerca das demandas específicas de uma população envelhecida e das respostas oportunas frente às novas prioridades para as políticas públicas e sociais (MURCHA; TURRA; WAJNMAN, 2017; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Aumentar a expectativa de vida é motivo de celebração, no entanto, é preciso que os anos a mais vividos sejam com qualidade (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Envelhecer faz parte de um processo complexo que tem influências de fatores biológicos, psicológicos e sociais. É um fenômeno que ocorre diariamente, de modo gradual e irreversível, e que precisa ser conhecido e dimensionado (GONÇALVES, 2015). Trata-se de uma fase da vida marcada por alterações físicas, cognitivas, funcionais e sociais que, se não abordadas no âmbito das especificidades, tendem a tornar os idosos, indivíduos extremamente vulneráveis (POLARO et al, 2012).

Para enfrentar os desafios relacionados ao envelhecimento é preciso estar atento às características apresentadas por este grupo populacional de modo a identificar as condições de vida e de saúde apresentadas, assim como as necessidades relacionadas ao suporte familiar (POLARO et al, 2012). Entende-se que o suporte familiar contribui significativamente para a integridade física e psicológica do idoso (REIS; TRAD, 2015), contudo a depender de sua incipiência, conduz a existência das instituições de longa permanência (POLARO et al, 2012).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) são instituições de caráter residencial, coletivo, para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania. Podem ser tanto públicas quanto privadas, mas que devem estar legalmente registradas e que tenham o objetivo de assistir o idoso de modo a satisfazer suas necessidades e garantir o envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2005).

A legislação brasileira estabelece que é responsabilidade das famílias o cuidado e assistência aos membros dependentes, no entanto, devido a modificação da estrutura familiar com redução da fecundidade e mudanças da participação da mulher no mercado de trabalho (tradicional cuidadora), essa responsabilidade passa a ser dividida com o Estado ou mesmo com a iniciativa privada (CAMARANO; KANSO, 2010). A necessidade de compartilhar responsabilidades faz com que a possibilidade de institucionalização apareça como opção entre as famílias que não apresentam condições de suprir as necessidades dos seus idosos (SOUZA; INÁCIO, 2017).

Previsões indicam que a partir de 2020 ocorra um possível aumento entre 100% a 500% no número de idosos com necessidades de cuidados que serão abarcados por instituições não familiares (CAMARANO, 2010). Entre os motivos que levam à institucionalização, tem-se verificado desde fatores relacionados aos familiares (número reduzido de integrantes na família, ausência de condições financeiras e psicológicas para o cuidado) como o interesse do próprio idoso de não perturbar a família (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

Diante das estimativas de crescimento da população idosa e das diferentes condições de vida da população brasileira, a demanda por ILPI pode aumentar nos próximos anos, devido às doenças crônico-degenerativas e suas sequelas, a hospitalização e a dependência para realizar as atividades de vida diária (AVD) (CAMARANO; MELLO, 2010). E frente a essa nova configuração no contexto do envelhecimento, faz-se necessário que os olhares

estejam atentos para os idosos que enfrentam a institucionalização, identificando suas características, compreendendo suas necessidades, de modo que o conhecimento a ser gerado possa contribuir e favorecer a qualidade de vida dos que ali vivem, promovendo sua saúde, prevenindo os agravos e mantendo o idoso independente o maior tempo possível.

Deste modo, o presente estudo teve por objetivo avaliar, por meio de uma coleta de dados primários, as características sociodemográficas, situação de saúde e ocorrência de quedas entre idosos residentes em uma ILPI na cidade de Maceió, Alagoas. A proposta desta pesquisa fundamentou-se na perspectiva de que a partir da identificação do perfil do idoso residente na ILPI, pudesse auxiliar no cuidado integral destes indivíduos, assim como no processo de tomada de decisão no âmbito da construção e implementação de cuidados em saúde voltados para a promoção de um envelhecimento saudável.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo transversal, com coleta de dados primários, realizado com indivíduos de 60 anos ou mais, do sexo feminino, residentes em ILPI do município de Maceió/AL. A ILPI local deste estudo abriga apenas indivíduos do sexo feminino e sua escolha ocorreu por critério de conveniência e aceitação da direção local.

Foram excluídas do estudo, as idosas: i) que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas; ii) aquelas que apresentavam debilidade cognitiva grave que não permitisse responder ao instrumento (demência grave e Alzheimer); e iii) aquelas que não apresentavam condições de decidir sobre o seu consentimento diante da pesquisa.

Como população do estudo, existiam na ILPI à época da coleta de dados, 34 idosas residentes. Após aplicação dos critérios de exclusão, os dados de nove idosas não foram coletados, o que resultou em uma amostra de 25 idosas.

A coleta de dados foi realizada entre novembro e dezembro de 2016, no período da manhã, por meio de uma entrevista estruturada, guiada por um instrumento de pesquisa. As informações coletadas foram referentes a:

- **Dados sociodemográficos:** Os dados sociodemográficos incluíram informações sobre idade, raça/cor, escolaridade (analfabetos, 1 a 4 anos de escolaridade, 5 a 8 anos de escolaridade, 9 ou mais anos de escolaridade) e situação conjugal (solteiro, divorciado, casado, viúvo).

- Situação de saúde: Os indicadores da situação de saúde utilizados foram o de morbidade referida. Para o relato de doenças crônicas, a idosa respondeu ao seguinte questionamento: *Um médico ou outro profissional da saúde lhe disse que tem determinada doença?* No questionário as respostas se limitaram a oito condições crônicas: pressão alta, artrite/artrose/reumatismo, problema cardíaco, diabetes, osteoporose, doença crônica pulmonar, embolia/derrame e tumor maligno (OLIVEIRA; MENEZES; OLINDA, 2017).
- Ocorrência de quedas: A informação sobre a ocorrência de quedas foi obtida, por meio da pergunta: *“No último ano, a senhora caiu alguma vez?”*. As idosas que responderem positivamente foram questionadas sobre o número de quedas, a ocorrência de fratura devido à queda e o local anatômico da fratura. Foi definido como queda “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo em relação à sua posição inicial”.

A variável ocorrência de quedas foi considerada como variável dependente para fins de análise e de estudo das possíveis associações com as características sociodemográficas (variáveis independentes).

### Análise Estatística

Após a coleta dos dados, as informações foram digitadas e armazenadas em uma planilha eletrônica no programa *Microsoft Office Excel* de modo a se construir o banco de dados desta pesquisa. A análise e informações estatísticas foram obtidas com o auxílio do software BioEstat 5.0<sup>TM</sup>. Foram verificadas as proporções para as variáveis sociodemográficas, situação de saúde e ocorrência de quedas. A associação entre ocorrência de quedas e características sociodemográficas foi verificada por meio do Teste de Qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ). Para essas análises foi utilizado um nível de significância  $\alpha = 5\%$ .

### Aspectos éticos

Todas as idosas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido depois de receberem explicações verbais e escritas a respeito do estudo. Este estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), sob CAAE: 56857116.2.0000.5011.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 25 idosas, com idade variando de 60 anos a 91 anos ( $79 \pm 9,5$  anos). Foi observado que, entre as características sociodemográficas, a maioria das idosas pertencia ao grupo etário 80 anos ou mais (64,0%), referiu cor branca e parda (44,0%), apresentava situação conjugal solteira (48,0%) e tinha de 1 a 4 anos de estudo (40,0%). Com relação à situação de saúde, foi verificado que a morbidade referida mais prevalente entre as idosas foi à pressão arterial elevada (52,0%) e o diabetes *mellitus* (36,0%). Ao serem questionadas sobre ocorrência de quedas, foi verificado que 56,0% das idosas referiram episódios de quedas no último ano (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas, situação de saúde e ocorrência de quedas entre idosas residentes em instituição de longa permanência para idosos de Maceió/AL. Maceió, AL, 2017.

Variável	n°	%
<b>TOTAL</b>	25	100,0%
<b>Grupo etário</b>		
60 a 69 anos	04	16,0
70 a 79 anos	04	16,0
80 anos ou mais	16	64,0
<b>Raça/cor</b>		
Branca	11	44,0
Negra	03	12,0
Parda	11	44,0
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	12	48,0
Casado	2	8,0
Divorciado	2	8,0
Viúvo	9	36,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	3	12,0
1 a 4 anos	10	40,0
5 a 8 anos	8	32,0
9 ou mais anos	4	16,0
<b>Pressão alta</b>		
Não	10	40,0
Sim	13	52,0
<b>Problema cardíaco</b>		
Não	18	72,0
Sim	04	16,0

<b>Embolia/derrame</b>		
Não	20	80,0
Sim	05	20,0
<b>Osteoporose</b>		
Não	21	84,0
Sim	04	16,0
<b>Artrite/artrose/reumatismo</b>		
Não	18	72,0
Sim	06	24,0
<b>Diabetes</b>		
Não	15	60,0
Sim	09	36,0
<b>Doença pulmonar crônica</b>		
Não	23	92,0
Sim	02	8,0
<b>Câncer</b>		
Não	25	100,0
Sim	-	-
<b>Ocorrência de quedas</b>		
Não	11	44,0
Sim	14	56,0

O envelhecimento populacional tem gerado preocupação devido apresentar necessidades específicas e demanda social que devem estar contempladas no âmbito das políticas, visando à qualidade de vida desses indivíduos. Quando estas responsabilidades se tornam compartilhadas, como no caso da institucionalização, é preciso compreender os aspectos envolvidos para que se consiga preservar a autonomia, a independência e o bem-estar destes indivíduos.

Foi verificado, nesta pesquisa, uma maior prevalência de idosas octogenárias residentes na ILPI. Esse resultado corrobora com outros estudos realizados com idosos institucionalizados (ALENCAR et al., 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013; LIMA et al., 2013) e representa um envelhecimento na própria população idosa, que em virtude do aumento da expectativa de vida, influenciados pelas melhorias socioeconômicas e os avanços da área da saúde, tem aumentado expressivamente o número de octogenários nas sociedades (CAMARANO; MELLO, 2010; OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Ao mesmo tempo que se celebra o envelhecimento da própria população idosa, evidenciando-se o aumento da expectativa de vida populacional, torna-se importante ressaltar a existência de uma progressão das alterações orgânicas e funcionais naturais ao longo do processo de envelhecimento e que, em virtude disso, deixam os idosos mais velhos em

tendência de mais cuidados e ações específicas para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida.

Nesta perspectiva, o envelhecimento entre os idosos pode dificultar ainda mais a convivência e o cuidado destes indivíduos no ambiente familiar e ocasionar um aumento da necessidade das ILPI. A presença de um maior número de octogenários sob responsabilidade institucional requer um maior suporte de cuidados para garantir a manutenção da saúde e preservação da qualidade de vida desses indivíduos.

Entre as idosas investigadas nesta pesquisa, observou-se um predomínio de brancas e pardas quando comparadas as negras. Esse resultado é semelhante ao encontrado por pesquisa realizada com idosos institucionalizados, de ambos os sexos, em João Pessoa/PB, que observou um predomínio de brancos (53,0%) e pardos (34,5%) entre os investigados (LIMA et al., 2013). Porém, não corrobora com os achados apresentados por pesquisa realizada em Natal/RN, que ao analisar instituições sem fins lucrativos e com fins lucrativos, observou maior predomínio de idosos negros naquelas instituições ditas sem fins lucrativos, como no local de estudo desta pesquisa (PINHEIRO et al., 2016). Apesar de se observar na literatura o predomínio de idosos brancos residindo em instituições coletivas, não se tem uma análise sobre o assunto, mesmo sendo uma característica relevante para a identificação do perfil do idoso institucionalizado.

Outra variável identificada neste estudo foi a maior proporção de idosas solteiras residindo na ILPI, resultado semelhante aos de outras pesquisas realizadas com idosos em institucionalização (ALENCAR et al., 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013; LIMA e al., 2013; DANTAS et al., 2013; PINHEIRO et al., 2016). Sabe-se que com o envelhecimento ocorre um aumento progressivo da dependência dos idosos em realizar atividades rotineiras. Quando o idoso não conta com parceiro para compartilhar e ajudar na rotina diária e quando apresenta um despreparo da família para o cuidado, existe um aumento do risco de institucionalização desses indivíduos (PINHEIRO et al., 2016). Dessa forma, considerando a mudança na estrutura das famílias, é preciso estar atento e organizar uma rede de apoio que garanta o suporte necessário para o cuidado ao idoso.

Observou-se também nesta pesquisa que a maioria das idosas apresentava baixa escolaridade, condição que corrobora com outros estudos (ALENCAR et al., 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013; LIMA e al., 2013; DANTAS et al., 2013; PINHEIRO et al., 2016). Pesquisa realizada com idosos residentes em cinco ILPI de Recife/PE verificou que

42,1% dos idosos que viviam sob institucionalização não eram alfabetizados e entre aqueles que não se referiam como analfabetos, 11,0% sabiam apenas escrever o próprio nome (DANTAS et al., 2013).

A condição de baixa escolaridade entre os idosos pode ser atribuída a falta de oportunidades educacionais vivenciadas em décadas passadas, principalmente entre as mulheres por viverem em uma sociedade desigual e discriminatória, o que reflete no baixo nível de instrução (POLARO et al., 2012). A observação da escolaridade entre os idosos é condição importante para a atuação na promoção do bem-estar e envelhecimento saudável, pois as mudanças de atitudes e o reconhecimento de ações de proteção têm melhor efetivação se realizadas conforme especificidades.

Outra característica observada neste estudo é a presença de doenças crônicas entre as idosas institucionalizadas. Foi observado que a maioria das idosas relatou a presença de hipertensão arterial sistêmica enquanto morbidade referida, resultado semelhante a outros estudos que buscaram identificar a situação de saúde de idosos institucionalizados (OLIVEIRA; NOVAES, 2013; LIMA et al., 2013; DANTAS et al., 2013; REIS et al., 2013).

Evidências indicam a presença de um maior número de doenças crônicas na população idosa quando comparada às mais jovens (BRASIL, 2017). Também alertam para que com o envelhecimento da própria população idosa, existe o risco do aumento do número de doenças crônicas associadas e que se não conduzidas adequadamente poderá contribuir para o aparecimento de dificuldades de vida diária entre esses indivíduos (LOURENÇO et al., 2012). Portanto, torna-se fundamental que a condução do cuidado ao idoso esteja atrelada a promoção da saúde e enfrentamento dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, considerando os riscos para incapacidades, hospitalizações e óbitos desencadeadas por condições crônicas não acompanhadas, monitoradas e controladas.

Um aspecto de grande preocupação durante o envelhecimento em virtude de suas consequências para saúde e o bem-estar dos idosos é a ocorrência de quedas. Neste estudo, foi possível observar uma elevada prevalência de quedas no último ano entre os idosos residentes na ILPI, este resultado apresentou maior prevalência do acontecimento quando comparado a estudo realizado em Catanduva/SP com idosos institucionalizados (prevalência de 40,0%) (NASCIMENTO; TAVARES, 2016).

A queda configura-se como um evento complexo, multifatorial que tende a desencadear processos de adoecimento e que, por isso, necessita de atuação rápida e integrada

visando a prevenção de sua ocorrência (BAIXINHO; DIXE, 2015). A ocorrência de quedas é um fator que deve ser considerado durante todo o cuidado com o idoso, tendo em vista sua repercussão na qualidade de vida desta população (LODUJIDE et al., 2010; CRUZ et al., 2012). Por isso, identificar o que está relacionado à ocorrência de queda é importante para a condução de medidas que minimizem os riscos do evento e do seu impacto. Para isso, faz-se necessário o reconhecimento dos idosos vulneráveis e o entendimento dos fatores que estão presentes no evento da queda.

Na tabela 2 é possível observar a distribuição das idosas de acordo com a ocorrência de quedas. Nela foi verificado que entre as idosas que relataram ocorrência de queda no último ano a maioria pertencia ao grupo etário 80 anos ou mais (92,9%), eram pardas (57,1%), solteiras (42,9%) e apresentavam 1 a 4 anos de escolaridade (42,9%). Foi verificada associação estatisticamente significativa entre ocorrência de quedas e grupo etário ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2- Distribuição das idosas que apresentaram ocorrência de quedas no último ano segundo características sociodemográficas. Maceió, AL, 2017.

Variável	Ocorrência de quedas		p valor
	n	%	
<b>TOTAL</b>	14	100	
<b>Grupo etário</b>			
60 a 69 anos	1	7,1	< 0,001*
70 a 79 anos	0	0,0	
80 anos ou mais	13	92,9	
<b>Raça/cor</b>			
Branca	4	28,6	0,211
Negra	2	14,3	
Parda	8	57,1	
<b>Situação conjugal</b>			
Solteiro	6	42,9	0,620
Casado	2	14,3	
Divorciado	1	7,1	
Viúvo	5	35,7	
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	1	7,1	0,829
1 a 4 anos	6	42,9	
5 a 8 anos	5	35,7	
9 ou mais anos	2	14,3	

\*Associação estatisticamente significativa

Ao analisar as idosas que apresentaram ocorrência de quedas, foi verificado que o número de quedas variou de um a oito episódios, mas que a maioria referiu ocorrência de até

três episódios de quedas durante o último ano (78,6%). Quando questionadas sobre ocorrência de fraturas durante o episódio de queda, a maioria das idosas (64,3%) relatou presença de alguma fratura óssea, sendo os locais anatômicos mais referidos: quadril, fêmur, tíbia e tornozelo.

Ao analisar quais fatores estariam associados à ocorrência de quedas nos idosos deste estudo, identificou-se uma associação estatisticamente significativa com o grupo etário. À medida que a idade avança aumenta a prevalência de quedas entre os idosos e sabendo que com o envelhecimento ocorre um declínio da força e resistência muscular, alterações na massa óssea e déficit de equilíbrio que favorecem a ocorrência de quedas, é fundamental estar atentos ao ambiente e condições de saúde dos idosos, em especial, os octogenários.

Uma das preocupações relacionadas à ocorrência de quedas é a possibilidade de fraturas e foi observado neste estudo elevada prevalência de fraturas entre as idosas quando comparado a outros estudos (CRUZ et al., 2012; CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011). Pesquisa realizada com idosos institucionalizados em Pelotas/RS verificou que entre os idosos com ocorrência de quedas apenas 16,9% tiveram fratura em decorrência dela (CARVALHO; LUCKOW; SIQUEIRA, 2011). Esse resultado é preocupante em virtude das repercussões que as fraturas podem desencadear na autonomia e independência dos idosos, principalmente se forem locais que impossibilitam a mobilidade, como quadril, fêmur, tíbia e tornozelo. Além disso, as consequências decorrentes da queda tendem a aumentar os custos para o sistema de saúde tendo em vista o prolongamento de dias de internação, os procedimentos realizados para reverter o quadro.

Entre as ações que devem ser desencadeadas para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável, torna-se de fundamental importância a inclusão de ambientes mais seguros e de profissionais treinados para identificar precocemente os indivíduos em risco e agir oportunamente para a redução da morbimortalidade por causas evitáveis.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscando compreender as características relacionadas aos idosos residentes em uma ILPI, este estudo procurou identificar os aspectos sociodemográficos, de saúde e relacionados à ocorrência de quedas de modo a contribuir para a organização e implementação de cuidados que venham a promover saúde e garantir um envelhecimento ativo e saudável.

Foi observada a prevalência de idosas institucionalizadas com 80 anos e mais, de cor branca e parda, solteiras, com 1 a 4 anos de escolaridade e que apresentavam doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*. Ao analisar a ocorrência de quedas, foi verificada elevada prevalência de episódios no último ano com presença de fratura óssea.

Diante dos resultados encontrados observa-se a necessidade de identificar qual o perfil dos idosos residentes em ILPI de modo a garantir o bem-estar e qualidade de vida destes indivíduos. É preciso estar atento aos fatores de risco relacionados com a ocorrência de quedas devido ao agravamento das condições de saúde e o risco de dependência após evento.

## **AGRADECIMENTO**

A Fundação de Amparo a Pesquisa de Alagoas (FAPEAL) pela concessão da bolsa de iniciação científica .

## **REFERÊNCIAS**

ALENCAR, M.A. et al. Permanência dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(4): 785-796.

BAIXINHO, C.R.S.L.; DIXE, M.A.C.R. Quedas em Instituições para idosos: caracterização dos episódios de quedas e fatores de risco associados. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2015 out./dez.;17(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.31858>

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada, 283, de 26 de setembro de 2005.

BRASIL. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev. Bras. Estud. Popul.* 2010; 27(1): 232-235.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2010. p.67-93.

CAMARANO, A.A. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2010. p.67-93.

CARVALHO, M.P.; LUCKOW, E.L.T.; SIQUEIRA, F.V. Quedas e fatores associados em idosos institucionalizados no município de Pelotas (RS, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(6): 2945-2952.

CRUZ, D.T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(1): 138-146.

DANTAS, C.M.H.L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(6): 914-920.

GONÇALVES, C.D. Envelhecimento bem-sucedido, envelhecimento produtivo e envelhecimento ativo: reflexões. *Est. Interdiscipl. Envelhec.* 2015; 20(2): 645-657.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população: Brasil e unidades da federação: revisão 2018. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

LIMA, C.L.T. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev enferm UFPE on line* 2013; 7(10): 6027-6034.

LODUJIDE, D.C. et al.. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrências e fatores associados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2010; 13(3): 403-412.

LOURENÇO, T.M. et al. Capacidade funcional no idoso longo vivo: uma revisão integrativa. *Rev gaúcha enferm* 2012; 33(2): 176-185.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2016; 19(3): 507-519.

MURCHA, L.J.D.; TURRA, C.M.; WAJNMAN, S. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 e 2100. *Rev Latino-americana de Población*, 2017; 11(20):37-54.

NASCIMENTO, J.S.; TAVARES, D.M.S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(2): e0360015.

OLIVEIRA, E.C.T.; MENEZES, T.N.; OLINDA, R.A. High blood pressure and self-reported systemic hypertension in elderly enrolled in the Family Health Strategy Program. *J Aging and Health* 2017; 29(4): 708-728.

OLIVEIRA, M.P.F.; NOVAES, M.R.C.G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2013, 18(4): 1069-1078.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la salud, 2015.

PERLINI, N.M.O.; LEITE, M.T.; FURINI, A.C. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):229-36.

PINHEIRO, N.C.G. et al.. Desigualdade no perfil dos idosos institucionalizados na cidade de Natal, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016; 21(11):3399-3405.

POLARO S.H.I. et al. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(4): 777-784.

REIS, L.A. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em instituição de longa permanência para idosos em Vitória da Conquista/BA. *InterScientia* 2013; 1(3): 50-59.

REIS, L.A.; TRAD, L.A. B. Suporte familiar ao idoso com comprometimento da funcionalidade: a perspectiva da família. *Psicol. teor. prat.*, 17(3): 28-41, 2015 .

SOUZA, R.C.F.; INACIO, A.N. Entre os muros do abrigo: compreensões do processo de institucionalização em idosos abrigados. *Pesqui. prá. psicossociais* 2017; 12(1): 209-223.

UNITED NATIONS. World Population Ageing 2017 – Highlights. 2017. (ST/ESA/SER.A/397).

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cien Saude Colet.* 2018; 23(6): 1929-1936.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 10 Priorities for a decade of action on *Healthy Ageing*. Geneva: WHO, 2017a. (WHO/FWC/ALC/17.1). Licence: CC BY-NC-AS 3.0 IGO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO, 2017b. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

# CARACTERIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM IDOSOS, ESTILO DE VIDA e ADESÃO AO TRATAMENTO

Marcílio Sampaio dos Santos<sup>1</sup>  
Márcia Andréia Gonçalves Leite<sup>2</sup>  
Mércia Aurélio Gonçalves Leite<sup>3</sup>  
Olavo Leite de Macêdo Neto<sup>4</sup>

## RESUMO

Buscou-se caracterizar o estilo de vida e a adesão ao tratamento nos longevos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). É um estudo com coleta de dados primários, prospectivo, transversal de base populacional, exploratória e de caráter quantitativo. Avaliou-se 235 idosos da cidade de Barra do Garças - MT, foi realizado pelo menos uma visita domiciliar para que as pessoas idosas pudessem responder a seis (06) instrumentos de coleta de dados, sendo eles: (1) Termo de Consentimento livre e esclarecido; (2) – Identificação do Idoso na Unidade de Saúde da Família; (3) – Caracterização do perfil econômico; (4) – Avaliação das condições de saúde; (5) – Escala de Avaliação da Pressão Arterial Elevada; (6) - Escala de Avaliação de Adesão ao Tratamento. Comprovou a predominância da HAS em mulheres, na faixa etária entre 60-69 anos, casadas, religiosas, com baixo nível de escolaridade, possuindo renda familiar de até um salário mínimo e grande prevalência ao uso de medicações. O estilo de vida é evidenciado pela pouca prática de exercícios físicos, envolvimento social-religioso e atividades de lazer. Certificou-se que os idosos cumpriram com a adesão ao tratamento, elevando assim a qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso, Hipertensão Arterial, Qualidade de vida e Adesão ao tratamento

---

<sup>1</sup>Doutor, em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo, Rib. Preto. Professor-Associado na Universidade Federal de Mato Grosso. E-mail: [sempre.evolutir@gmail.com](mailto:sempre.evolutir@gmail.com)

<sup>2</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás-UFG. E-mail: [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com)

<sup>3</sup>Doutora em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais-UFG. Professora Adj. Universidade Federal de Mato Grosso-UFMT. E-mail: [merciagl@gmail.com](mailto:merciagl@gmail.com)

<sup>4</sup>Graduando do Curso de Medicina da Faculdade Estácio do Juazeiro do Norte - UFJ, [olavoleitemacedo@gmail.com](mailto:olavoleitemacedo@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

No Brasil o crescimento da população idosa tem aumentado de forma gradativa (INAGAKI et al., 2008 p.1). Segundo as Nações Unidas há uma tendência mundial para o aumento das pessoas com mais de 60 anos. A previsão é que o número de longevos no mundo salte de 901 milhões (valor de 2015) para 1,4 bilhões em 2030, um crescimento de 56%. (ONU, 2014)

O envelhecimento populacional resulta em uma redução na taxa de mortalidade e, conseqüentemente depois de um determinado tempo na queda de natalidade, trazendo consigo transformações na estrutura etária da população (Miranda, Mendes e Silva 2016 p.508).

O conceito saúde não é apenas ausência de doença, engloba o bem-estar físico, mental e social. Em vista disso, a qualidade de vida está associada diretamente com a promoção da saúde, variando de indivíduo para indivíduo, envolvendo o lugar onde se vive, classe social, cultura, política, dentre outros fatores (OPAS/OMS Brasil, 2016).

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNTS) são resultantes do estilo de vida causadas pela exposição aos fatores de risco, hábitos alimentares, falta de atividade física, obesidade ou excesso de peso, tabagismo dentre outros. O tempo de exposição e o desenvolvimento da doença é muito longo por isso é que se diz que são desenvolvidas ao longa da vida.

As DCNT, principalmente as que acometem o aparelho circulatório, são as principais causas de mortalidade no Brasil, sendo responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) se destaca, dentre as demais, para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais. (MATAVELLI et al., 2014 p. 2).

O idoso portador de DCNT está em constante processo adaptativo que envolve a doença em se, o meio ambiente e o convívio social. É nesse dilema que se insere o objeto de estudo da investigação: elevados níveis pressóricos, estilo de vida e adesão ao tratamento.

Dado a ausência de sintomas, por se tratar de uma enfermidade insidiosa, muitas pessoas não sabem que são portadoras de pressão alta. Outros sabem que são hipertensos mas não aceitam o tratamento. Isso se dá devido às dificuldades encontradas para manter os níveis pressóricos normais, o tratamento é de longo prazo e exige mudança de estilo de vida.

A hipertensão arterial (HA) representa um problema de saúde pública, tem alto custo social, é responsável por elevada mortalidade e morbidade cardiovascular no Brasil, tem prevalência 15 a 20% entre adultos. (MONTEIRO e SOBRAL, 2004 p.514)

A VI<sup>o</sup> Diretrizes de Hipertensão (Arquivos Brasileiros de Cardiologia et al., 2016, p. 15) define HAS como:

“Uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.” (GUIMARÃES-FILHO, 2015)

Conforme a VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010 p.30) adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente.

Os principais determinantes para a não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo são a falta de conhecimento sobre a doença, motivação para tratar uma enfermidade assintomática e crônica, baixo nível socioeconômico, aspectos culturais, crenças, baixa autoestima, relacionamento inadequado com a equipe de saúde, tratamento prolongado, dificuldade na marcação das consultas, custo elevado, efeitos adversos dos medicamentos, interferência na qualidade e no estilo de vida após o início do tratamento (VI Diretriz Brasileira de Cardiologia, 2010 p.30).

Ainda segundo a fonte citada (p.16,30), o não-seguimento ou o abandono do tratamento aumenta o número de hospitalizações devido às complicações da doença, dentre elas o acidente vascular encefálico, diminuição da visão por lesões na retina, problemas cardíacos, lesão vascular e renal.

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade, exige mudanças consideráveis no estilo de vida. Aqui entende-se estilo de vida como:

“O conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Esses hábitos e costumes incluem o uso de substâncias tais como o álcool, fumo, chá ou café, hábitos dietéticos e de exercício. Eles têm importantes implicações para a saúde e são frequentemente objeto de investigações epidemiológicas” (U.S. Department of Health and Human Services, 2010; WHO, 2004)

A atenção primária importa reforçar o acompanhamento do estado clínico com o intento maior em reduzir as complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio (IMA), acidente vascular cerebral hemorrágico (AVCH), problemas renais, entre outros (SUZANO et al., 2016 p.54).

O estilo de vida é aqui entendido como a aquisição de hábitos e costumes que venham a favorecer a terapêutica anti-hipertensiva. A prevenção em nível primário relacionadas a mudanças no estilo de vida é principal medida em nível de saúde pública e comunitária. Dentre essas medidas pode-se relacionar: a manutenção de um peso ideal, dieta saudável, atividades

físicas regulares, cessação do tabagismo, consumo moderado de álcool, controle nos níveis de lipídios, níveis alto de colesterol.

O tratamento não farmacológico é recurso terapêutico que não necessita de intervenção medicamentosa, apenas mudanças no estilo de vida, por exemplo, a realização de atividades físicas, gerenciamento do estresse, hábitos alimentares saudáveis, principalmente a redução do consumo de sódio e gorduras e a suspensão ou diminuição de vícios como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas e uso regular da medicação anti-hipertensiva (SILVA et al., 2015 p. 117, 125; Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016 p. 372).

Para o controle e prevenção da hipertensão arterial é necessário que haja mudanças nos hábitos de vida e a conscientização em relação aos fatores de risco que são associados. É de fundamental importância a associação do tratamento não farmacológico e farmacológico para que possam manter os valores da pressão arterial nos níveis normais.

Outro conceito importante que permeia a trajetória da investigação é o entendimento relacionado a “fator de risco”, pois se trata de um conceito importante no campo das doenças crônicas não transmissíveis.

Para a moderna Epidemiologia, o conceito de risco é um conceito fundamental, e a sua incorporação possibilitou à esta disciplina o estudo de doenças não transmissíveis, o que representou uma enorme ampliação de seu objeto de estudo. “Risco” é usado como sinônimo para perigo, algo possível de ocorrer. Em Epidemiologia chance de algo ocorra, prevalência ou a probabilidade de um evento ocorrer durante um período de tempo especificado. (ROTHMAN et al, 2011, p.20)

Justifica-se esta pesquisa diante de evidências clínicas, comportamentais, estudos de caso e, com base na mais recente revisão bibliográfica, a necessidade de mudanças no estilo de vida, pois o uso de medicamentos sem atitudes comportamentais e culturais pode não ser suficiente para que a pressão arterial seja controlada.

O problema da investigação reside na dificuldade em associar um estilo de vida compatível com a lida da hipertensão arterial e adesão ao tratamento em idosos. Quais são as dificuldades dos idosos em adotar um estilo de vida compatível com hipertensão arterial que os aflige e na adesão ao tratamento?

Após as leituras e munidos de informações acerca do objeto de estudo tem-se como objetivo caracterizar a associação da hipertensão arterial sistêmica em idosos com o estilo de vida e adesão ao tratamento.

## **METODOLOGIA**

É um estudo com coleta de dados primários, prospectivo, transversal de base populacional, exploratória, de caráter quantitativo. O universo da pesquisa é composto por pessoas idosas de ambos os sexos, com alguma doença crônica não transmissível (DCNT), nos meses de abril a setembro de 2017, residentes na cidade de Barra do Garças, estado de Mato Grosso. A cidade de Barra do Garças tem 5.452 pessoas idosas (universo da pesquisa), segundo o censo do Tribunal Regional Eleitoral (TRE, 2014). A amostra (N=235) foi constituída pelas pessoas idosas acompanhados nas quinze (15) Unidades de Saúde da Família. A identificação dessas pessoas deu-se através do prontuário das famílias cadastradas nas unidades de saúde. Uma vez identificadas e de posse de seus endereços, foram visitados pelo pesquisador e auxiliares, acompanhado pelo agente comunitário de saúde da área adscrita à unidade de saúde. A seleção para visita domiciliar deu-se de forma aleatória (randomização) a fim de assegurar a representatividade da amostra (N), desta forma foi garantida que cada elemento da população tivesse exatamente a mesma probabilidade (p) de ser selecionado (Kara-Junior, 2014 p.67 Editorial). Foi realizado pelo menos uma visita domiciliar para que as pessoas idosas pudessem responder ao (1) Termo de Consentimento livre e esclarecido; (2) – Identificação do Idoso na Unidade de Saúde da Família; (3) – Caracterização do perfil social e demográfico e estilo de vida dos idosos; (4) - Caracterização do perfil econômico dos idosos; (5) - Avaliação das condições de saúde; (6) – Escala de Avaliação da Pressão Arterial Elevada; (7) - Escala de Avaliação de Adesão ao Tratamento. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados não tiveram necessidade de ser aplicado enquanto teste piloto porque já é validado pela comunidade científica. (SVARSTAD et al., 1999; WHO, 2003)

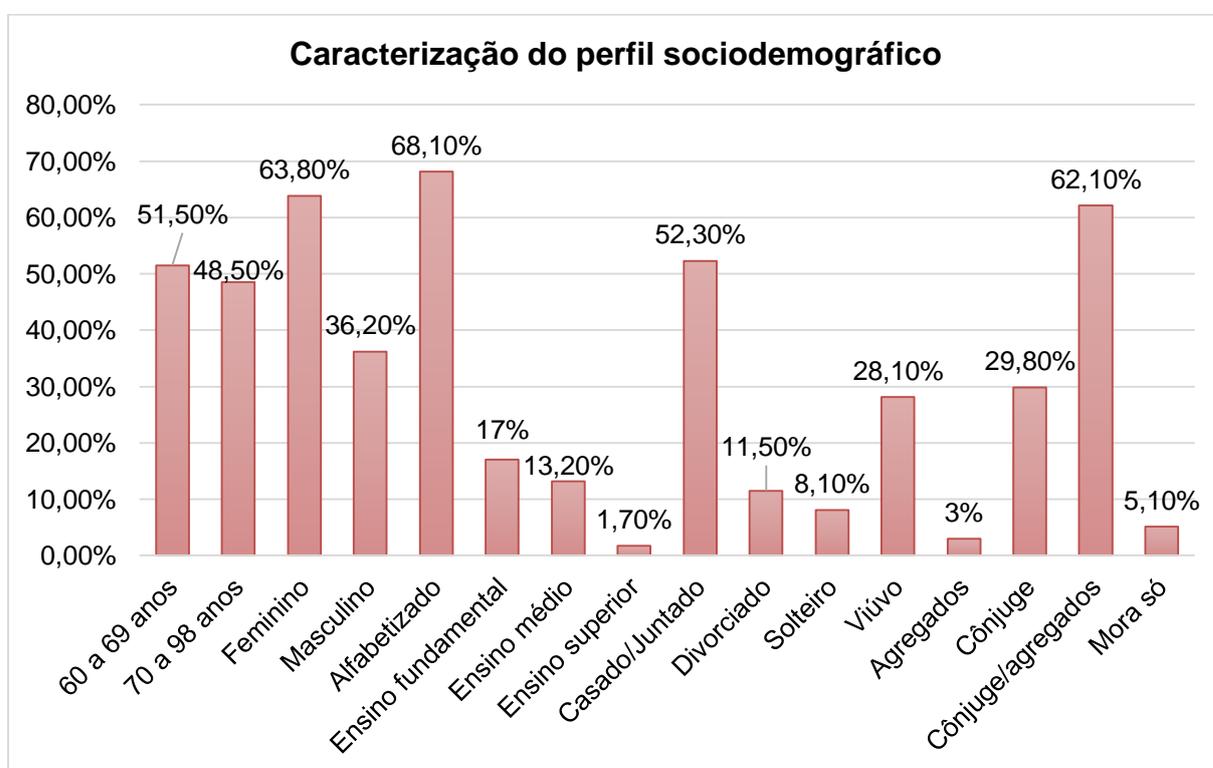
Foram incluídos na presente investigação todas as pessoas idosas em acompanhamento nas unidades de saúde da família que permitiram a visita domiciliária e responderam a todos os instrumentos de coleta de dados. Não foram elegíveis para o presente estudo todos aqueles(as) que manifestarem interesse em não participar, aqueles(as) com dificuldades de comunicação, e aqueles(as) que não preencheram o formulário de aplicação. Todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e confidencialidade dos dados, convidados a assinar o consentimento de participação avaliado pela Comissão de Ética em Pesquisa. Aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso, nº CAAE: 51585115.1.000.5587, tendo o parecer de nº 1387492.

### Análises estatísticas

Os dados foram analisados com o auxílio do pacote estatístico SPSS versão 23, adotando um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). A caracterização do perfil demográfico, econômico, social, e aspectos relacionados a saúde, foi realizado por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%) para as variáveis qualitativas e estatísticas descritivas (mediana, média, desvio padrão, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas. A normalidade dos dados foi verificada utilizando o teste de Shapiro-Wilk.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

**Figura 1.** Caracterização do perfil sociodemográfico dos idosos (N = 235).



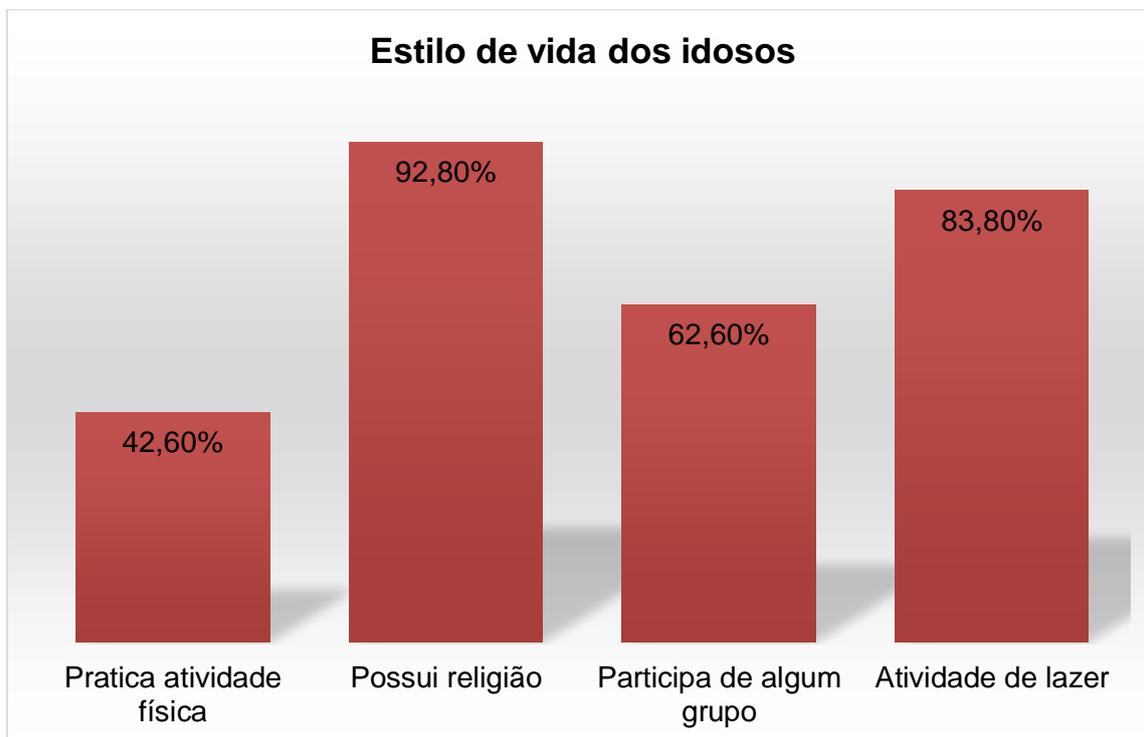
Os idosos são responsáveis economicamente pelo domicílio, têm renda média de R\$ 657,00 de aposentadoria, mora na cidade, têm assistência dos filhos ou enteados. O achado desta investigação reflete o artigo de (PEREIRA, NOGUEIRA, SILVA, 2015 p. 896) “maior participação para idosas (64.0%) na faixa etária de 60 a 69 anos. Buscando-se fazer um comparativo com outras pesquisas, observou-se que o estudo Salvador, Reis e Florindo (2010 p. 4) com 385 idosos apresentou maioria do sexo feminino (60,5%), com idade entre 60 e 74 anos (57,1%). Mantovani, Mendes (2010 p. ) também chegaram a resultados aproximados, 68,7% das pessoas idosas estavam com idade entre 60 e 70 anos. Percebe-se que a média de

idade fica muito próxima a  $69,4 \pm 8,4$  anos (60 a 98 anos). Nesta pesquisa 85,1% têm menos de 11 anos de estudos, é mulher (63,8%) e casada/juntada (52,3%). Constata-se igualmente em uma análise com idosos na cidade de Florianópolis-SC, com uma população de 1.705 idosos, maioria era mulher (63,9%), de cor branca (86,0%), com baixa escolaridade (40,0%), casada ou com companheiro (58,8%) (GIEHL et al., 2012). No estudo em tela vê-se que 65,1% ou vivem com o cônjuge ou vive com o cônjuge mais agregados.

A escolaridade é uma variável que influencia o conhecimento/entendimento e as atitudes em relação às doenças. Estudos evidenciam que quanto maior a escolaridade maior é a compreensão e adoção de práticas de autocuidado. A qualidade de vida e o bem-estar envolve outros aspectos além da saúde pois é influenciada pela escolaridade e fatores relacionados. O entendimento da doença, as comorbidades a ela relacionadas, o autocuidado está relacionado aos anos de estudo, havendo pois uma relação direta entre escolaridade e nível sócio-econômico. (CHEHUEN NETO, 2019 p. 1122,1128).

Constatou-se durante a fase de levantamento de informações, quando das visitas domiciliares, que muitos idosos, familiares e cuidadores tinham dificuldades quanto a patologia de base e suas comorbidades. Não entendiam igualmente o porquê de múltiplos fármacos. Tão pouco não se sentiam esclarecidos quando da visita às unidades de saúde da família. Destaca-se a escolaridade como fator relevante para o seguimento terapêutico uma vez que as pessoas com grau de escolaridade mais avançado tendem a assimilar melhor as informações. Observou-se que muitos entrevistados nunca estudou ou não completou o ensino fundamental. Constata-se um rebaixamento na qualidade de vida em idosos e familiares com baixo nível de formação escolar.

**Figura 2.** Caracterização do estilo de vida dos idosos.



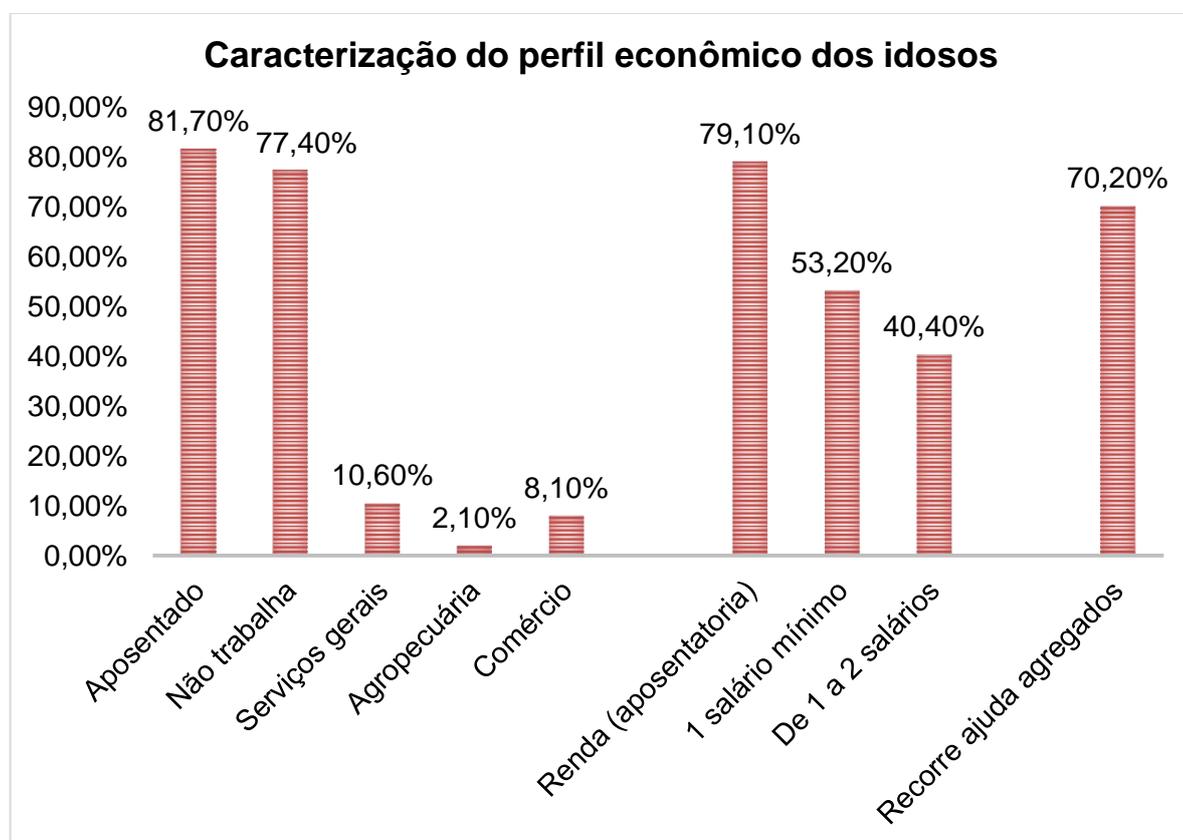
Da população entrevistada (N=235) 57,4% não fazem atividades físicas. Percebe-se que 57,4% não pratica nenhum tipo de atividade física, podendo influenciar de forma importante para o agravamento de comorbidades relacionadas à doença de base, é um fator de risco que se agrega aos já existentes. Existem coincidências com pesquisa semelhante realizada por Falcão et al., (2018 p.6) no qual 58,6% dos participantes não praticavam atividade física. Macêdo et al., (2018 p 696) chegou a resultados muito próximos (51%).

O estilo de vida sedentário associado a outros fatores de risco podem contribuir para a elevação da pressão arterial (PA), certificam ainda que o sedentarismo é um dos principais fatores para a manifestação de doenças cardiovasculares (GUIMARÃES-FILHO et al, 2015 p.p 292,295).

Dos participantes 92,8% afirmaram possuir alguma religião, e 62,6% participavam de algum grupo. Alguns estudos indicam a correlação da religião com a HAS, embora a forma como ocorra essa relação ainda não está clara (ANDRADE et al., 2014 p.p 3498,3501). Silveira & Azambuja (2018 p.12) afirma que a religião e espiritualidade são acontecimentos relevantes na vida dos brasileiros, cerca de 92,51% da população declarou ser aderente de uma religião no censo demográfico de 2000.

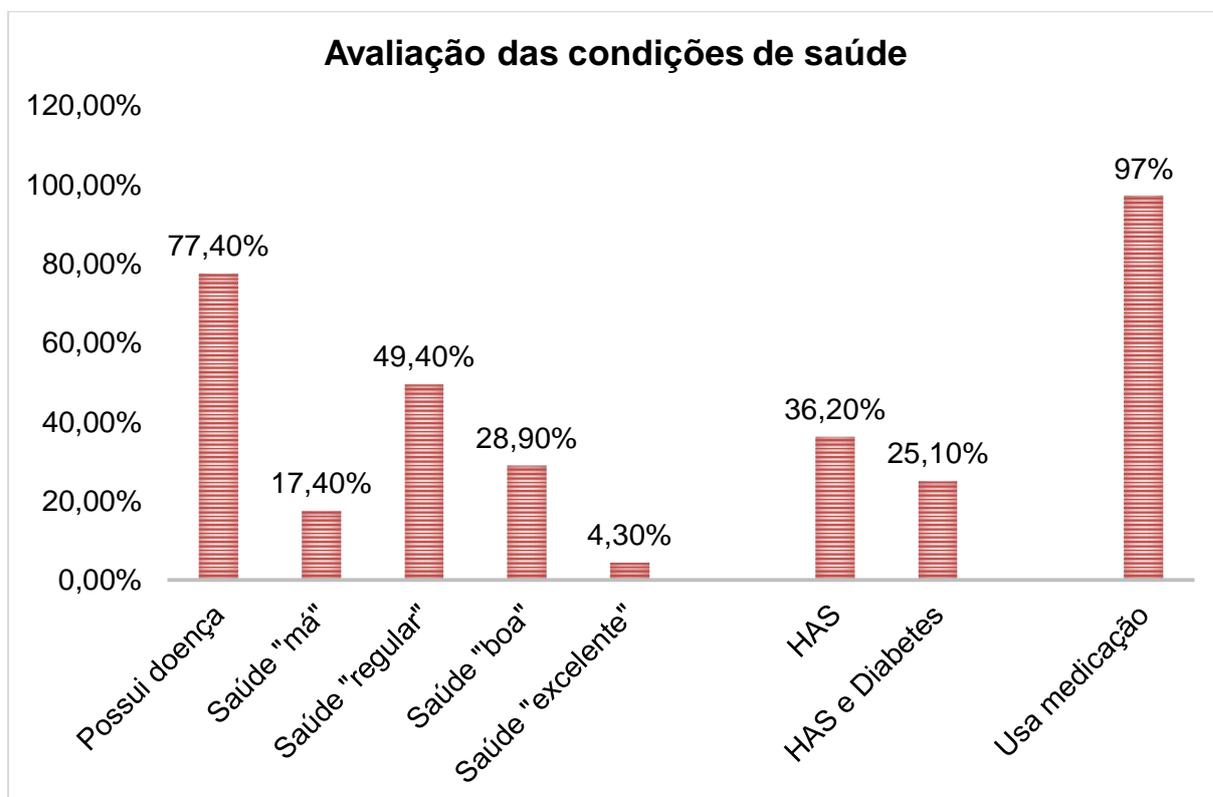
Em relação ao lazer, o estudo de Costa (2018 p.p 25,29-30) relata que uma vida ativa na terceira idade proporciona um envelhecimento saudável em condições de dignidade. Ressalta ainda que a saúde intelectual e física nesse processo é de grande importância e podem ser equilibradas por meio de atividades sociais e de lazer que não deixam os longevos se sentirem excluídos da sociedade. Os entrevistados desta pesquisa afirmaram que realizavam algum tipo de atividade de lazer (83,8%), resultados um pouco superiores aos achados por Lima et al (2018 p.42) onde havia 52,2%.

Figura 3. Caracterização do perfil econômico dos idosos (N = 235)



O perfil econômico dos idosos mostrou que, 77,4% não trabalhavam e 53,2% apresentaram uma renda familiar de um salário mínimo oriundo de aposentadoria. Os participantes desta pesquisa apresentaram somente a renda da própria aposentadoria, onde 1,7% obtêm aposentadoria do cônjuge e 4,7% pensão/ajuda de familiares. Relataram (70,2%) que ao necessitar de ajuda acabam recorrendo aos agregados, passando a dispor de auxílios muitas vezes dos filhos e netos. Esse resultado corrobora com o estudo de Dias et al. (2015 p.96) mostrou que 96,15% possuem renda familiar de até um salário mínimo.

Figura 4. Avaliação das condições de saúde (N = 235).



Dos 235 participantes, 77,4% informaram possuir alguma doença. Quando interrogados sobre sua condição de saúde, 49,4% descreveram como “regular”. Os idosos justificaram sua resposta em relação a perda da qualidade de vida como um resultado esperado dado as dificuldades advindas com a doença, sendo forçados a mudar hábitos de vida aos quais já estavam acostumados e faziam parte da sua cultura.

A prevalência da HA referida pelos entrevistados foi de 36,2%, ou seja, dos 235 idosos, 85 referiram ser hipertensos. Essa doença possui uma alta prevalência, e como já mencionado, traz perdas importantes a qualidade de vida, impõe-se mudanças no estilo de vida.

Quanto ao uso de medicamentos, 97% eram submetidos a prescrições medicamentosas, dentre elas hidroclorotiazida, propranolol, captopril, glibenclamida e metformina. O uso de polifármacos é uma realidade, quando da visita à casa dos idosos era comum trazer para a averiguação dos pesquisadores a caixa de medicamentos. A falta de informação associada à facilidade na compra de medicamentos isentos de prescrição são as causas mais comuns de interação medicamentosa em indivíduos que convivem em múltipla terapia medicamentosa. Esse fato também foi constatado por Kledson, L.B.; Karina (2018 p.p 85-86,88)

Dos entrevistados, 63,1% informaram que nunca se esqueciam de tomar a medicação. Isso mostra uma adesão e comprometimento ao tratamento proposto. Os dados expostos são discordantes em comparação ao achado de Pinheiro et al. (2018 p.7), que de modo geral, evidenciou baixa adesão à terapêutica medicamentosa em 70,7% para o tratamento da HA.

Essa divergência entre os resultados dos estudos pode ser explicada em relação ao aumento da expectativa de vida. Outros fatores como avanços tecnológicos voltados para a prevenção e cura de doenças, melhorias das situações sanitárias e uma maior conscientização sobre saúde colaboram para uma adesão maior (ORTA, 2014 p.7-8).

Também indagou-se com que frequência a pessoa idosa decide “não tomar o remédio”, onde 92,5% alegaram que nunca fazem isso. Esse dado obtido é de grande importância e mostra que os idosos que participaram da pesquisa estão cientes da importância da adesão ao medicamento. Os medicamentos influenciam na qualidade de vida dos hipertensos e é indício de um bom prognóstico e contribuem para a adesão à terapêutica e aumento nos anos de vida (PINHEIRO et al., 2018 p.p 2,7).

No que diz respeito aos hábitos alimentares, 63,8% dos idosos relataram que “nunca comem alimentos salgados” e 76,9% “nunca põe sal na comida”. A educação alimentar tem forte interferência para a saúde, bem-estar e qualidade de vida na vida dos hipertensos. O estudo de Santos, Gomes & Lima (2018 p.201) permitiu constatar que 92,3% alegou não manter a prática de adição de sal no momento da ingestão dos alimentos, corroborando com nosso estudo. Uma dieta reduzida nos teores de sódio, baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir os níveis pressóricos do portador de hipertensão arterial (BRASIL, 2006, p. 25).

Ainda em referência aos hábitos alimentares é de grande importância evitar comida industrializada. Evidenciou-se que 75,6% dos idosos “nunca come em “fast food”“. Em relação a outro estudo houve uma prevalência de 64,61% do total negando consumir fontes industrializadas de sal, como enlatados e molhos prontos, por exemplo (Santos, Gomes, & Lima, 2018 p.201). Gravina, Grespan e Borges (2007 p.p 34,36) afirmaram que alimentos industrializados se destacam entre os principais desencadeadores de doenças secundárias à HAS, por serem ricos em gorduras saturadas, açúcar e sal.

Ao serem questionados em relação ao comparecimento às consultas médicas, 56,3% afirmaram comparecer às consultas todas às vezes quando marcadas e 82,5% nunca faltam a

essas consultas. Estudo realizado por Santos et al (2005 p.338) revela que a maioria dos entrevistados (60%) declararam o comparecimento às consultas agendadas.

O comparecimento as consultas tem correspondência positiva com a adesão ao tratamento, pois colaboram para o controle da PA e proporcionam o monitoramento dos níveis pressóricos pelos profissionais da saúde, ou seja, quanto mais regular o indivíduo comparecer às consultas agendadas, maior sua adesão ao tratamento, concordando com os resultados deste estudo.

Habitualmente os idosos não saem da farmácia sem os medicamentos necessários (82,5%) e nunca ficam sem os remédios (75,0%). O exposto revela que grande parte dos entrevistados possui uma boa adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento medicamentoso esteve presente em 87% dos pacientes no estudo de BEZERRA, LOPES, & BARROS (2014 p.552).

Quando indagados se “ficam de um a três dias sem tomar o remédio, sem o conhecimento do médico”, 76,9% admitiu que nunca fazem isso. Esse resultado enfatiza um comportamento adequado para o controle da pressão arterial.

Uma parcela de 91,2% manifestou que “nunca deixa de tomar os remédios se sentindo bem” e 96,9% “nunca deixa de tomar os remédios se sentindo doente”. Essa informação revela que a concepção dos idosos sobre o remédio e a adesão está correta, pois quando ocorre do paciente seguir as recomendações dos profissionais da saúde, terá uma adequada adesão ao tratamento (VERAS & OLIVEIRA, 2009, p. 133) e conseqüentemente melhora na qualidade de vida.

Na questão em que foi perguntado com que freqüência a pessoa idosa “toma remédio de outra pessoa”, um percentual de 85,0% relata que nunca fazem isso, esse achado é de grande valia, diminuindo o risco de efeitos adversos que possam levar a complicações no quadro clínico.

O comportamento do idoso em relação a deixar de tomar o remédio por descuido ou esquecimento teve uma prevalência de 70%. Esse resultado obtido é positivo devido aumentar a eficácia do remédio e diminuir as causas de efeitos colaterais. Esse dado é relevante: se uma pessoa se esquece de tomar a medicação o nível pressórico pode subir, agravando o estado clínico. Esquecer de tomar os medicamentos anti-hipertensivos de uso contínuo na hora correta

pode causar uma crise hipertensiva grave e gerar danos severos aos vasos sanguíneos em um curto espaço de tempo. (SANTOS, FERREIRA, 2018 p. 405)

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo da hipertensão arterial sistêmica em idosos com destaque para estilo de vida e sua associação com a adesão ao tratamento constatou a necessidade para a incorporação de mudanças no dia-a-dia, mesmo que diminutas, têm o efeito sinérgico no controle e diminuição dos níveis pressóricos. São ações corriqueiras tais como atividades física moderada, cuidados com a alimentação, sobretudo quanto ao consumo de sódio, não esquecer de tomar o medicamento, dentre outras. São mudanças no estilo de vida e atitudes comportamentais e culturais que em muito ajudam no controle da hipertensão arterial.

Comprovou-se que o problema reside no receio em sentirem-se mal na tomada do medicamento muitas vezes devido à simples falta de esclarecimentos/conhecimentos. Nesse caso a interrupção do tratamento pode agravar a enfermidade o que também ocorre por aumento da dosagem. O idoso comumente tem hábitos, comportamentos que podem trazer riscos de agravos à saúde. A alimentação saudável, a prática de exercícios físicos e o tratamento farmacológico ainda não estão presentes de forma integral e correta na vida das pessoas com pressão alta. Pelo exposto e com base nas sólidas evidências fica caracterizada a associação da hipertensão arterial sistêmica em idosos com o estilo de vida e adesão ao tratamento.

O presente estudo fornece evidências empíricas e suporte, a partir de uma ferramenta de reconhecimento internacional (Evaluation of Hill-Bone Medication Adherence Subscale) de avaliação da adesão ao tratamento na hipertensão arterial. Cuidadores de saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários), familiares, cuidadores de pessoas idosas no lar, provedores e pesquisadores podem usar as informações desta pesquisa para melhorar e compreender a complexidade na adesão ao tratamento.

### **Dificuldades e limitações do estudo**

Alguns endereços estavam desatualizados nos prontuários das unidades de saúde da família, dessa forma, em alguns casos ficou impossível encontrar o idoso no endereço registrado por motivo de mudança. Houveram ainda casos de o idoso não se encontrar em casa no momento da visita e recusas por parte do indivíduo/familiares em participar da pesquisa, falecimento, dificuldades cognitivas e motoras do idoso, hospitalizações. Era evidente, da parte dos familiares, o medo de serem abordados por marginais tentando se passar por profissionais

da saúde, um reflexo da violência nos centros urbanos, isso apesar dos entrevistadores estarem uniformizados com jaleco da Universidade Federal de Mato Grosso, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Enfermagem, apresentar crachá de identificação, carteira de identidade pessoal.

Destaca-se que os resultados obtidos devem ser interpretados levando-se em consideração que a população estudada é restrita aos frequentadores de UBS.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. M. O. et al. Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3497-3504, Agosto, 2014.

BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo-SP, Brasil, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COSTA, F.R et al., Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p.p 24-34, 2018.

DIAS, E. G. et al. Caracterização dos hipertensos e Fatores dificultadores na adesão do idoso ao tratamento medicamentoso da Hipertensão. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 3, p. 39-49, 2015.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1 (supl.1), p. 1-51, 2010.

FALCÃO, A. S. et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, Maio, 2018.

GRAVINA, C. F.; GRESPLAN, S. M.; BORGES, J. L. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão no idoso. **Rev. Bras. Hipertens.**, v. 14, n. 1, p. 33-6, 2007.

GUIMARÃES-FILHO, G. C. et al. Progression of blood pressure and cardiovascular outcomes in hypertensive patients in a reference center. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 104, n. 4, p. 292-298, 2015.

INAGAKI, R. K. et al. A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. **Ciência, Cuidado e saúde**, v. 7, 2008.

KARA-JUNIOR N. **Rev Bras Oftalmol**. v.73, n. 2, p.p 67-8, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbof/v73n2/0034-7280-rbof-73-02-0067.pdf>. Acessado em: 21/12/2016.

KLEDSON, L.B.; KARINA C.S.M. Interação Medicamentosa: um Agravado à Saúde Fragilizada. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 58, p. 84-92, out./dez., 2018.

LIMA, D. F. et al. O padrão da atividade física no lazer de idosos brasileiros. **Caderno de Educação Física e Esporte**, v. 16, n. 2, p. 39-49, 2018.

MANTOVANI, M.F.; MENDES, F.R.P. The quality of life of elderly's chronic disease sufferers: qualitative-quantitative research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [S.l.], v. 9, n. 1, june 2010. ISSN 1676-4285. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2835/637> . Acessado em: 29 apr. 2019. doi:<https://doi.org/10.5935/1676-4285.20102835>.

MATAVELLI, I. S. et al. Hipertensão arterial sistêmica e a prática regular de exercícios físicos como forma de controle: Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 4, p. 359-366, 2014.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 19, n. 3, 2016.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL, F. D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. bras. med. esporte**, v. 10, n. 6, p. 513-519, 2004.

ONU. Nações Unidas do Brasil. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>. Publicado em 17 abr. e atualizado em 11.11;2014. Acessado em 17 abr. 2019.

OPAS/OMS. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. 10 out.2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:opas-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839). Acessado em: 17 abr. 2019.

ORTA, A. C. A. Contributo dos centros de dia para o bem-estar subjetivo dos idosos. 2014. **Tese de Doutorado**. Instituto Politécnico de Beja. Escola Superior de Educação.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p.p 893-908, 2015.

PINHEIRO, F. M. et al. Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

ROTHMAN, G. et al. **Epidemiologia Moderna**, 3<sup>o</sup> ed. Porto Alegre, 2011.

SALVADOR, E.P.; REIS, R.S.; FLORINDO, A.A. Practice of walking and its association with perceived environment among elderly Brazilians living in a region of low socioeconomic level. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**. V. 7, n.1, p.67, 2010.

SANTOS, M.S.; FERREIRA, A.B. Avaliação da Adesão ao Tratamento da hipertensão arterial em pessoas Idosas. *Revista Kairós - Gerontologia*, v. 21, n.2, p.p 395-410, 2018.

SANTOS, H. A.; GOMES, S. C. S.; LIMA, R. J. C. P. Educação em saúde: uma estratégia no cuidado com idosos hipertensos. **PESQUISA EM FOCO**, v. 23, n. 1, 2018.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SILVA, R. S. L. F. et al. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 35, n. 2, 2015.

SILVEIRA, P. S.; AZAMBUJA, L. S. A influência da religiosidade e espiritualidade no enfrentamento da doença. **Psicologia.pt**, Guaíba – Rio Grande do Sul, 2018.

SUZANO, D. S. et al. A importância da qualidade de vida em pacientes hipertensos. **Saúde em Redes**, v. 2, n. 1, p. 53-63, 2016.

SVARSTAD, B. L. et al. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. **Patient education and counseling**, v. 37, n. 2, p. 113-124, 1999.

**Tribunal Regional Eleitoral-TER**, 2014. Disponível em  
<http://www.tse.jus.br/eleicoes/estatisticas/estatisticas-eleitorais-2014-eleitorado>. Acessado em:  
Acessado em 24 de abril de 2019.

**U.S. Department of Health and Human Services**. Healthy People 2010: Understanding and  
Improving Health. 2nd ed. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao  
tratamento anti-hipertensivo. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 10, n. 3, 2009.

**WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION** et al. Manual for Core Indicators on Country  
Pharmaceutical Situations [working draft]. Geneva, 2003.

**WHO**. World Health Organization. A glossary of terms for community health care and services for  
older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, volume 5,  
2004.

# COMPARAÇÃO ENTRE OS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PULMONAR E DE UM PROGRAMA DE VIBRAÇÃO DE CORPO INTEIRO SOBRE A CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC).

## Resumo

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por obstrução progressiva e não reversível das vias aéreas, hiperinsuflação pulmonar, inflamação crônica e elevada frequência de exacerbações que cursam com múltiplas comorbidades e efeitos sistêmicos deletérios. O objetivo desse estudo foi comparar os efeitos de um programa de reabilitação pulmonar convencional aos efeitos de um programa de vibração de corpo inteiro sobre a capacidade funcional e a qualidade de vida. Estudo piloto do tipo quase experimental antes e depois. A capacidade funcional e a qualidade de vida foram mensuradas, respectivamente através do teste de caminhada de 6 minutos (TC6min) e do St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ). Os principais resultados para o grupo vibração de corpo inteiro (VCI) foram a melhora na distância percorrida do teste de caminhada de seis minutos (TC6min) ( $p=0,008$ ) e nos domínios sintoma ( $p=0,002$ ) e total ( $p<0,01$ ) do SGRQ. Para o grupo programa de reabilitação pulmonar (PRP) foi observada melhora nos domínios atividade ( $p=0,02$ ), impacto ( $p=0,03$ ) e total ( $p<0,01$ ) do SGRQ. Não foram observadas diferenças entre os grupos VCI e PRP após os programas de treinamento quanto aos principais desfechos avaliados. Nossos resultados apontam que o programa isolado de VCI com três meses de duração para pacientes com DPOC moderada e severa, foi eficaz para a capacidade funcional e qualidade de vida em relação ao PRP convencional.

Palavras-chave: treinamento; exercício; vibração; obstrução das vias respiratórias; idosos; fisioterapia.

## Abstract

The progressive and non-reversible airways obstruction, lung hyperinflation, chronic inflammation and high frequency of exacerbations coursing with multiple comorbidities and deleterious systemic effects are the characteristics of COPD. The aim of this study is to compare the effects of whole body vibration program about the outcomes, functional capacity and quality of life. This is a pioneer almost experimental study of the before and after style. The six minute walking test (6MWT) and the St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ) measured the functional capacity and the quality of life. The main results for the WBV group were improved in the distance walked ( $p = 0.008$ ) and the symptom domains ( $p = 0.002$ ) and total ( $p < 0.01$ ) of SGRQ. PRP group improvement was observed in the domains activity ( $p = 0.02$ ), impact ( $p = 0.03$ ) and total ( $p < 0.01$ ) of SGRQ. No differences were observed between the WBV and PRP groups after the training programs as the main outcome. Our results indicate that the isolated WBV program with 3 months duration for patients with severe COPD, was effective in functional capacity and quality of life compared to conventional PRP.

Keywords: COPD, rehabilitation, whole body vibration, functional capacity, life's quality.

## Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais de 80 milhões de pessoas no mundo sofrem de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), e no Brasil, este índice atinge cerca de 5,5 milhões <sup>1</sup>. A DPOC é caracterizada por obstrução progressiva e não reversível das vias aéreas, hiperinsuflação pulmonar, inflamação crônica e elevada frequência de exacerbações que cursam com múltiplas comorbidades e efeitos sistêmicos deletérios. Sua complexidade envolve implicações gerais para a saúde, resultando em elevados custos econômicos, taxas de hospitalizações e utilização de medicamentos nos diversos serviços de saúde <sup>2</sup>.

Os pacientes com DPOC apresentam anormalidades relativas a função pulmonar decorrentes de disfunção das trocas gasosas, perda de massa muscular respiratória e periférica, e alterações na função cardíaca que resultam em dispnéia, intolerância aos esforços e reduzida qualidade de vida <sup>3</sup>. A disfunção muscular esquelética vem sendo descrita como uma das mais importantes causas que contribuem para restrição das atividades físicas e de vida diária, com conseqüente declínio da condição de saúde nos pacientes com DPOC <sup>4</sup>.

O programa de reabilitação pulmonar (PRP) como estratégia de tratamento para a disfunção muscular e o descondicionamento físico de pacientes com DPOC, tem mostrado benefícios para esta população <sup>5</sup>. Já é documentado na literatura que programas bem direcionados de RP (reabilitação pulmonar) resultam em redução dos sintomas respiratórios, melhora na capacidade de realização de exercícios, aumento de massa muscular periférica, menor frequência de exacerbações e internações e conseqüentemente, melhor expectativa quanto à qualidade de vida desses indivíduos <sup>5</sup>. Os PRP são propostos com objetivo principal de melhorar a *performance* física, diminuir os sintomas de fadiga e dispneia e, possivelmente prolongar a sobrevivência dos pacientes <sup>5,6</sup>.

No entanto, alguns pacientes são intolerantes ao exercício físico e por isso, deixam de se beneficiar com um programa de reabilitação pulmonar convencional. Alguns autores vêm sugerindo como opção alternativa a esses programas, a utilização da vibração de corpo inteiro (VCI) como recurso terapêutico para melhora da força muscular.

O princípio de ativação muscular ocorre através do “reflexo tônico vibratório”, favorecendo o aumento da força muscular por influências dos mecanismos reflexos

medulares<sup>9, 10</sup>. Embora o uso da VCI esteja sendo utilizada em outras condições de saúde<sup>11, 12, 13</sup>, ainda são poucos os estudos investigando a sua utilização em pacientes com DPOC clinicamente estáveis<sup>7, 8</sup>.

Considerando que, indivíduos com DPOC de moderada a severa, possam apresentar menor tolerância aos esforços, a VCI parece se apresentar como uma alternativa plausível aos programas convencionais de treinamento para esses pacientes, uma vez que o PRP exige maior demanda de esforço físico quando comparado à VCI. Assim, o presente estudo teve como objetivo comparar os efeitos do PRP e da VCI sobre a capacidade funcional e qualidade de vida em pacientes com DPOC.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo piloto do tipo quase experimental antes e depois. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, acima de 60 anos, com histórico de fumo ativo ou exposição passiva a poluentes,  $VEF_1 < 80\%$  do previsto pós-broncodilatador e relação  $VEF_1/CVF < 70\%$  que apresentassem habilidade para realizar o teste de caminhada de 6 minutos, e clinicamente estáveis durante o período do estudo. Foram excluídos os indivíduos com comorbidades associadas (HAS, hipertensão pulmonar severa, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva e alterações neuromusculares), com deficiência cognitiva, auditiva ou visual.

## **Recrutamento**

Os pacientes foram oriundos dos hospitais de referência para o tratamento de doenças pulmonares na cidade de Recife e indicados pelos pneumologistas. O programa de treinamento foi desenvolvido no Laboratório de Fisioterapia Cardiopulmonar/Departamento de Fisioterapia/UFPE. Todos os voluntários que preencheram os critérios de inclusão foram devidamente esclarecidos quanto aos riscos e benefícios do estudo e somente foram inseridos na amostra aqueles que aceitaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a Resolução 466/2012 do CNS, sendo devidamente aprovado (no. 136/2011 CEP-CCS/UFPE; SISNEP FR- 415666; CAAE- 0108.0.172.000-11).

## **Cálculo amostral**

Para o cálculo amostral foi utilizado o programa GPower 3.1.9.2 com base nas variáveis distância percorrida (DP) no teste de caminhada de seis minutos (TC6min) e no domínio total do questionário do Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ<sub>TOTAL</sub>) e , assumindo um tamanho de efeito 0.50 com poder de 0.8. Foi encontrado um valor mínimo de 26 participantes para cada grupo. Considerando uma perda amostral de 10%, a amostra final será de 28 participantes em cada grupo.

## **Procedimentos de Avaliação**

As avaliações da capacidade funcional (TC6min) e da qualidade de vida foram realizadas antes e ao término dos programas. Estes apresentaram igualmente, duração de 12 semanas com três atendimentos por semana em dias intercalados.

## **Capacidade funcional (TC6min)**

Os testes de caminhada de 6 minutos foram realizados em corredor aberto de 34m de comprimento devidamente sinalizado. Durante o teste de caminhada os pacientes tiveram a saturação periférica de oxigênio e a frequência cardíaca monitorizada através de um oxímetro transcutâneo de pulso (Nonin Onyx 9500) apenas para controle dos níveis de saturação periférica de oxigênio. Ao final do teste foram registrados a distância percorrida (DP), o tempo de caminhada (TC) e a percepção de esforço (IPE) através da escala visual de Borg .

## **Qualidade de Vida (SGRQ)**

A avaliação da qualidade de vida foi realizada a partir de questionário específico para doenças respiratórias, previamente validado no Brasil, o St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ) <sup>14</sup>. Este aborda aspectos relacionados a quatro domínios: total, sintomas, atividade e impactos psicossociais que a doença respiratória inflige ao paciente. Cada domínio tem uma pontuação máxima possível; os pontos de cada resposta são somados e o total é referido como um percentual deste máximo. Valores acima de 10% refletem qualidade de vida alterada naquele domínio. Alterações iguais

ou maiores que 4% após uma intervenção, em qualquer domínio ou na soma total dos pontos, indicam mudanças minimamente significativas na qualidade de vida dos pacientes<sup>15</sup>. O SGRQ aborda os aspectos relacionados a quatro domínios que a doença respiratória inflige no paciente: total (sumariza o impacto da doença sobre a condição de saúde), sintomas (frequência e severidade da doença), atividade (atividades que causem ou são limitadas pela dispnéia), e impactos psicossociais (incluem o funcionamento social e os distúrbios psicológicos decorrentes da doença). Cada domínio tem uma pontuação máxima possível; os pontos de cada resposta foram somados e o total foi referido como um percentual deste máximo. Valores acima de 10% refletem qualidade de vida alterada em cada domínio<sup>15</sup>.

### **Prova de Função pulmonar**

A avaliação da função pulmonar foi realizada através da espirometria de acordo com as recomendações da ATS. Os parâmetros adotados para constatação da obstrução foram: volume expiratório forçado no primeiro segundo ( $VEF_1$ ); capacidade vital forçada (CVF) e relação  $VEF_1/CVF$ .

### **Intervenção**

O PRP já se encontrava em andamento no período em que teve início o programa de VCI, que foi assim desenvolvido:

PRP: O protocolo incluiu atividades aeróbicas em esteira e de força muscular em máquina de musculação, prescritos individualmente e de acordo com a condição clínica do paciente com DPOC, sendo composto de 3 sessões semanais. O treinamento aeróbico na esteira tinha duração de 30 minutos por sessão, onde a cada 5 minutos eram aferidos os seguintes parâmetros: pressão arterial, saturação periférica de oxigênio e índice de percepção de esforço (IPE). Mensalmente era realizado um teste incremental e a intensidade era ajustada em 75% do valor mensurado no teste. O treino muscular esquelético abordava grupos musculares de membros superiores e membros inferiores. Era realizado um teste de repetição máxima, em seguida era calculada uma carga equivalente a 60% da carga mensurada no teste de uma repetição máxima. Para membros superiores eram realizadas 3 séries de 8 repetições para os seguintes grupos musculares: flexores do cotovelo, extensores do cotovelo, flexores de ombro, adutores de

membros superiores. O número de séries e repetições para membros inferiores seguiram os mesmos parâmetros previstos para os membros superiores e os grupos musculares abordados foram: flexores do joelho e extensores do joelho.

#### Protocolo em Plataforma Vibratória:

O programa de intervenção na plataforma vibratória (Power Plate MY3 – Reino Unido) teve duração de 12 semanas, com 3 sessões semanais em dias alternados e foi programado a partir do seguinte protocolo:

- Cinco a 10 minutos de alongamento muscular dos flexores laterais do pescoço, rotadores externos do ombro, flexores de quadril e joelho, realizados com 30 segundos de duração para cada grupo.
- Programa sobre a plataforma: primeiro mês a duração foi 10 minutos e os exercícios foram realizados na posição estática, com os joelhos semiflexionados. A permanência da vibração de baixa intensidade foi de 30 segundos, intercalada com o repouso de 60 segundos na posição de pé ao lado da plataforma. Segundo mês: foram realizados os reajustes em termos de tempo de permanência na plataforma (60 segundos) e o tempo total do programa de treinamento (15 minutos). No terceiro mês o paciente permaneceu na plataforma por 20 minutos, sempre intercalado por um período de repouso.

#### **Análise estatística**

A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS versão 20.0. Foram calculadas as médias e desvios padrões e frequência para as variáveis TC 6' (DP- distância percorrida em metros, TC-tempo de caminhada em segundos), SGRQ (domínios impacto, sintomas, atividade e total). Inicialmente foi realizado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para todas as variáveis e foi adotado o nível de significância de 95% ( $p < 0,05$ ) para todos os testes. Para a comparação dos desfechos mencionados entre os grupos plataforma vibratória (PV) e programa de reabilitação pulmonar (PRP) foi utilizado o teste t de Student para amostras independentes e para a comparação entre as avaliações inicial-final de cada grupo foi utilizado o teste t de Student pareado.

#### **Resultados**

Após aplicação dos critérios de elegibilidade, foram incluídos no estudo 11 pacientes para o grupo PRP e 15 para o grupo VCI. As figuras 1 e 2 representam os fluxogramas de captação e acompanhamento dos indivíduos em cada protocolo do estudo.

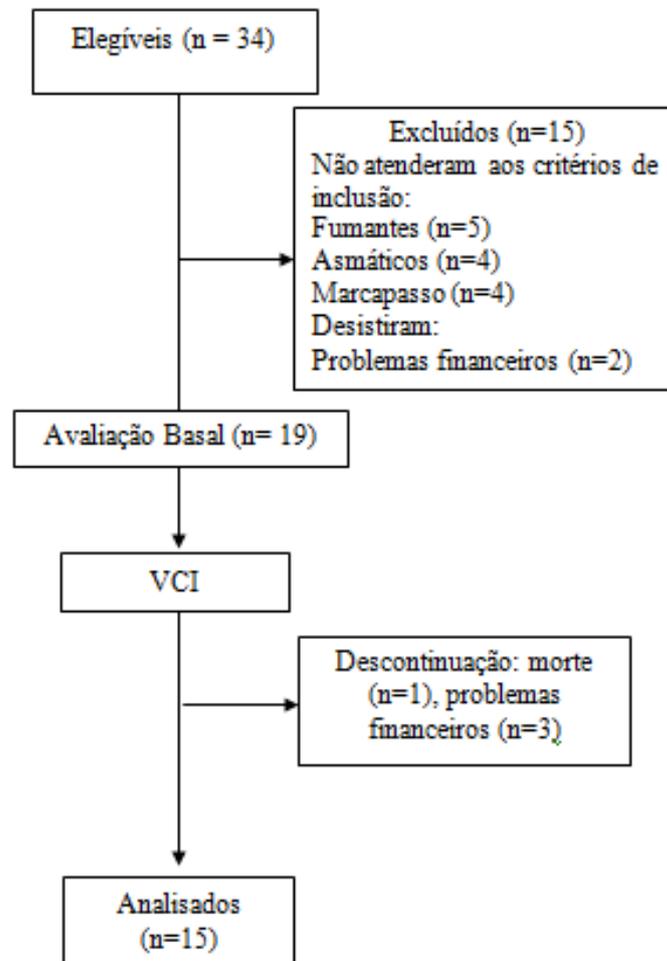


Figura 1: Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes para o grupo VCI.

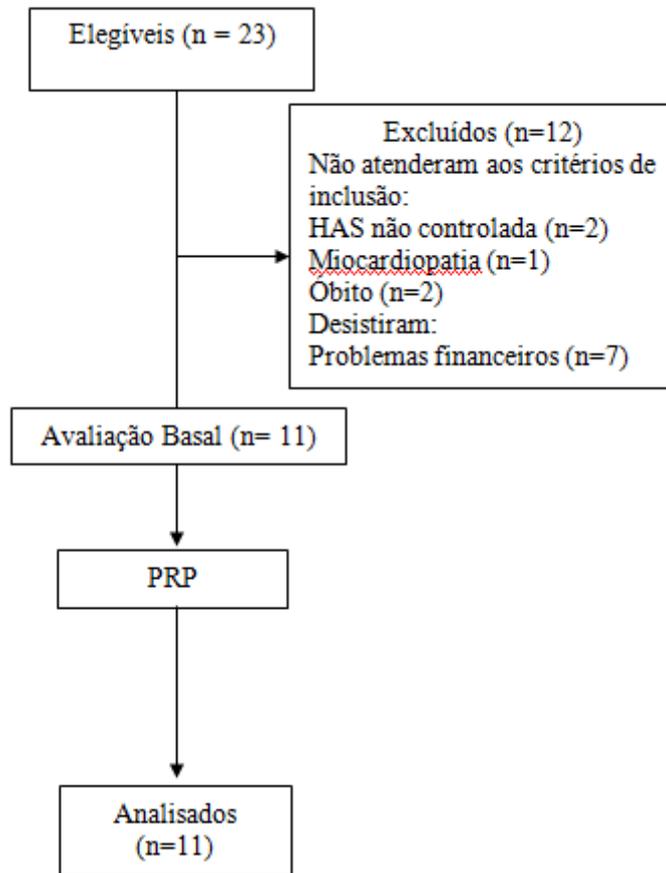


Figura 2: Fluxograma de captação e acompanhamento dos participantes para o grupo PRP.

Os programas foram bem aceitos pelos pacientes envolvidos, tendo todos eles participado até o final de todas as sessões de treinamento. Não foram relatados efeitos adversos durante o período do estudo. As características antropométricas, espirométricas e relacionadas ao fumo dos participantes do estudo estão descritas na tabela 1. (Tabela 1)

**Tabela 1 – Características dos pacientes com DPOC envolvidos nos programas PRP e VCI.**

	<b>GRUPO PRP</b> <b>(n=11)</b>	<b>GRUPO VCI</b> <b>(n=15)</b>	<b>p-valor</b>
<b>Idade (anos)</b>	66,09 ± 4,92	65,67 ± 8,95	NS
<b>Peso (Kg)</b>	62,22 ± 8,87	61,14 ± 11,91	NS
<b>Altura (m)</b>	1,62 ± 0,05	1,57 ± 0,08	NS
<b>IMC</b>	23,50 ± 2,15	24,65 ± 5,08	NS
<b>Anos de fumo</b>	41,45 ± 10,62	40,87 ± 13,52	NS
<b>Cigarros p/dia</b>	29,09 ± 0,04	29,00 ± 12,56	NS
<b>2 ou mais comorbidades</b>	81,8%	60%	NS
<b>VEF<sub>1</sub></b>	1,27 ± 0,66	0,86 ± 0,34	NS
<b>VEF<sub>1</sub> (%)</b>	42,10 ± 20,24	31,05 ± 11,20	NS
<b>CVF</b>	2,31 ± 0,77	1,87 ± 0,61	NS
<b>CVF (%)</b>	60,65 ± 17,96	52,31 ± 14,23	NS
<b>FEV<sub>1</sub>/FVC (%)</b>	53,21 ± 14,91	47,48 ± 10,82	NS

**Nota:** n= número de indivíduos; IMC= índice de massa corpórea; VEF<sub>1</sub> = volume expiratório forçado no primeiro segundo; CVF= capacidade vital forçada; VEF<sub>1</sub>/CVF= relação VEF<sub>1</sub>/CVF. NS = Não significante. Dados estão expressos em média ± desvio-padrão.

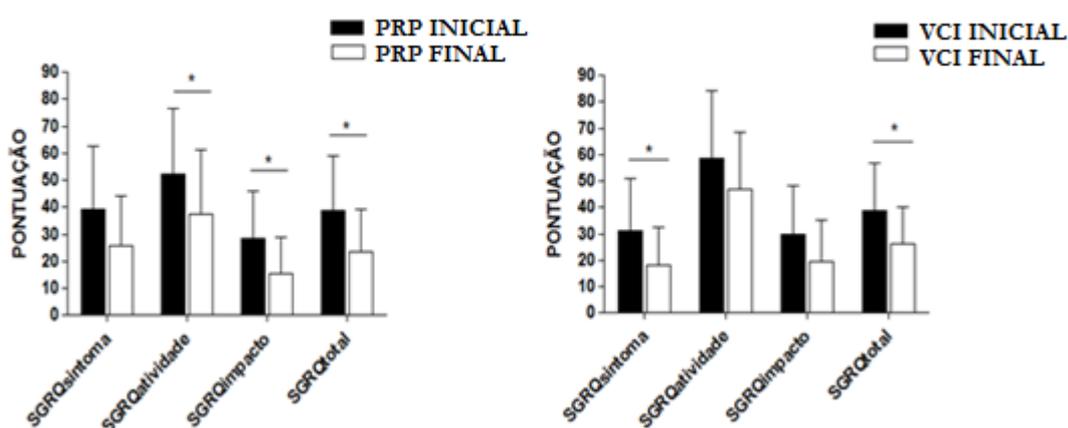
Os resultados relacionados à capacidade funcional e qualidade de vida estão apresentados na tabela 2. Não houve diferença entre os grupos para todos os desfechos

primários descritos. Quanto à diferença entre a avaliação inicial-final de cada grupo, foi visto que o desfecho QV (qualidade de vida), no domínio total (SGRQ<sub>TOTAL</sub>) foi significativamente melhor ao final das duas intervenções. No grupo PRP além do SGRQ<sub>TOTAL</sub> foi encontrada melhora significativa para os domínios impacto e atividade do questionário de qualidade de vida, enquanto que no grupo VCI foi visto melhora para o domínio sintoma do questionário de qualidade de vida. Ainda numa comparação inicial-final de um mesmo grupo, foi observada diferença significativa na distância percorrida no teste de caminhada de seis minutos no grupo VCI.

**Tabela 2: Comparação entre os grupos PRP e VCI quanto ao TC6min (DP, TC, IPE) e qualidade de vida (SGRQ).**

	GRUPO PRP		GRUPO VCI		p-valor	
	Inicial (n=11)	Final (n=11)	Inicial (n=15)	Final (n=15)	Análise intergrupo	Análise intragrupo
<b>TC6min</b> (TC- seg)	311,09 ± 84,60	331,00 ± 75,69	301,40 ± 102,95	307,33 ± 61,72	NS	NS
(DP - m)IPE	391,45 ± 144,89	455,63 ± 98,04	349,07 ± 121,64	408,60 ± 96,68	NS	0,008*
IPE	11,81 ± 1,60		11,06 ± 2,30			NS
<b>SGRQ</b>						
Sintoma	39,02 ± 23,46	25,94 ± 18,25	31,27 ± 19,52	17,96 ± 14,58	NS	0,002*
Atividade	52,31 ± 24,05	37,41 ± 23,67	58,45 ± 25,80	47,01 ± 21,27	NS	0,02*
Impacto	28,27 ± 17,69	15,19 ± 13,54	29,81 ± 18,63	19,44 ± 15,75	NS	0,03*
Total	38,79 ± 20,24	23,52 ± 15,59	38,73 ± 18,23	26,15 ± 14,03	NS	<0,01**

**Nota:** n= número de indivíduos; TC = tempo de caminhada; DP = distância percorrida; SGRQ<sub>sintoma</sub> = Questionário respiratório Saint Georg (domínio sintoma); SGRQ<sub>atividade</sub> = Questionário respiratório Saint Georg (domínio atividade); SGRQ<sub>impacto</sub> = Questionário respiratório Saint Georg (domínio impacto psicológico); SGRQ<sub>total</sub> = pontuação total; IPE = índice de percepção de esforço. NS= não significante. P-valor nas duas últimas colunas indicam os resultados do teste t Student independente e teste t Student pareado. Símbolos indicam: § Diferença estatística avaliação inicial – final do grupo PRP; \* Diferença estatística avaliação inicial – final do grupo VCI.



A figura 3 mostra representação gráfica da contribuição da pontuação de cada domínio do SGRQ em cada grupo.

## Discussão

Nossos resultados apontam benefícios semelhantes entre os programas de reabilitação pulmonar e vibração de corpo inteiro quanto à capacidade funcional e qualidade de vida entre os pacientes com DPOC envolvidos no estudo.

Um dos primeiros estudos que utilizaram a VCI em pacientes com DPOC associou o PRP a VCI e embora a duração do PRP tenha tido apenas 3 semanas, pode-se observar melhora significativa dos pacientes quanto ao desempenho no TC<sub>6min</sub> e a

qualidade de vida <sup>7</sup>. Embora o protocolo do PRP e da VCI desenvolvido por esses autores difiram do nosso, observa-se que os pacientes responderam favoravelmente ao treinamento, especialmente considerando-se a gravidade dos mesmos (estádios III e IV do GOLD) <sup>7</sup>.

Pleguezuelos et al. desenvolveram um programa de VCI com DPOC severa com duração de 6 semanas e observaram que os pacientes melhoraram a capacidade funcional (TC6min) ao final do programa, no entanto, não avaliaram o impacto desses resultados na qualidade de vida desses pacientes <sup>8</sup>. A semelhança de Pleguezuelos, nossos resultados demonstraram melhora na capacidade funcional, embora o protocolo desenvolvido tenha sido diferente daquele apresentado por esses autores.

Nossos pacientes atingiram a diferença mínima clinicamente significativa para a distancia percorrida (35m) de acordo com o estudo de Puhan et al <sup>16</sup> em ambos os programas (PRP=64m e VCI=59m, respectivamente). No entanto, não foram observadas diferenças entre eles quanto a distancia percorrida, indicando com isso que ambos os programas foram eficazes quanto a esse desfecho. Em se tratando de programas de exercício físico, o treinamento em plataforma vibratória para pacientes com maior nível de obstrução e conseqüente intolerância ao esforço, parece proporcionar benefícios semelhantes àqueles obtidos em um programa convencional de reabilitação pulmonar, especialmente se considerarmos que a gravidade da doença inviabiliza a adesão desses pacientes a programas que envolvam esforço físico adicional.

Quanto à qualidade de vida, foi observado no presente estudo melhora significativa dos domínios atividade, impacto e total para o grupo PRP e os domínios sintomas e total para o grupo VCI. O treinamento físico promove a melhora do desempenho aeróbico e muscular assim como proporciona interação social e esses fatores interferem na qualidade de vida dos pacientes envolvidos no PRP. Vagaggini et al relataram melhora do domínio total do SGRQ após um PRP, mas não analisaram os demais domínios <sup>17</sup>.

Mais recentemente Gloeckel et al também relataram melhora na qualidade de vida dos pacientes com DPOC após a submissão a um programa de reabilitação pulmonar associado ao VCI<sup>7</sup>, no entanto, não encontramos até o presente momento

estudos que tivessem avaliado os efeitos desse treinamento isoladamente sobre a qualidade de vida. Observamos em nossos resultados que houve redução do domínio sintomas para os pacientes que fizeram a VCI, retratando em melhora dessa dimensão. Essa mudança pode ser entendida como melhora na frequência e severidade da doença nesse grupo, diferentemente daqueles que participaram do PRP. De uma maneira geral ambos os programas melhoraram o domínio total, o qual sumariza a melhora do impacto da doença sobre esses pacientes.

Uma possível limitação do presente estudo diz respeito à dificuldade de execução de um programa de intervenção de 3 meses de duração, considerando-se a gravidade dos doentes e as dificuldades de participação nos programas propostos por questões financeiras. Essa realidade conduziu nosso estudo para um estudo piloto, dificultando então a generalização de nossos resultados.

## **Conclusão**

A intervenção com VCI foi capaz de atingir melhoras equivalentes ao PRP nos desfechos capacidade funcional e qualidade de vida nos pacientes com DPOC participantes do estudo.

Como se trata de um estudo piloto faz-se necessário a sua continuidade a fim de atingirmos o número necessário de pacientes para garantir a validade da VCI, especialmente quando se considera a gravidade do nível de obstrução, o quadro clínico e a intolerância aos esforços que esses pacientes apresentam.

## **Referências**

1. Hurd, S. The impact of COPD on lung health worldwide. Epidemiology and incidence. *Chest*, 2000; 117;1S-4S.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. <http://www.goldcopd.org/>. Acesso em 12/12/2014.
3. Spruit MA, Troosters T, Trappenburg JCA, et al. Exercise training during rehabilitation of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A current perspective. *Patient Education and Counseling* 2004; 52: 243-248.

4. Shrikrishna D., Hopkinson N.D. Skeletal muscle dysfunction in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine: COPD Update* 2009; 5: 7-1
5. Reardon J., Casaburi R., Morgan M. et al. Pulmonary rehabilitation for COPD. *Respiratory Medicine* 2005; 99: S19-S27.
6. Troosters T., Gosselink R., Langer D., et al. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiratory Medicine: COPD Update* 2007; 3: 57-64.
7. Gloeckl R, Heinzelmann I, Baeuerle S et al.. Effects of whole body vibration in patients with chronic obstructive pulmonary disease a randomized controlled trial. *Respiratory Medicine*. 2012;106:75–83.
8. Pleguezuelos E, Pérez ME, Guirao L, Amitier B, Costea M, Ortega P, González MV, Amin V, Carmen D, Vejero L, Moreno E, Vitlles M. Effects of whole body vibration training in patients with severe chronic obstructive. *Respirology*, 2013;18(6):1028-34.
9. Macfield G, Hagbarth KE, Gorman R et al. Decline in spindle support to alpha motoneurons during sustained voluntary contractions. *Journal of Physiology*, 1991;440, 497-512.
10. Kouzaki M, Shinohara M et al.. Decrease in maximal voluntary contraction by tonic vibration applied to a single synergist muscle in humans. *Journal of Applied Physiology*, 2000;89:1420-1424.
11. Beudart C, Mannarino DMM, Buckinx F et al. Effects of 3 months of short sessions of controlled whole body vibrations on the risk of falls among nursing home residents. *BMC Geriatrics*, 2013; 13:42-51.
12. Tankisheva E, Bogaerts A, Boonen S, Feys H, Verschueren S. Effects of intensive whole-body vibration training on muscle strength and balance in adults with chronic stroke: a randomized controlled pilot study. *Arch Phys Med Rehabil*, 2014;95(3):439-46.
13. Rietschel E, van Koningsbruggen S, Fricke O, Semler O, Schoenau E. Whole body vibration: a new therapeutic approach to improve muscle function in cystic fibrosis? *International Journal of Rehabilitation Research*, 2008;31(3):253-6.

14. Souza TC, Jardim JR, Jones P. Validação do questionário do Hospital Saint George na doença respiratória (SGRQ) em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. *Jornal de Pneumologia*, 2000; 26:119-28.
15. Garvey C, Fromer L, Saver DF, Yawn BP. Pulmonary rehabilitation: an underutilized resource in primary COPD care. *Physical Sports of Medicine*, 2010;38(4):54-60.
16. Puhan MA, Mador MJ, Held U, Goldstein R, Guyatt GH, Schünemann HJ. Interpretation of treatment changes in 6-minute walk distance in patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 2008;32(3):637-43.

## CONDIÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E FUNCIONALIDADE DE PESSOAS IDOSAS RESIDENTES EM UM CONDOMÍNIO PÚBLICO

Fabíola de Araújo Leite Medeiros<sup>1</sup>

Marília Gabriela de Oliveira<sup>2</sup>

Thamires Mayara Alves Bezerra<sup>3</sup>

Maria do Carmo Eulálio<sup>4</sup>

### RESUMO

O objetivo foi descrever condições sociais e demográficas e funcionalidade da pessoa idosa residente em um condomínio público, situado no município de Campina Grande/PB, como parte do acompanhamento da avaliação da funcionalidade anual do condomínio. Tratou-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi do tipo censitário com 30 participantes. Os resultados evidenciaram que a maioria dos participantes pertencia ao sexo feminino, dentro da faixa etária entre 60-84 anos e 73,3% das pessoas idosas mora sozinhas em suas residências e apresentam renda mensal de um salário mínimo. Em relação à aplicação do MEEN, verificou-se dos 30 participantes, 14 (53,3%) apresentaram com sugestão para demência. Em relação ao diagnóstico clínico-funcional utilizando o IVCF-20, evidenciou-se que a maioria das pessoas idosas se apresentaram com baixo e moderado risco de vulnerabilidade. Concluiu-se que a avaliação das condições sociais e demográficas e da funcionalidade em pessoas idosas residentes em condomínios é uma estratégia essencial na detecção precoce de possíveis incapacidades, podendo servir como base para o desenvolvimento de estratégias e ações voltadas ao envelhecimento ativo e minimiza possibilidades de insegurança e vulnerabilidade social.

Descritores: Envelhecimento. Idosos. Saúde.

### INTRODUÇÃO

Em épocas de envelhecimento populacional, os índices demográficos referenda o aumento na demanda de serviços de saúde destinados à pessoa idosa no Brasil. A gerontologia e geriatria têm estudado de forma mais acurada a fragilidade e o processo de envelhecimento. Dessa forma surge a prioridade de se trabalhar conceitos relacionados principalmente com a promoção de qualidade de vida e avaliação contínua do processo de fragilidade (MARI et al.; 2016; KÜCHEMANN, 2012).

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem, docente da Universidade Estadual da Paraíba, [profabiola@bol.com.br](mailto:profabiola@bol.com.br);

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba, [marih.gaby@gmail.com](mailto:marih.gaby@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduanda em Universidade Estadual da Paraíba, [thamires\\_gba@hotmail.com](mailto:thamires_gba@hotmail.com);

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia, docente da Universidade Estadual da Paraíba, [carmitaeulalio.uepb@gmail.com](mailto:carmitaeulalio.uepb@gmail.com)

Há uma íntima relação entre o processo de envelhecimento e as alterações funcionais que determinam risco para declínio funcional às pessoas com idade igual ou maior que 60 anos, principalmente quando acometidas de cronicidade. Assim, a avaliação da pessoa idosa, deverá incluir a funcionalidade, que deduzirá aspectos conceituais relacionadas à autonomia e independência da pessoa idosa. Dentre as condutas de avaliação da funcionalidade da pessoa idosa, destacam-se os seguintes conceitos: cognição (como capacidade mental de compreensão e resolubilidade dos problemas cotidianos), humor (como motivação necessária para participação social e atividades), mobilidade (relacionada à capacidade individual de deslocamento e de manipulação do indivíduo com o meio ambiente), e comunicação (capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio social, dependendo da utilização dos sentidos como visão, fonação, audição e motricidade orofacial) (MORAES, 2012; MORAES et al.; 2016).

A constante avaliação da funcionalidade é um dos métodos mais eficazes para o reconhecimento do grau de fragilidade da pessoa idosa, assim como, de promover saúde de pessoas idosas, no âmbito individual, familiar, comunitário e institucional. A atenção à saúde primária no Brasil, assim como as organizações da rede de atenção à saúde da pessoa idosa, preconiza a utilização de instrumentos já validados, para a avaliação contínua dessas pessoas junto à rede de saúde, tendo por meta, reconhecer o mais precoce possível, sinais de fragilidade e vulnerabilidade. (APOSTOLO, 2012; CARNEIRO et al.; 2017).

Atenta-se também para a vulnerabilidade, quando se avalia as condições sociais e de saúde envolvidas no contexto social que interferem significativamente no processo de envelhecimento.

Esse trabalho surgiu do interesse em estudar o grau de funcionalidade de pessoas idosas que moram sozinhas em um condomínio público. O município de Campina Grande, Paraíba, Brasil, é contemplado por uma iniciativa do Governo do Estado, que criou o Condomínio Cidade Madura, um programa habitacional promovido pela Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP), cujo objetivo é de promover acesso à moradia adequada às necessidades das pessoas com idade igual ou maior de 60 anos, desde que ainda sejam autônomas e independentes e que não tenham com quem morar (CEHAP, 2014).

Esse programa habitacional se adequa ao Artigo 37 do Estatuto do Idoso, que reza sobre o direito à moradia digna, esteja à pessoa em companhia de familiares ou quando não, morar em condições adequadas, esteja em casa, em instituição ou em qualquer tipo de habitação, mas que esta seja condizente as condições de vida (BRASIL, 2003).

Os condomínios da maturidade compreendem uma modalidade habitacional ainda recente no Brasil que se faz presente em poucos estados brasileiros. O programa habitacional de condomínio público tem apresentado por objetivo proporcionar moradia honrada, com manutenção e promoção da qualidade de vida a pessoas idosas. Também considerados como espaços sociais prevendo a valorização do convívio e interação entre os indivíduos. Geralmente, esses espaços apresentam estrutura física planejada e adequada às especificidades das pessoas idosas, contribuindo para a manutenção da autonomia e independência. Isto porque existem regras no condomínio público que ditam sobre: as pessoas idosas deverão ser independentes, as taxas de moradia cobradas deverão ser de ordem simbólica, a autonomia para entrar e sair das residências deverá ser garantida aos condôminos e a organização e funcionamento dos horários deverão ser decididas de forma coletiva (TESTON; MARCON, 2013).

Considerando ser uma ação importante para a manutenção da autonomia da pessoa idosa e por considerar também que no Estado da Paraíba, houve um investimento do governo em criar uma proposta considerada inovadora na área da habitação popular junto à pessoa idosa. Esse estudo parte da proposição que, torna-se essencial reconhecer a funcionalidade global dos residentes desse condomínio, levando em consideração que o morar só, como é o caso das pessoas idosas que lá residem, requer acompanhamento constante do padrão de saúde dessas, para que sua autonomia e independência aconteçam de forma o mais prologada possível. E isso, é considerado como uma prerrogativa essencial dentre as políticas públicas traçadas para a própria população: ao avaliar a funcionalidade da pessoa idosa haverá meios de prever as vulnerabilidades e preveni-las, nessa etapa do ciclo vital. (CEHAP, 2014; BRASIL, 2003).

Dentro das justificativas e proposições supracitadas, esse estudo foi realizado, compreendendo que o processo de envelhecimento é natural e inevitável e acarreta, ao longo dos anos, declínio funcional dos diversos sistemas orgânicos. Logo, o objetivo do estudo foi descrever condições sociais e demográficas e funcionalidade da pessoa idosa residente em um condomínio público, situado no município de Campina Grande/PB, como parte do acompanhamento da avaliação da funcionalidade anual do condomínio.

## **PROCEDIMENTO METODOLÓGICO**

Tratou-se de um estudo transversal e descritivo com abordagem quanti-qualitativa.

O período de realização da pesquisa se deu entre novembro de 2016 a maio de 2017.

O universo era constituído de 34 residentes, destes, quatro foram excluídos por não estar na residência nos dias de coleta de dados e não participar da primeira etapa. Logo, a amostra foi composta por 30 participantes. A amostra da pesquisa foi do tipo censitário e envolveu todos os moradores que se dispuserem a participar do estudo de acordo com critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos.

Critérios de inclusão: ter mais de 60 anos de idade, ser morador do condomínio, conseguir participar de todas as etapas do estudo. Critérios de exclusão: ter menos de 60 anos de idade, não ser morador do condomínio, e desistir das etapas avaliativas.

O presente projeto aconteceu seguindo duas etapas pré-determinadas: Etapa I: consistiu na avaliação da cognição (Avaliação do Mini Exame Mental - MEEM) e dados sociais e demográficos; Etapa II: avaliação da funcionalidade global do idoso, incluindo o uso do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20). Além da descrição conservativa por diário de campo de todos os momentos vivenciados na coleta de dados. Os dados foram coletados através da visita às residências, mediante técnica de entrevista utilizando-se dos seguintes instrumentos: a) Questionário semiestruturado de dados sociais e demográficos; b) MEEM; c) IVCF-20; d) diário de campo.

Para caracterização do perfil social e demográfico dos participantes foi aplicado um questionário sócio e demográfico, estruturado com questões sobre: sexo, idade, estado civil, escolaridade, religião, trabalho, aposentadoria, renda mensal e suficiência da renda para os custos diários.

O MEEM é considerado um dos exames clínicos para rastreamento de suspeita de declínio cognitivo e aferição de cognição, e é utilizado em pessoas idosas, estando presente em grande parte das pesquisas em geriatria e gerontologia. Trata-se de uma escala original composta por duas seções que medem funções cognitivas. As pontuações obtidas com a aplicação do MEEM são ajuizadas conforme a escolaridade dos participantes. Para idosos sem escolaridade o ponto de corte é 17, idosos com escolaridade entre um e quatro anos deve obter pontuação mínima de 22, para os idosos com escolaridade entre cinco e oito anos a pontuação de corte é 24, e 26 para os que possuem nove anos ou mais de escolaridade. Dessa forma, seguindo a risca os pontos de corte de acordo com os critérios pré-definidos os participantes foram classificados como sugestão para demência ou cognição preservada (BRUCKI et al.; 2003).

O IVCF-20 consiste no rastreamento rápido da funcionalidade global da pessoa idosa, avaliação dos sistemas funcionais (cognição, humor, mobilidade, comunicação), sistemas fisiológicos principais. O instrumento contempla 20 questões distribuídas em oito seções

(idade, auto percepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40, quanto mais alto o valor obtido, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. Permite classificar o idoso em Idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, Idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional e Idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (MORAES, 2016).

Os diários de campo auxiliaram no registro de dados qualitativos resultantes das observações dos pesquisadores sobre as condições do condomínio e as demandas percebidas em função de sua organização, disposição de serviços e localização. Essa ferramenta é discutida como instrumento relevante para registro de estratégias metodológicas e, sobretudo, para auxiliar na compreensão do objeto de estudo tomado em suas múltiplas dimensões e inter-relações (ARAUJO, 2013).

Os dados foram cuidadosamente analisados à luz da estatística descritiva. Os resultados de cada escala foram analisados e classificados de acordo com os escores pré-estabelecidos por cada instrumento. Foram realizadas a ordenação e catalogação dos dados, obtidas as médias, medianas. Os registros dos diários de campo são descritos em função das demandas observadas in loco e funcionam como complemento aos resultados quantitativos.

Os resultados para a classificação da avaliação funcional dos idosos foram pautados na padronização do IVCF-20. De acordo com validade e acurácia do escore estabelecido, há a especificação do grupo com fragilidade clínico-funcional os que apresentaram escore  $\geq 7$  pontos. Dessa forma, para avaliação do diagnóstico clínico-funcional foram seguidos todos os escores de acordo com os critérios estabelecidos: 0-6 pontos foram classificados como idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional; 7-14 pontos para idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional; e  $\geq 15$  como idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (MORAES et al.; 2016).

Esta pesquisa seguiu as recomendações preconizadas pela Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Para tal, este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob número de protocolo aprovado CAEE 53763815.0.0000.5187.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Dados sociais e demográficos

Os resultados evidenciaram que dos 30 moradores, a maioria pertencia ao sexo feminino 20 (66,6 %) e 10 (33,4%) eram do sexo masculino. Entre os participantes, 23 (76,6%) estavam na faixa etária entre 60-74 anos, seis (20%) entre 75-84 anos e apenas um (3,4%) com idade igual ou mais de 85 anos. Com relação ao nível de escolaridade: 11 (36,6%) das pessoas eram sem escolaridade, nove (30,0%) afirmaram estudar até quatro anos, cinco (16,7%) estudaram entre 4-8 anos e cinco (16,7%) estudaram mais de oito anos. Quanto à prática religiosa, metade 15 (50%) referiu o catolicismo, 12 (40%) a religião evangélica, 1 (3,3%) como espírita e 2 (6,7%) referiram como pertencente a outros credos que não mencionaram denominação.

Contextualizando o estado civil e o morar sozinho, dentre os 30 residentes, nove (30,0%) disseram-se solteiros, oito (26,6%) eram divorciados, cinco (16,6%) eram viúvos e apenas oito (26,6%) eram casados, e moravam juntos como casal. Ou seja, a grande maioria 22 (73,3%) morava sozinha.

Outro questionamento essencial dentre os dados sociais e demográficos, discorre sobre variáveis econômicas, como: trabalho, aposentadoria, responsável financeiro da residência e da família, renda familiar e se a renda cobre as despesas com as necessidades.

Com relação à aposentadoria, 18(60%) responderam sim e 12(40%) não; 08 (26,7%) responderam que ainda trabalham e 22(73,3%) que não; 28 (93,3%) responderam que eram os principais responsáveis pelo sustento da residência. Observou-se que 16 (53,3%) dos idosos considera que sua renda é apta a cobrir suas necessidades, e 14 (46,7%) responderam que não. Sobre a renda familiar entre os participantes, 22 (73,3%) foi citada como de até R\$937,00, cinco (16,6%) recebem entre R\$938,00-1.499,00, um (3,3%) recebe entre R\$1.500,00-2.499,00, um (3,3%) recebe entre R\$2.500,00-3.000,00 e um (3,3%) afirmou não possuir uma renda fixa (o valor do salário mínimo correspondia na época do estudo era de R\$937,00).

### Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): como averiguação de declínio cognitivo

Dos 30 participantes analisados com o MEEM, 16 (53,3%) obtiveram escores totais acima de 23 sendo considerados com cognição preservada e 14 (46,7%) obtiveram resultado total abaixo ou igual a 22 e foram classificados como sugestão para demência (TABELA 01).

**Tabela 01 – Distribuição das pessoas idosas residentes do condomínio que se submeteram ao Mini-exame mental (MEEN), n=30, Campina Grande/PB, Brasil, julho 2017.**

Variáveis	Frequência	%
Cognição preservada	16	53,3
Sugestão para demência	14	46,7
Total	30	100,00

Houve evidências que os indivíduos idosos residentes do condomínio, na sua maioria, tinham baixa renda econômica, eram solitários (solteiros ou viúvos), apresentaram algumas patologias de base. Esses fatores se agravam quando associados à frequência de déficits de cognição com sugestão para demência. Verificou-se que 14 (46,7%) dos idosos apresentaram taxas de déficits cognitivos que merecem maior atenção, diante da proposta social do condomínio.

#### **Avaliação da funcionalidade global através do IVCF-20.**

Foi verificado que maioria não apresenta indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional, considerando-se que dos onze indicadores todos, por unanimidade pontuaram abaixo da classificação para indicar a vulnerabilidade. Dos indicadores de vulnerabilidade os mais evidenciados foram os relacionados à independência da pessoa idosa: mobilidade, capacidade aeróbica, marcha, incontinência esfincteriana, evidenciando que 12 tiveram pontuação para a marcha.

Dos indicadores relacionados à autonomia, os mais afetados foram: cognição, humor e comunicação. (TABELA 02)

**Tabela 02 – Distribuição dos IVCF-20 das pessoas idosas residentes do Condomínio Cidade Madura, n=30, Campina Grande/PB, Brasil, julho 2017.**

Indicadores de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)	Frequência	%
<b>1. Idade em anos</b>		
60-74	23	76,6
	6	20

75-84	01	3,3
≥ 85		
<b>2. Autopercepção da saúde</b>		
Excelente, muito boa e boa	25	83,3
Regular ou ruim	05	16,6
<b>3. Incapacidades funcionais</b>		
Sim	01	3,3
Não	28	97,7
<b>4. Cognição</b>		
Sim	6	20
Não	24	80
<b>5. Humor</b>		
Sim	11	36,6
Não	19	63,3
<b>6. Mobilidade</b>		
Sim	6	20
Não	24	80
<b>7. Capacidade aeróbica e muscular</b>		
Sim	7	23,3
Não	23	76,7
<b>8. Marcha</b>		
Sim	12	40
Não	18	60
<b>9. Incontinência esfincteriana</b>		
Sim	7	23,3
Não	23	76,7
<b>10. Comunicação</b>		
Sim	9	30
Não	11	36,6
<b>11. Comorbidades múltiplas</b>		
Sim	5	16,6
Não	25	83,3

Total	30	100,0
-------	----	-------

Levando em consideração a classificação de acordo com os escores pré-estabelecidos por estudo (MORAES, 2016), foi possível evidenciar que dos 30 participantes, 18 apresentaram a classificação como BAIXA vulnerabilidade e 12 como MODERADA vulnerabilidade. Não houve nenhum caso de ALTA vulnerabilidade.

### **Registros dos diários de campo**

Observou-se que no condomínio há uma necessidade iminente de atuação junto à prática esportiva e mobilidade de idosos residentes com vistas à promoção da saúde, além de falta de acessibilidade a zona urbana do município, pois o condomínio fica a uma distância aproximada de 10Km do Centro da cidade, num bairro periférico da cidade, que não proporciona aproximação com comércio e centro urbano. Há ônibus coletivo, mas que passa distante do condomínio, sendo assim, deveria ter um ponto de apoio nas proximidades do local.

A maioria dos indivíduos que moram no referido condomínio apresentam-se ainda com autonomia e independência, por isso há uma necessidade real da continuidade desse processo ser ativo, para que se possa realmente estar sozinho sem que haja empecilhos para o seu bom desenvolvimento.

Verificou-se que há vantagens de morar no condomínio (as residências são bem planejadas, o ambiente do condomínio é sossegado e seguro), porém há risco de vulnerabilidade, principalmente relacionado ao aspecto da solidão. Evidenciou-se que a grande maioria das pessoas que nele reside, moram sozinhas, e quando há necessidade de ajuda ou colaboração para alguma eventualidade que venha a discorrer sobre suas atividades instrumentais e básicas de vida, estes só poderão contar com vizinhos do condomínio. Pois, na condição de condomínio, como programa social de habitação, há uma regra de que não deverá haver presença de parente e/ou familiar do residente morando com a pessoa idosa. Questiona-se então, e quando houver declínio funcional dos mesmos, quem poderá socorrer ou ajudar nas atividades básicas e instrumentais de vida diária?

O Programa Condomínio Cidade Madura disponibiliza de equipe de saúde local que fornece suporte, caso necessário, com avaliação prévia de recursos de ajuda, e se acaso houver necessidade de cuidador, a pessoa é encaminhada para uma instituição de longa permanência

para idosos. Dentre a observação empírica presenciada durante a investigação científica desse estudo foi percebido que as pessoas idosas do condomínio precisam ser estimuladas à prática da atividade física, pois no espaço dentro do condomínio há uma praça de ginástica, porém, há ausência de profissionais que se utilizem desse dispositivo e que orientem as pessoas idosas no exercício diário.

Verificou-se que há vantagens de morar no condomínio (as residências são bem planejadas, o ambiente do condomínio é sossegado e seguro), porém há risco de vulnerabilidade, principalmente relacionado ao aspecto da solidão. Evidenciou-se que a grande maioria das pessoas que nele reside, moram sozinhas, e quando há necessidade de ajuda ou colaboração para alguma eventualidade que venha a discorrer sobre suas atividades instrumentais e básicas de vida, estes só poderão contar com vizinhos do condomínio. Pois, na condição de condomínio, como programa social de habitação, há uma regra de que não deverá haver presença de parente e/ou familiar do residente morando com a pessoa idosa. Questiona-se então, e quando houver declínio funcional dos mesmos, quem poderá socorrer ou ajudar nas atividades básicas e instrumentais de vida diária?

O Programa Condomínio Cidade Madura disponibiliza de equipe de saúde local que dará suporte caso necessário, com avaliação prévia de recursos de ajuda, e se acaso houver necessidade de cuidador, a pessoa é encaminhada para instituição de longa permanência para idosos (segundo informações colhidas por diário de campo).

Dentre a observação empírica presenciada durante a investigação científica desse estudo foi observado que as pessoas idosas do condomínio precisam ser estimuladas à prática da atividade física, pois no espaço dentro do condomínio há uma praça de ginástica, porém, há ausência de profissionais que se utilizem desses e que orientem as pessoas idosas no exercício diário.

O presente estudo observou que a maioria dos indivíduos que moram no referido condomínio, apresentam-se ainda com autonomia e independência e que há uma necessidade real da continuidade desse processo ser ativo, para que se possa realmente está sozinho na sua condição de morar só.

### **Discussões sobre os resultados**

O estudo evidenciou que há necessidade de ampliação de estudos que visem contemplar os condomínios como espaços na rede de apoio a pessoa idosa no Brasil. Estudo revela a necessidade de se investigar a saúde das pessoas idosas residentes em condomínios para pessoas idosas, considerando que para morar sozinho há necessidade de saúde e de convívio social, por isso, quando se pretende ir para um condomínio para idosos haverá de ter

rede de suporte necessário para que não haja riscos de insegurança ao indivíduo que dele procura. Há dois aspectos que se entrecruzam, quando da adoção do morar em condomínios, principalmente se ele for do tipo unipessoal, ou seja, de uso do próprio indivíduo. Nesses casos, há manutenção da autonomia, por outro lado há vulnerabilidade quando gera precariedade ao idoso em situações de adoecimento (TESTON; MARCON, 2013).

A avaliação em saúde atrelada as boas condições de moradia e incentivo ao envelhecimento ativo e saudável, determinarão a presença de autonomia e independência e postergação de incapacidades e declínio funcional o mais longínquo possível (GAUTERIO, 2013).

A avaliação da cognição pelo MEEM e pelo IVCF-20 resultou numa discrepância quanto ao índice que propõe déficit cognitivo, considerável indicador de vulnerabilidade no envelhecimento. O MEEM demonstrou maior sensibilidade para o rastreio cognitivo, confirmando a sua relevância no acompanhamento das funções cognitivas em idosos (A larga difusão desse instrumento motivou sua aplicação na presente pesquisa. Observa-se que o aumento da idade associado a condições como o nível de escolaridade, a ocupação profissional ao longo da vida e a participação em atividades de lazer oferecem riscos ao envelhecimento cognitivo, cujos agravos são o aparecimento de sintomatologia clínica de demência (SOBRAL; PAÚL, 2015).

Evidenciou-se que dentre as pessoas idosas do condomínio, algumas já apresentam risco moderado segundo avaliação do IVCF-20, fato que reforça a necessidade da constante avaliação, para que ações sejam realizadas no sentido de preservar a capacidade funcional da população idosa residente em condomínios.

Sendo assim, intervenções em saúde, por meio de ações educativas e até mesmo reparadoras, se fazem necessárias na busca pelo envelhecimento ativo e atenção integral. Estratégias que envolvem a criação de ambientes de apoio que promovam hábitos saudáveis, bem como ações coletivas da ESF direcionadas a realidade local dos idosos do condomínio, são pontos que devem ser trabalhados (GAUTERIO, 2013).

Há uma necessidade de buscar meios de promoção de saúde e prevenção de incapacidades através do reconhecimento do diagnóstico prévio da condição de funcionalidade do grupo estudado, além da manutenção da interação com o grupo de idosos envolvidos com práticas educativas que posterguem as incapacidades advindas com o avançar da idade, relacionadas à autonomia e a independência.

Após avaliação das condições sociais e demográficas e a funcionalidade da pessoa idosa no condomínio, há o que se refletir e discutir acerca do morar sozinho nos condomínios unipessoais.

Os condomínios para idosos, como é o caso do Condomínio Cidade Madura, vem se apresentando como uma proposta de condomínio unipessoal, para idosos autônomos, pois se volta a idosos solitários com renda social precária que precisa de apoio governamental para morar com dignidade em ambiente seguro para a pessoa idosa.

De acordo com a produção científica sobre moradia para idosos, estudos (TESTON; MARCON, 2013; FREIRE; CARNEIRO-JUNIOR, 2017) revelam que há aumento na tendência de habitações para idosos autônomos. Esse fato é garantido devido ao próprio aumento do envelhecimento populacional, mudanças nos padrões tradicionais de formação de famílias, necessidade de independência e autonomia do mundo contemporâneo e melhoria das condições de vida da população em geral, tudo isso favorece ao estímulo desse tipo de empreendimento. Porém, há o que se refletir sobre o viver sozinho com autonomia na velhice, pois essa situação exigirá saúde para a convivência social e manutenção do autocuidado, pois nessa fase há também processo de fragilização que poderão desencadear dependências de suporte de cuidado que vá de encontro à proposta de habitação unipessoal (TESTON; MARCON, 2013).

Através desse estudo, foi questionado aos idosos, se há prática de atividade física dentro do condomínio. Os idosos por unanimidade responderam que embora tivesse uma área destinada a atividade física, poucos são os idosos que dela usam, pois não há profissionais que deem suporte e orientem a ação junto aos que dela usem. Eles afirmaram se sentirem muito sozinhos e sem estímulos.

Estudos corroboram sobre a importância do estímulo às atividades de lazer e iniciativas de promoção de saúde dentre grupos de idosos visando à melhoria da autonomia e independência funcional. Considerando que o comprometimento cognitivo, é um dos aspectos mais observados como declínio da capacidade funcional do indivíduo no seu cotidiano, implicando perda de independência e autonomia, a qual varia de acordo com o grau de gravidade, com conseqüente perda da qualidade de vida da pessoa idosa. (BARBOSA et al.; 2017; MACHADO, 2011).

Há relação entre o declínio cognitivo e os fatores associados à situação de saúde: quanto menos atividades físicas mais chances de apresentar declínio cognitivo. Há, então, uma necessidade urgente de ampliar recursos e ações relacionadas à otimização de atividade

física programada e supervisionada nos diversos cenários de atenção à pessoa idosa, principalmente os condomínios programadas para a faixa etária (BARBOSA et al.; 2017).

Observações registradas em diário de campo, como por exemplo, discorrem sobre que há uma distância do condomínio a zona central urbana de aproximadamente 8 km, da ausência de maior número de atividades programadas em prol da promoção da saúde de vida, e o convívio com outras pessoas, tudo isso foi evidenciado e elucidam a necessidade de gregarismo pelas pessoas idosas residentes no Condomínio. A pessoa idosa precisa mais do que habitação, e sim de acolhimento e de estímulo para morarem em um local especial para o grupo, com conforto físico, mental e social. Os condomínios apenas serão vistos como locais apropriados para pessoas idosas, quando fornecerem além da habitação, qualidade de vida para os que deles utilizam. E isso inclui mobilidade aos centros urbanos, estímulo à prática esportiva e participação social. Sendo assim, há uma necessidade de incremento de iniciativas em conjunto ao Governo Estadual visando buscar meios que venham a melhorar a vida das pessoas.

Verificou-se também que houve uma descrição do perfil social e demográfico das pessoas idosas em relação à renda familiar baixa, baixa escolaridade e o morar sozinho, todos esses fatores interferem diretamente na saúde de pessoas idosas (TESTON; MARCON, 2013).

Percebeu-se, então, que mesmo dentro de uma avaliação funcional que permitiu a detecção que os idosos possuem um baixo ou moderado índice de vulnerabilidade clínico-funcional, esses já apresentam alguns déficits relacionados à funcionalidade que interfere na autonomia e independência, no que diz respeito à cognição, humor, comunicação e mobilidade.

Na velhice, a terminologia “vulnerabilidade” tem sido utilizada entre os gerontólogos e especialista para se referir aos idosos com susceptibilidade para desenvolver incapacidades, ou para indicar os idosos com condições individuais e sociais desfavoráveis e que possuem menos acesso a oportunidades para atingir níveis satisfatórios de bem-estar, saúde e independência (SALMAZO-SILVA; LIMA-SILVA, 2012). Contudo, nem todos os idosos com susceptibilidade a incapacidades as desenvolvem, e nem todos os idosos com condições sociais desfavoráveis terão piores condições de saúde ou de vida (SILVA; LIMA; GALHARDONI, 2010).

Através das observações feitas em campo de pesquisa, percebeu-se que no Condomínio Cidade Madura, as pessoas idosas vivem sozinhas no seu espaço residencial, no que se refere à execução das atividades de vida diária e instrumentais de vida, pois não podem dispor de mais pessoas para morarem nas residências, considerando que o condomínio é um

programa público habitacional voltado ao idoso que mora só, e essa é a grande questão. A indagação que se faz é que a forma como é programa os condomínios públicos para idosos, deve ser inseridos apoio institucional para casos de fragilidade. Estudo aponta que os maiores enfrentamentos dos idosos que vivem sozinhos estão relacionados às enfermidades, esses são considerados como obstáculos para realização do autocuidado, à necessidade de segurança física e à insuficiência econômica, denotando também que as possibilidades de solução são dificultadas pelo viver/ envelhecer solitário (RAMOS et al.; 2015).

Neste contexto, a partir do reconhecimento da existência desses Condomínios para Idosos, surgiram reflexões e inquietações pessoais relacionadas à vivência dos idosos nesta nova modalidade habitacional. Onde, além de proporcionarem o direito de uma habitação digna, ocorre uma valorização para a manutenção da qualidade de vida de seus habitantes, fator este que constitui importante parâmetro de avaliação de políticas públicas (TESTON; MARCON, 2013).

Contextualizando que o envelhecimento é um processo heterogêneo, natural e individual, doenças crônicas são mais frequentes nessa faixa etária, mas nem sempre é o único indicador de dependência funcional. Ou seja, indivíduos com o mesmo diagnóstico clínico podem ter a capacidade funcional absolutamente distinta um do outro. Logo, deverá haver a investigação da saúde, da doença, da dependência e das incapacidades que afetam uma pessoa, principalmente quando ela envelhece (MORAES, et al.; 2016).

Considerando que a funcionalidade global é à base do conceito da saúde do idoso, no que infere a capacidade individual de satisfação das suas necessidades biopsicossociais, o estudo da funcionalidade induz a averiguação dos conceitos de autonomia e independência (MORAES et al.; 2016).

A saúde integral da pessoa idosa predita nos manuais se reporta a participação da vida em comunidade, em coletividade, em redes sociais que valorizam a afetividade, a vida comunitária e a justiça social. A sociedade precisa rever as políticas públicas orientadas pela seguridade social para prevenção de inseguranças que gerem mais vulnerabilidades a grupos sociais, como no caso da pessoa idosa (SCHUMACHER; PUTTINI; NOJIMOTO, 2013).

As marcas da heterogeneidade entre indivíduos idosos induz também que essa averiguação seja motivo de investigação contínua de fragilização da pessoa idosa em espaços criados em épocas de envelhecimento populacional. Pretende-se com esse estudo dar continuidade a um processo de avaliação permanente de todos os residentes que moram no condomínio, analisando e vendo as possibilidades de atuação em outras fontes de solidariedade a condição humana de envelhecer com dignidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Evidenciou-se no condomínio da maturidade que a maioria dos participantes pertencia ao sexo feminino, pertencia a uma faixa etária entre 60-84 anos, não frequentou a escola ou frequentou menos de quatro anos e 73,3% das pessoas idosas mora sozinhas em suas residências e apresentam renda mensal de um salário mínimo.

Dos dados que avaliaram a funcionalidade, em relação à aplicação do MEEN, como avaliação da cognição, verificou-se dos 30 participantes, 14 (53,3%) apresentaram com sugestão para demência. Esse dado fomenta a ideia de que nesses condomínios para idosos deverá haver uma programação de saúde voltada a otimização das condições de saúde seja no campo físico, psicológico, social e espiritual.

Com relação ao diagnóstico clínico-funcional utilizando o IVCF-20, evidenciou-se que a maioria dos das pessoas idosas se apresentaram com baixo e moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional. Sendo uma prerrogativa essencial para o desenvolvimento de estratégias que venham continuamente avaliar as condições funcionais e clínicas desses espaços de habitação. Não do ponto de vista de vigilância, mas sim, de promoção de qualidade de vida e saúde nesses locais.

Diante dos resultados, é possível concluir que a avaliação dos dados sociais e demográficos e da funcionalidade em pessoas idosas residentes em condomínios são estratégias essenciais na detecção precoce de possíveis incapacidades, podendo servir como base para o desenvolvimento de estratégias e ações voltadas para as necessidades específicas da clientela. Tendo por meta a promoção do envelhecimento ativo e saudável conforme predito em Leis que asseguram a dignidade da saúde e o envelhecimento nos moldes nacionais e internacionais.

A utilização do IVCF-20 colaborou sobremaneira na triagem rápida e eficaz na realização da avaliação funcional do idoso.

Os limites do estudo estiveram relacionados à ausência de alguns idosos da sua residência nos dias de coleta. Os dados obtidos servirão de avaliação contínua da funcionalidade no local de pesquisa, que colaborará sucessivamente com a equipe de saúde do condomínio, com a pessoa idosa principalmente e com a gestão pública na busca por qualidade de vida dos moradores de condomínios públicos para idosos.

## **REFERÊNCIAS**

APÓSTOLO, J. L. A. **Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)**. Coimbra, 2012. 118 p.

ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Mato Grosso, v. 15, n. 3, p.53-61, jul./set. 2013.

BARBOSA, K. T. F. et al. AGING AND INDIVIDUAL VULNERABILITY: A PANORAMA OF OLDER ADULTS ATTENDED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.2-10, 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, [s.l.], v. 61, n. 3, p.777-781, set. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-282x2003000500014>.

CARNEIRO, J. A. et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 70, n. 4, p.747-752, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0633>.

CEHAP – Companhia Estadual de Habitação Popular. Cidade Madura em Campina, Viva a vida. Governo do Estado, 2014.

FREIRE, R. M. H.; CARNEIRO JUNIOR, N.. Scientific production on housing for autonomous elderly persons: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 5, p.713-721, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170065>.

GAUTÉRIO, D. P. et al. Ações educativas do enfermeiro para a pessoa idosa: Estratégia Saúde da Família. **Revista de Enfermagem Uerj**, v. 21, n. 6, p.824-828, dez. 2013. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12302/9580>>. Acesso em: 09 jun. 2019.

HAMMERSCHIMIDT, K. S. A. et al. Complexidade do cuidado de enfermagem ao idoso: reflexões sobre a abordagem ecossistêmica da saúde DOI. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 1, p.198-203, 9 out. 2013. Universidade Estadual de Maringá. <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v12i1.17973>.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 27, n. 1, p.165-180, abr. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-69922012000100010>.

MACHADO, J. C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.109-121, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232011000100012>.

MARI, F. R. et al. The aging process and health: what middle-aged people think of the issue. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.35-44, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14122>.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 19, n. 3, p.507-519, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos conceituais**. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2012. 98 p.

MORAES, E. N. et al. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, p.1-10, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>.

RAMOS, G. C. F. et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 64, n. 2, p.122-131, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067>.

SALMAZO-SILVA, H.; LIMA-SILVA, T. B. Vulnerabilidade e aspectos biopsicossociais da velhice. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, p.1-5, dez. 2012.

SCHUMACHER, A. A.; PUTTINI, R. F.; NOJIMOTO, T.. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p.281-293, 2013.

SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, São Paulo, p.867-877, 2010.

SOBRAL, M.; PAÚL, C. Reserva cognitiva, envelhecimento e demências. **Revista E-psi**, --, v. 5, n. 1, p.113-134, 2015. Disponível em: <<https://revistaepsi.com/wp-content/uploads/artigos/2015/Ano5-Volume1-Artigo6.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2019.

TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Condomínio do idoso: desafio à assistência de enfermagem na atenção primária. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 1, p.1-2, 2013.

## CONHECIMENTO E PRÁTICA DE IDOSOS DIABÉTICOS SOBRE A PREVENÇÃO DE LESÕES NOS PÉS

Francilene Jane Rodrigues Pereira<sup>1</sup>  
Helane da Nóbrega Fernandes<sup>2</sup>  
Thaís Grilo Moreira Xavier<sup>3</sup>  
Emília Guilherme da Silva<sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** O pé diabético é considerado uma complicação do Diabetes Mellitus e responsabiliza-se pela maior causa de amputações de membros inferiores. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e as práticas preventivas sobre os cuidados com os pés em idosos portadores de Diabetes Mellitus atendidos ambulatoriamente em um hospital escola. **Método:** pesquisa exploratória descritiva com abordagem quantitativa, realizada com 33 idosos diabéticos. A coleta de dados ocorreu em janeiro de 2017 por meio de aplicação de questionário após aprovação do Comitê de ética. Utilizou-se da análise estatística descritiva com frequências absoluta e relativa para apresentação dos resultados em tabelas. **Resultados:** A maioria (63,6%) dos 33 idosos diabéticos foram do sexo feminino, 21,2% analfabetos e 30,3% com ensino fundamental incompleto. 66,6% dos idosos entrevistados não apresentavam conhecimento a respeito do tipo da sua Diabetes Mellitus, 15,1% já foram acometidos pelo pé diabético e grande parte deles (87,8%) nunca participaram de atividades educativas sobre a temática. No entanto, apesar de apontarem práticas também errôneas, relataram algumas práticas preventivas, demonstrando algum conhecimento sobre a prevenção do pé diabético. **Conclusão:** O comprometimento dos profissionais de saúde e dos gestores com capacitações e educação permanente pode vir a representar fator determinante na prática da educação em saúde preventiva da lesão nos pés de idosos diabéticos, reduzindo assim, as ocorrências e consequentemente, as complicações.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus; Pé diabético; Idosos.

### INTRODUÇÃO

São inegáveis os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde nos múltiplos cenários do território brasileiro e especificamente, quando se direciona para a linha de cuidado do Diabetes Mellitus, é notório que com a assistência da atenção primária e o bom manejo deste problema, muitas hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares podem ser evitadas.

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem

<sup>1</sup>Doutora em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [francilenejane@gmail.com](mailto:francilenejane@gmail.com);

<sup>2</sup>Especialista na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [helanenfernandes@hotmail.com](mailto:helanenfernandes@hotmail.com)

<sup>3</sup>Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [thaisgmx@hotmail.com](mailto:thaisgmx@hotmail.com);

<sup>4</sup>Graduada em Enfermagem pela Faculdade Ciências Médicas da Paraíba, [emiliaguilherme@bol.com.br](mailto:emiliaguilherme@bol.com.br);

aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial (BRASIL, 2013, p.19).

Uma epidemia de DM está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens (BRASILE, 2016, p.17).

No princípio da doença, os maiores riscos estão relacionados à hiper ou hipoglicemia. Enquanto que no decorrer dos anos, além destes, acrescentam-se os riscos de disfunção e falência de vários órgãos, especialmente dos rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (CEOLIN, 2011, p. 144).

Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Por isso, a detecção de retinopatia, nefropatia, neuropatia e pé diabético devem ser realizados em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso. As complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia e a neuropatia diabéticas (BRASILc, 2013, p.30).

O número de diabéticos vem aumentando em virtude do crescimento do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com essa patologia. Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com Diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos de maneira racional (BRASILE, 2016, p.17).

A incidência anual de úlceras em pacientes DM situa-se entre 2 e 4% e a prevalência, 4 a 10%; estimando-se serem mais altas em países com baixa situação socioeconômica (BRASILE, 2016, p.137).

O pé diabético é considerado uma complicação do DM e responsabiliza-se pela maior causa de amputações de membros inferiores. Geralmente consequente à infecção, ulceração e/ou destruição dos tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e a vários graus da doença vascular periférica nos membros inferiores (MMII). Configura-se uma causa comum de invalidez diante da possível amputação do membro afetado e ainda contribui para a diminuição da qualidade de vida do diabético. A úlcera ocorre no dorso, dedos ou bordas do pé e, geralmente, está associada ao uso de calçados inadequados e é mais frequente em homens

devido ao mau controle das complicações crônicas. Para evitar seu aparecimento são necessárias orientações de medidas preventivas e de autocuidado ao portador (CUBAS et al, 2013, p.649).

As lesões do pé diabético resultam da combinação de dois ou mais fatores de risco que atuam concomitantemente e podem ser desencadeadas tanto por traumas intrínsecos como extrínsecos associados à neuropatia periférica (NP), à doença vascular periférica (DVP) e à alteração biomecânica (MENDONÇA et al, 2016, p.287). Sabe-se que grande proporção dos leitos hospitalares em emergências e enfermarias, nos países em desenvolvimento, é ocupada por pacientes com úlceras de pé diabético. Anualmente, um milhão de indivíduos com DM perde uma parte da perna em todo o mundo, traduzindo-se em três amputações por minuto (BRASILf, 2017, p.273).

Tais lesões acometem grande parte das pessoas idosas com DM. Quando se trata desse grupo etário, dois grandes erros devem ser continuamente evitados. O primeiro é considerar que todas as alterações que ocorrem com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças e o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários, originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASILa, 2006, p. 09).

Nesse interim, o maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita tratando-os, por vezes, como inválidos socialmente (BRASILa, 2006, p. 09).

Ainda no contexto do cuidado à pessoa idosa, o Ministério da Saúde (MS) por meio do Pacto pela Vida estabelece competências no sentido de promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde, e fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde do idoso, visando à troca de experiências e de conhecimento (BRASILd, 2015).

Diante do exposto e considerando as complicações do DM, o problema que se apresenta é a ausência de informações sobre a prática de cuidado com os pés utilizada por idosos diabéticos acompanhados ambulatoriamente. Nesse sentido, questiona-se: Qual o conhecimento e as práticas preventivas utilizadas por idosos diabéticos com relação aos

cuidados com os pés? Existem ações de educação em saúde repassadas a estes pacientes no serviço nos quais estes são atendidos?

Além dos dados apresentados pela literatura e das vivências na área, justifica-se a realização deste estudo em face da necessidade de informações precisas, objetivas e atualizadas sobre a temática com fins de transformar em conhecimento aos órgãos competentes, meio acadêmico e profissionais de saúde, a real dimensão do assunto, oportunizando serviços de saúde a prestarem uma assistência qualificada, voltada para os idosos com relação ao cuidado dos pés.

Assim, o objetivo desse estudo é analisar o conhecimento e as práticas preventivas sobre os cuidados com os pés em idosos portadores de DM atendidos ambulatoriamente em um hospital escola.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo exploratório, descritivo e quantitativo, cuja população pesquisada abrangeu idosos portadores de DM atendidos no segmento ambulatorial de endocrinologia de um hospital escola do município de João Pessoa - PB, tendo como público alvo, pacientes com retorno após o processo de internação ou egressos por meio de encaminhamento da atenção básica.

A coleta de dados foi programada para ser realizada no mês de janeiro de 2017 e para tanto o cálculo de tamanho de amostra foi realizado com base na população de idosos com idade a partir de 60 anos atendidos no mês de janeiro de 2016 no referido local de pesquisa, os quais foram contabilizados pelo Sistema de Registros, correspondendo a 50 (cinquenta), logo,  $N=50$ . Justifica-se a utilização do número de atendimentos do mês de janeiro do ano anterior a coleta como média de referência para o mesmo mês de pesquisa, posto que as consultas ocorrem no referido local, segundo tendências sazonais.

Aplicando-se a fórmula para uma proporção de uma população finita, utilizando-se como parâmetros: 95% de confiança ( $Z_{\alpha/2} = 1,96$ ) (indicando 95% de probabilidade de incluir o verdadeiro valor do parâmetro em estudo); 10 pontos percentuais de margem de erro (E) e uma proporção máxima ( $\hat{p} = 0,5$ ), gerou uma amostra de 33 (trinta e três) idosos. Os critérios de inclusão foram ser idoso (60 anos ou mais); possuir diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I ou II e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão pré-estabelecidos foram não possuir condições de responder aos questionamentos seja por déficit cognitivo que prejudicasse o entendimento das perguntas e, aqueles que se recusassem participar do projeto.

O instrumento utilizado para coleta de dados continha dados sociodemográficos de caracterização da amostra: sexo, idade e escolaridade, além de dados referentes ao diagnóstico, tipo do diabetes, presença de complicações, participação em grupos de educação em saúde, problemas referentes ao pé diabético e realização de práticas preventivas de lesões nos pés.

Os dados estatísticos foram analisados por meio do software Microsoft Office Excel® 2007 e apresentados por meio da distribuição de frequência (absoluta e relativa). Para descrever os resultados utilizaram-se tabelas.

Para o procedimento de realização da pesquisa, foram consideradas as observâncias éticas contempladas nas diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução nº 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, sobretudo no que diz respeito ao consentimento livre e esclarecido dos participantes, sigilo e confidencialidade dos dados.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, segundo o número CAAE: 61476216.0.0000.5183.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Ministério da saúde recomenda que a detecção do pé diabético deva ser realizada em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do caso (BRASILc, 2013, p.67). No intuito de visualizar esse cenário em idosos atendidos ambulatoriamente, seguem os resultados coletados no estudo e a discussão destes à luz da literatura.

Ao caracterizarmos a amostra, temos que dos 33 idosos diabéticos entrevistados, majoritariamente são do sexo feminino (63,63%). Relações semelhantes quanto ao gênero é também encontrada em outros estudos pesquisados onde houve um grande percentual e predomínio de mulheres (63,3%) (CUBAS et al, 2013, p.651; OLIVEIRA p.864, ZANETTI, 2011, p. 286). Tal fato, justifica-se possivelmente, pela maior procura desse sexo aos serviços de saúde. De acordo com a Política Nacional do Homem (BRASILb, 2008, p.06), os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer.

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural, a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde.

Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenhar e se responsabilizar por este aspecto (BRASILb, 2008, p.15).

**Tabela 1** -Caracterização da amostra do estudo. João Pessoa-PB, 2017.

Variáveis	Frequências	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	12	36,36%
Feminino	21	63,63%
<b>Faixa etária</b>		
60 – 70 anos	31	93,93%
70– 80 anos	02	6,06%
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	07	21,21%
Fundamental Incompleto	10	30,30%
Fundamental Completo	05	15,15%
Ensino Médio Incompleto	03	9,09%
Ensino Médio Completo	03	9,09%
Superior Incompleto	04	12,12%
Superior Completo	01	3,03%

Com relação à faixa etária dos idosos investigados, 93,9% estavam entre a faixa etária de 60-70 anos e 6,06%, entre 70-80 anos, demonstrando que quanto maior a faixa etária, menor a procura por serviços de saúde. Este dado confirma a afirmação de que da perspectiva da gestão do autocuidado, a diabetes nos idosos apresenta complexidades adicionais, relacionadas com problemas específicos da idade, como baixos níveis de independência, mobilidade reduzida, suporte social inadequado e reduzida capacidade para o autocuidado. Estes fatores são muitas vezes limitadores do acesso aos cuidados e o impacto na saúde e na qualidade de vida do idoso é muitas vezes subestimado pelos profissionais (TANQUEIRO, 2013, p. 152).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência - senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASILa, 2006, p.08).

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma fase em que, ponderando sobre a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados (MENDES, 2000, p.01).

Quanto à escolaridade, 51,5% declararam-se analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Fato esse, também encontrado em outras pesquisas onde os usuários apresentaram  $\pm 3,66$  anos de estudo e baixo grau de instrução, e ainda o percentual de 59% com até oito anos de estudo (RODRIGUES et al, 2011, p. 285; OLIVEIRA, p. 865; ZANETTI, 2011, p.286). A baixa escolaridade interfere no conhecimento e nos cuidados, pelo fato de muitas vezes não serem compreendidas as prescrições, os cuidados que devem ser realizados ou até mesmo quais medicamentos devem ser utilizados.

A tabela 2 apresenta o conhecimento sobre o tipo do DM, as complicações já apresentadas pelos pacientes e a participação em sessões de educação em saúde.

No que se diz respeito ao conhecimento do tipo da patologia, a maioria dos entrevistados se mostraram desinformados sobre o seu diagnóstico e o tipo de DM que possuem, 66,6% demonstraram não saber qual o tipo de DM que são diagnosticados, 27,2% afirmaram ser diagnosticados com o tipo II e 3,03% referiu ser diagnosticado com tipo I da patologia, reforçando, portanto, a necessidade de uma educação em saúde comprometida por parte da enfermagem.

Esse é um achado que merece atenção, reforçando ainda mais a necessidade de uma intervenção de educação em saúde por parte dos profissionais de saúde. Em estudo que avaliou escores de escolaridade e conhecimento da doença, foi observado que usuários que apresentaram escores inferiores a oito, indicaram resultado insatisfatório quanto ao autocuidado bem como dificuldades para o enfrentamento da doença (OLIVEIRA, ZANETTI, 2011, p.866). Porém, observou-se entre os entrevistados no estudo, interesse em obter informações e esclarecimentos sobre a patologia.

Tabela 2 - Dados referente ao Diabetes Mellitus. João Pessoa-PB, 2017.

Variáveis	Frequências	
	n	%
<b>Tipo da Diabetes</b>		
Tipo I	01	3.03%
Tipo II	09	27.27%
Não sabem	22	66.66%
<b>Presença de Complicações</b>		
Infarto Agudo do Miocárdio	02	6.06%
Acidente Vascular Encefálico	01	3.03%
Pé Diabético	05	15.15%
Amputação por DM	00	0%
Doença Renal	01	3.03%
<b>Educação em Saúde</b>		
Sim	04	12.12%
Não	29	87.87%

Sobre a presença de complicações relacionadas ao DM, 6,06% já sofreram infarto agudo do miocárdio, 3,03% acometido por Acidente Vascular Encefálico, 15,1% foram acometidos por pé diabético, sendo que nenhum chegou à amputação de membro e 3,03% referiu ter problemas renais, demonstrando assim que as complicações se fizeram presentes entre os idosos entrevistados.

Observa-se, portanto, que das complicações referentes ao DM, o pé diabético apareceu em maioria. No Brasil, são estimadas, em um modelo hipotético para uma população de 7,12 milhões de pessoas com DM tipo 2, 484.500 úlceras, 169.600 admissões hospitalares e 80.900 amputações, das quais para 21.700 o desfecho seria a morte. Sabe-se que uma grande proporção dos leitos hospitalares em emergências e enfermarias nos países em desenvolvimento é ocupada por úlcera de pé diabético. Além disso, dados são escassos ou inexistentes, sistemas de saúde não são organizados, o conhecimento dos profissionais de saúde com relação a pé diabético é crítico e a resolução é muito baixa, sobretudo quanto à revascularização (BRASILE, 2016, p.137).

A revascularização é o tratamento ideal para os casos no qual o pé diabético é resultante de isquemia crítica de membro inferior com elevado risco de perda do membro afetado. Pode ser executada através da técnica cirúrgica convencional (bypass) ou da técnica endovascular

(angioplastia). A primeira enfatiza a patência anatômica em longo prazo e a durabilidade clínica, ainda que apresente maior morbidade e mortalidade, bem como o uso de recursos financeiros consideráveis; a segunda possui as vantagens de possuir menor morbidade e mortalidade, custo menor, maior rapidez na realização do procedimento e menor tempo de permanência hospitalar, além de preservar a circulação colateral, permitindo até que os sintomas possam não voltar em caso de oclusão do local de angioplastia (MOREIRA et al, 2014, p. 258).

Ao serem questionados sobre a participação em grupos de educação em saúde sobre o DM, 87,8% afirmaram nunca terem participado de tais atividades educativas, demonstrando que falta uma atenção integral a esses idosos com fins de esclarecê-los sobre a patologia, prevenção de suas consequências e tratamento. Em estudo realizado em um Ambulatório de Especialidades da Prefeitura de São Paulo localizado na região sul, detectou-se que 74% dos pacientes diabéticos nunca havia recebido orientações de um profissional da saúde acerca dos cuidados com os pés (LUCOVEIS et al, 2018, p. 3220).

Na educação para o autocuidado do DM, o paciente deve participar das decisões, considerando, entre outros aspectos, o nível de conhecimento e motivação para aderir ao tratamento. Para que o controle da glicemia tenha eficácia, o paciente precisa concordar com a terapêutica e com as práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida. Logo, o conhecimento do paciente sobre o tipo de diabetes que possui, o uso correto da medicação, a prática adequada de atividade física, o seguimento da dieta além de cuidados com os pés, são fundamentais para o autocontrole da doença (GANDRA et al; 2011, p. 323).

O papel das práticas educativas deve ser crítica e incisivamente revisto para que almeje a possibilidade de pertencer aos serviços/profissionais/estudantes a que se dirigem, de forma que os conhecimentos que veiculam alcancem significativo cruzamento entre os saberes formais previstos pelos estudiosos ou especialistas e os saberes operadores das realidades – detidos pelos profissionais em atuação – para que viabilizem auto-análise e principalmente autogestão. Os saberes formais devem estar implicados com movimentos de auto-análise e autogestão dos coletivos da realidade, pois são os atores do cotidiano que devem ser protagonistas da mudança de realidade desejada pelas práticas educativas (CECCIM, 2005, p. 166)

Os profissionais de saúde devem envolver a pessoa com DM em todas as fases do processo educacional, pois, para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, o usuário precisa dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que o instrumentalizem para o

autocuidado. Para tanto, precisa ter clareza acerca daquilo que necessita, valoriza e deseja obter em sua vida (OLIVEIRA, ZANETTI, 2011, p. 866).

Porém, esse processo de educação apresenta-se, por vezes, limitado em virtude da pouca disponibilidade de recursos materiais, estruturais e desarticulação da equipe de saúde. Em relato de experiência com aplicação da educação em saúde para idosos com pé diabético hospitalizado em um hospital universitário de Belém, foram observadas essas restrições, além de outras como a resistência de alguns profissionais da saúde e dificuldade para disponibilidade de horários que não prejudicassem a rotina do paciente no hospital. Entretanto, os autores afirmam que tais problemas puderam ser contornados pela boa relação da equipe de trabalho com os profissionais assistentes e adequada organização das abordagens (TEIXEIRA et al, 2016).

Com relação à tabela 3, no item referente ao conhecimento dos problemas acerca do pé diabético, 12,1% relataram já ter possuído onicomicose, 33,3% tiveram unha encravada, 36,3% apresentaram pelo menos uma vez edema e 69,9% afirmaram ter ressecamentos nos pés. No que diz respeito às fissuras, 57,5% já tiveram algum episódio, os problemas de calos foram relatados por 24,2%, problemas como formigamentos e adormecimentos foram citados por 72,7% e 63,3%, respectivamente. Identificou-se, ainda, a não preocupação desses achados entre os pacientes, nem possivelmente entre os profissionais, com relação à associação entre esses sinais e sintomas clínicos e o pé diabético, posto não haver orientações sobre o tema.

Com relação as práticas preventivas e práticas errôneas verifica-se que 18,1% relataram secagem dos pés nos espaços interdigitais, usarem calçados macios e cortarem as unhas. Entre a amostra, 36,3% relataram usarem calçados fechados, enxugarem e examinarem bem os pés. Dos idosos entrevistados, 21,2% deles verificaram os calçados antes de calçar, 33,3% lavam os pés com água e sabão, 30,3% hidratam os pés, 15,1% retiram cutículas e 12,1% retiram calos sem indicação médica. 69,6% afirmaram usar calçados abertos.

Dados semelhantes também são encontrados em outro estudo, onde 100% utilizavam sapatos comuns, logo, não adequados. Quanto à hidratação da pele, a maioria, 84%, apresentava pele ressecada, e quando questionados se inspecionavam seus pés com regularidade, 48% afirmaram que não. Com relação à presença de alterações dermatológicas como presença de calos e calosidades foi identificada em 78% dos casos (LUCOVEIS et al, 2018, p. 3220).

Com relação as práticas preventivas, o fato de alguns idosos relatarem algumas corretamente, demonstra a existência de algum nível de informação a respeito da problemática.

Alguns citaram atitudes errôneas como retirar cutículas e calos sem indicação médica. A grande maioria (69,6%) relatou passar a maior parte do tempo com calçados abertos e não demonstrou preocupação com tal prática. No entanto, é apontado pelos pesquisadores que

durante a coleta de dados, foi observado que 85% sujeitos estavam utilizando calçados inadequados, confirmando para os achados do estudo em questão (CUBAS et al, 2013).

Também apontando discrepância entre o que se é falado e o que se é praticado, outro estudo realizado também com diabéticos tipo 2 em Unidade de Saúde da Família, apontou que apenas 15% dos investigados faziam uso adequado de calçados. Sabe-se que o calçado adequado se caracteriza pelo conforto, sem costuras e de numeração ideal para que não fique muito apertado, nem frouxo. Não são recomendáveis calçados de bico fino e chinelo de dedos porque causam pontos de pressão nos pés. Ressalta-se que 85% dos casos de úlceras que necessitam de internação são originárias de lesões superficiais em pessoas com neuropatia periférica, lesões estas diretamente relacionadas a uso de calçados impróprios. Cabe ressaltar que o corte quadrado é o indicado devido à menor possibilidade de lesão nos cantos dos dedos (CUBAS et al, 2013, p.649).

Em relação à higiene, 33,3% referem lavar os pés com água e sabão. Em estudo realizado entre diabéticos tipo 2, em Unidade de Saúde da Família demonstrou que em 70% dos casos, a higiene dos pés foi classificada como boa, e em 30%, como regular, seguindo os seguintes critérios de avaliação no exame: a boa higiene refere-se ao pé que não apresenta nenhuma sujidade; a regular, caracterizou-se pela presença mínima de sujidade; e a irregular era constatada pela presença visível de sujidade, desde que não fosse relacionada a um curto espaço de tempo. Com relação à presença de onicomicoses, 12,1% refere esta complicação no presente estudo, dado semelhante é encontrado em outra pesquisa, apontando as micoses como um dos fatores desencadeantes de pé diabético (CUBAS et al, 2013, p. 652).

Tabela 3 - Dados referentes ao conhecimento dos problemas relacionados ao pé diabético e as práticas preventivas e errôneas. João Pessoa-PB, 2017.

<b>Problemas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Onicomicose	04	12,1%
Unha encravada	11	33,3%
Edema	12	36,3%
Ressecamento	23	69,6%
Fissuras	19	57,5%
Calos	08	24,2%
Formigamentos	24	72,7%
Adormecimentos	21	63,6%
<b>Práticas preventivas e atitudes errôneas</b>		
Realiza a secagem dos interdigitais	06	18,1%
Usa calçados macios e confortáveis	06	18,1%
Usa calçados fechados	12	36,3%
Usa calçados abertos	23	69,6%
Verifica os calçados antes de calçar	07	21,2%
Lava os pés com água e sabão	11	33,3%
Enxuga bem os pés	12	36,3%
Realiza hidratação dos pés	10	30,3%
Examina os pés diariamente	12	36,3%
Realiza o corte correto das unhas	06	18,1%
Retira as cutículas	05	15,1%
Remove calos sem indicação médica	04	12,1%

A potencialidade do estudo reside em despertar a atenção dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem com relação ao Diabetes Mellitus, sugerindo uma maior atenção destes com fins de minimizar o desconhecimento a respeito da patologia, dando ênfase aos riscos dos agravos e a prática de prevenção das lesões nos pés.

Faz-se necessário incentivar a prática da educação em saúde sobre a temática, a exemplo da utilização de técnicas de oficinas, enfatizando temas como o pé diabético, no sentido de promover atividades educacionais coerentes com esta população, nas quais se sintam atraídos aos serviços de saúde não apenas para realizar exames ou buscar medicamentos, mas também

para ter um espaço no qual possam esclarecer dúvidas, realizarem treinamentos e receber informações.

Ressalta-se que os itens com menor adesão são, por vezes, os mais simples, baratos e passíveis de correção. São relevantes para a adequada avaliação e acompanhamento individual, levando em consideração o grau de conhecimento e a facilidade para processar as informações.

Entendendo que uma ação multiprofissional, com esforço coletivo, poderia potencializar as orientações e aumentar a aderência às mesmas, os resultados do presente estudo poderão subsidiar a ação de enfermeiros no estabelecimento de condutas apropriadas para prevenção de lesões que determinam a morbidade de úlcera de pé diabético.

As limitações do estudo residem no fato da investigação ter sido aplicada em um único serviço sem possibilidade de comparações com serviços semelhantes, além de abranger a visão apenas dos pacientes, não sendo possível confrontar com as ações relatadas pelos profissionais de saúde, embasando questionamentos para estudos futuros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo possibilitou identificar o baixo conhecimento dos idosos sobre o tipo de diabetes que possuem, a existência de falta de informação adequada sobre os sinais do pé diabético e uma ideia correta de prevenção que se confronta com algumas atitudes errôneas.

Ressalta-se a importância da educação em saúde como a principal forma de intervir. Salienta-se que, mesmo a informação sendo essencial não basta apenas conhecer o Diabetes Mellitus, tem que haver uma vivência das atitudes preventivas com responsabilidade. É necessária uma Educação Global, que lide com a emoção e que leve em conta as angústias, os anseios, medos, dúvidas e as necessidades destes idosos.

Muito há de se fazer para alcançar uma mudança de comportamento social que garanta o exercício de prevenção. Ressalta-se a importância da atenção dos gestores no que diz respeito às problemáticas de prevenção, promoção e resolutividade, no intuito de que haja qualificação da assistência multiprofissional para que os pacientes idosos, ao serem assistidos de maneira integral e longitudinal evitem as portas hospitalares.

Fica a certeza de que os esforços devem ser realizados pelos profissionais de enfermagem no sentido de incentivar a educação em saúde com práticas de prevenção ao pé diabético e de participações de capacitações e qualificações em serviço; a educação continuada é de grande relevância e nos remete à reflexões das necessidades, contribuindo para modificações e melhorias da assistência. Aqui, incluindo o enfermeiro como ator que deve

dominar sua área de atuação em termos científicos e práticos para que possa oferecer uma assistência de enfermagem resolutiva, segura e que atenda às suas expectativas.

## REFERÊNCIAS

BRASILa. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 192p.

BRASILb. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)**. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília, 2008, 40p.

BRASILc. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica Diabetes Mellitus nº 36**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília – DF, 2013, 155p.

BRASILd. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2015.

BRASILE. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**. Org. OLIVEIRA, J.E.P., VENCIO, S. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016, 348p.

BRASILf. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Org. OLIVEIRA, J.E.P et al. São Paulo: Editora Clannad, 2017, 383p.

CECCIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n.16: p.161-177, 2005.

CEOLIN J., DE BIASI L. S. Conhecimento dos Diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **Revista Perspectiva**, Erechim. v. 35, n.129, p. 143-156, março/2011.

CUBAS M. R. et al. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre cuidados preventivos. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26; n. 3, p. 647-655. 2013.

LUCOVEIS, M. L. S et al. Grau de risco para úlceras nos pés por diabetes: avaliação de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 3217-3223. 2018.

GANDRA F.P.P. et al. Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o diabetes mellitus. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 4, p. 322-331. 2011.

MENDONÇA S. S. et al. Proposta de um protocolo de avaliação fisioterapêutica para os pés de diabéticos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 24, n. 2, p. 285-298, abr./jun. 2011.

MENDES M.R.S.S.B. **O cuidado com os pés: um processo em construção [dissertação]**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000, 168p.

MOREIRA, R. W. C., COSTA, P. V. A., CARRILHO, D. D. R. Tratamento de isquemia crítica de membro inferior com técnica híbrida. **Journal of Vascular Brazilian**, v. 13, n. 3, p. 257-261, Jul.-Set. 2014.

OLIVEIRA K. C. S, ZANETTI M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.4, p. 862-868, 2011.

RODRIGUES F.F.L et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes *mellitus*. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 284-290. 2011.

TANQUEIRO M.T.O. S.A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III, n. 9, p. 151-160 - Mar. 2013.

TEIXEIRA, R. C., REIS, V. C., MUNIZ, J. W. C. Educação em saúde para idosos com pé diabético. **Interdisciplinary Journal of Health Education**, v. 1, n. 2, p. 131-137, 2016.

## CONHECIMENTO E USO DE PLANTAS MEDICINAIS POR IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Louise Passos Vigolvinho Macêdo <sup>1</sup>  
Josefa Raquel Luciano da Silva <sup>2</sup>  
Evanilza Maria Marcelino <sup>3</sup>  
Nayanne Leal do Monte <sup>4</sup>

### RESUMO

O consumo de plantas medicinais tem base na tradição familiar, sendo o conhecimento transmitido dos mais velhos para os mais novos frente a diversas enfermidades acometidas pela população, é relevante destacar que grande parte dos idosos recorrem à utilização das plantas medicinais como terapêutica, sendo necessários cuidados devido as às alterações orgânicas decorrentes do envelhecimento e ao risco dos princípios ativos naturais interagirem com os medicamentos alopáticos. O estudo objetivou conhecer o perfil dos usuários idosos de duas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Campina Grande (PB), através de um questionário semiestruturado, entre os períodos de setembro de 2017 a abril de 2018, totalizando uma amostra de 54 idosos. Os resultados foram analisados por estatística descritiva e mostraram que a utilização e conhecimento predominaram no gênero feminino, com idade predominantemente variável entre 60 a 69 anos, renda familiar de até um salário mínimo e ensino médio incompleto, seguidos de analfabetos. A Erva cidreira (44,4%) e o Capim santo (20,3%) foram as plantas mais citadas. Na maioria dos casos, os usuários obtêm informação sobre fitoterapia com familiares. Diante da análise é possível afirmar que o uso irracional de plantas medicinais e/ou fitoterápicos é uma realidade presente em boa parte dos usuários, sendo necessário profissionais capacitados e bem informados sobre o assunto, para que possam informar e orientá-los a fim de evitar problemas decorrentes das automedicações e contribuir para o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico.

**Palavras-chave:** Plantas Medicinais, Fitoterápicos, Saúde do Idoso, Atenção Primária.

### INTRODUÇÃO

A busca por terapias complementares é uma prática comum no Brasil, com destaque especial para a fitoterapia. A adoção de políticas públicas e instrumentos norteadores da fitoterapia e plantas medicinais no Brasil, destacando a Política Nacional de Plantas

---

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande - UFCG e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, [louise.pv@hotmail.com](mailto:louise.pv@hotmail.com);

<sup>2</sup> Discente de Enfermagem e Bolsista do Pet Conexões de saberes Fitoterapia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, [iraquel.silva@hotmail.com](mailto:iraquel.silva@hotmail.com);

<sup>3</sup> Discente de Enfermagem e Bolsista do Pet Conexões de saberes Fitoterapia da UFCG, [isamaria.ufcg@gmail.com](mailto:isamaria.ufcg@gmail.com);

<sup>4</sup> Discente de Enfermagem e Bolsista do Pet Conexões de saberes Fitoterapia da UFCG [nayannelealm@gmail.com](mailto:nayannelealm@gmail.com).

Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), retratou o interesse popular e institucional no emprego da fitoterapia na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, foi apresentada uma nova fase que abriu uma perspectiva de apoio à fitoterapia e às pesquisas com plantas medicinais, o que só tende a crescer, incentivando a produção, distribuição e seu uso racional, a fim de ampliar o conhecimento e o acesso da população a esta opção terapêutica (VALVERDE; SILVA; ALMEIDA, 2018; BRASIL, 2006; BRASIL, 2016).

O crescimento da população idosa é um fenômeno observado na maioria dos países desenvolvidos e no Brasil, apesar de ser um país em desenvolvimento, essa mudança populacional também é percebida. A inversão da pirâmide etária faz com que os serviços públicos deem uma maior importância a esta fase da vida do ser humano, visto que o envelhecimento é um processo fisiológico, dinâmico, em que ocorrem modificações na capacidade de adaptação homeostática (SANTOS et al., 2018; SILVA et al., 2018).

A fitoterapia, assim como outras Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICs), contempla formas no campo da prevenção de agravos e doenças, bem como na promoção, manutenção e recuperação da saúde e bem-estar. As PICS contribuem para a superação do modelo biomédico de atenção em saúde, centrado na doença e fragmentado em especialidades médicas; propondo um cuidado holístico, contínuo e centrado na singularidade da pessoa de forma humanizada (SANTOS et al., 2018; SILVA et al., 2018).

A utilização de plantas como medicamento é uma prática que faz parte da história da humanidade, estabelecendo-se como de suma importância tanto em aspectos medicinais como culturais. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS-2011) demonstram que entre 60 a 85% da população dos países em desenvolvimento utilizam plantas medicinais como única forma de acesso aos cuidados básicos de saúde. E dentre este contingente, os idosos fazem parte dos grupos mais vulneráveis à determinada terapêutica, face aos desgastes naturais dos principais sistemas orgânicos, oriundo do processo de envelhecimento. Com isso, é relevante destacar que esta e qualquer outra forma de tratamento deve ser utilizada racionalmente, tendo em vista os agravos que podem trazer para a saúde da pessoa idosa, que necessita de maiores cuidados e precauções (CARVALHO, 2015).

Sabe-se que o uso de plantas medicinais pela população idosa é oriundo dos conhecimentos acumulados através de gerações, todavia em determinadas patologias, é relevante destacar que grande parte dos idosos recorre à utilização das plantas medicinais como terapêutica, sendo necessários maiores cuidados, uma vez que essa parcela da população, geralmente se compõe de indivíduos que se apresentam em fase de diminuição da

taxa do metabolismo e muitos ainda possuem órgãos com função comprometida, fato que de certa forma traz dificuldade na metabolização dos princípios ativos de ervas e medicamentos alopáticos (JUNIOR et al., 2012).

Portanto, a utilização dessas plantas sem o conhecimento prévio de suas interações medicamentosas e/ou efeitos adversos, pode acarretar no agravamento das doenças e trazer consigo danos irreparáveis. Desse modo, se faz necessária a participação da equipe multiprofissional junto à comunidade pertencente para as devidas orientações.

Considerando o exposto, bem como a importância de valorizar o conhecimento popular sobre plantas medicinais como ponto de partida para análise da eficácia dessas práticas na terapêutica e, ainda, como primeiro passo para colaborar com a implantação da fitoterapia racional na atenção primária em saúde do SUS, atrelando conhecimento científico aos saberes populares, o presente estudo objetivou conhecer o perfil dos usuários idosos de duas Unidades Básicas de Saúde na cidade de Campina Grande (PB), no que concerne aos seus saberes e práticas em fitoterapia.

## **METODOLOGIA**

Este estudo configurou-se como transversal, do tipo exploratório e descritivo de caráter quantitativo.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade Campina Grande, situada na Região do Estado da Paraíba, com uma população de 385.213 (IBGE, 2010). O trabalho foi resultado de um projeto desenvolvido por participantes do Programa de Educação Tutorial (PET) – Conexões de Saberes – Grupo Fitoterapia, da Universidade Federal de Campina Grande. O PET, de acordo com o Ministério da Educação, é um programa desenvolvido por um grupo sob tutoria de um docente, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão (BRASIL, 2005).

Esta pesquisa configura-se como um recorte etário de indivíduos idosos, tendo em vista a definição do Estatuto do Idoso que classifica como pessoa idosa todo e qualquer indivíduo com idade cronológica maior igual a 60 anos de idade (BRASIL, 2013).

Os dados foram coletados no período de setembro de 2017 a abril de 2018 em duas Unidades Básicas de Saúde na Cidade de Campina Grande-PB. As unidades foram selecionadas junto à Secretaria Municipal de Saúde, levando em consideração o critério de terem participado de alguma ação relacionada às Práticas Integrativas e Complementares (PICs) e/ou possuírem equipes que demonstrassem maior interesse em participar de projetos inovadores da assistência em saúde. As unidades foram: Unidade Básica de Saúde (UBS)

Jocel Fechine, localizada no Bairro Cuités (Distrito III) e UBS Ronaldo Cunha Lima, localizada no Bairro Três Irmãs (Distrito V).

Os critérios de inclusão dos participantes foram: serem usuários maiores ou com 60 anos completos e que estivessem cadastrados na unidade pesquisada. Os dados foram tabulados em planilha *Microsoft Office Excel 2016* e analisados por estatística simples, mediante distribuição numérica e percentual. Os questionários foram aplicados por acadêmicos dos cursos de Enfermagem, Psicologia e Medicina, integrantes do PET/Conexões de Saberes-Fitoterapia e levou em consideração, nos resultados, a primeira planta citada pelo usuário.

A coleta de dados foi realizada mediante um questionário apropriado (Apêndice 1 - Marçal et. al., 2003 adaptado). A adaptação se deu de acordo com os aspectos propostos nos objetivos da pesquisa e as especificidades dos usuários a serem entrevistados. Esse instrumento constituiu-se, na primeira parte, de questões sobre o perfil socioeconômico do usuário, com as seguintes variáveis: gênero, idade, bairro, escolaridade e renda familiar que possuíam no momento em que foram entrevistados.

Para que os usuários pudessem participar desse estudo, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das pesquisas com seres humanos. O início da coleta de dados se deu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC, em Campina Grande-PB, conforme protocolo CEP-HUAC nº 86155418.2.0000.5182.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram aplicados 165 questionários na UBS Jocel Fechine e 191 questionários na UBS Ronaldo Cunha Lima, totalizando 356 usuários para pesquisa; desta amostra apenas 54 eram idosos, com a faixa etária entre 60 a 79 anos. Em sua maioria (75,6%) eram do gênero feminino, com idade média de 67,2 anos e 33,3% tinham escolaridade autorreferida com ensino fundamental incompleto (Tabela 1).

TABELA 1 - Distribuição percentual do perfil socioeconômico dos entrevistados.

	N	Fr (%)
GÊNERO	Feminino	41 75,60%
	Masculino	13 24,40%

<b>IDADE</b>	60 a 69 anos	39	75,93%
	70 a 79 anos	15	24,07%
<b>NATURALIDADE</b>	Cinza	1	1,85%
	Três-irmãs	16	24,4%
	Cuités	36	29,63%
	Silva Jardim II	1	1,85%
<b>RENDA FAMILIAR</b> (1 salário mínimo = 957,00 R\$)	Até salário mínimo	36	66,67%
	1 a 2 salários mínimos	15	27,78%
	>3 salários mínimos	3	5,56%
<b>ESCOLARIDADE</b>	Analfabetos	17	31,48%
	Ensino Fundamental Incompleto	5	9,26%
	Ensino Médio Incompleto	22	40,74%
	Ensino Médio Completo	6	11,11%
	Ensino Superior Completo	1	1,85%

O fato de termos mais mulheres na amostra revela um panorama geral, que se repete na literatura nacional, baseada nos estudos de Lopes *et al.*, (2014) e Pereira et al., (2012). O mesmo resultado foi encontrado em estudos internacionais de Pérez-Romero et al., (2016) e Prazeres et al., (2015).

O estudo de Levorato *et al.*, (2014) refere alguns aspectos quanto ao favorecimento da procura aos serviços de saúde pelas mulheres idosas, o fato de a maioria exercer a profissão do lar (não possuir trabalho remunerado) ou ser aposentada e assim ter mais tempo livre, ter uma maior preocupação com sua saúde, focando no autocuidado. Além disso, o mesmo estudo mostra que as idosas comparecerem aos retornos e também frequentam a UBS para acompanhar algum familiar ou outros aos serviços de saúde.

Conquanto os homens possuam taxas mais altas de morbimortalidade, eles opõem-se mais a buscar a assistência primária, sendo isso, um dos ensejos da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde, pois, estes procuram atendimento à saúde quando mais velhos e provavelmente com sintomas de doenças já instaladas (BRASIL, 2015).

No que se refere às comorbidades mais frequentemente referidas entre os idosos e acometidas entre seus familiares, foram descritas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (53,6%), Diabetes Mellitus (DM) (8,9%), associação de DM e HAS (15,6%), Artrites (4,4%) e Dislipidemia (2,2%), apenas 15,5% não sabiam informar.

Segundo o estudo realizado por Virgínio et al., (2018) a maioria dos pacientes (>70%) afirmou que iniciou o consumo de plantas medicinais depois de ter a patologia diagnosticada (HAS e/ou DM), demonstrando ser essa a principal motivação para a ingestão dos produtos naturais. Entretanto, para algumas pessoas, as plantas são utilizadas independentemente do diagnóstico específico de uma patologia, ou seja, outra motivação é o fato de consumir sempre que há alguma indisposição ou problema de saúde (SANTOS et al., 2012).

Grande parte das doenças crônicas que acometem a pessoa idosa tem na própria idade seu fundamental fator de risco. Logo, não é a apresentação ou falta da doença que determinará a qualidade de vida, mas a destreza que a pessoa terá para dirigir a própria vida com atitude independente e autônoma na manutenção de sua capacidade funcional. Envelhecer sem apresentar nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Dessa forma, o foco de qualquer política de atenção à saúde, deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com estabilização e melhoria da capacidade funcional dos idosos, focando na prevenção e/ou equilíbrio de doenças, recuperação da saúde, e reabilitação dos possíveis resquícios destas patologias anteriormente citadas (VERAS, 2012).

Quanto à naturalidade dos entrevistados não foram encontrados dados na literatura que associem de forma estatística a utilização com tal variável, embora a renda familiar e a escolaridade sejam fatores socioeconômicos ainda ligados à utilização da Fitoterapia. Portanto, cabe citar a relevância que a Atenção Primária (AP) possui como uma estratégia de maior proximidade ao indivíduo e comunidade, desenvolvendo um papel crucial na promoção e promoção em saúde.

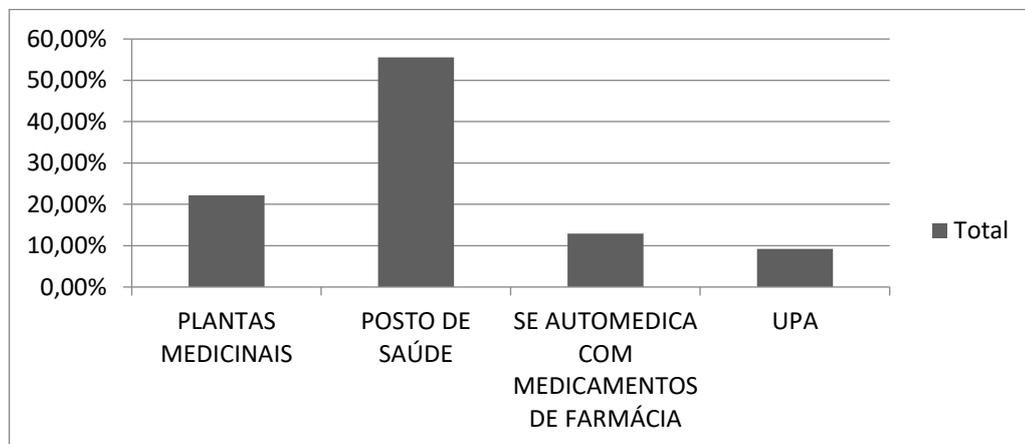
Não obstante de tal realidade a renda familiar mais citada neste estudo condiz com esta afirmação, foram 66,67% indivíduos com até um salário mínimo, seguidas da variável grau de escolaridade, que mostrou 40,74% e 31,48%, respectivamente, com entrevistados que se

autodeclararam terem cursado apenas o ensino médio incompleto e os demais serem analfabetos.

Tendo em vista que, a primeira atitude citada pelos entrevistados, frente a questões referentes a problemas de saúde foi a busca pela UBS de sua região, seguido pela automedicação com plantas medicinais (Gráfico 1), observa-se então pelo grau de escolaridade e de instrução dos mesmos, que a busca pelo serviço público e o tratamento com produtos naturais está relacionado diretamente com maior visitação no serviço ser da população de baixa renda e escolaridade (VIEGAS *et al.*, 2015; VALVERDE; SILVA; ALMEIDA, 2018).

Cabe, portanto, ressaltar cada vez mais a importância dos profissionais de saúde de estarem familiarizados com a temática. Tendo em vista, a essencialidade de suas funções como agentes parciais de mudança no consumo irracional dessas plantas medicinais e fitoterápicos, que devem estar baseados na fundamentação científica permitindo ao usuário o protagonismo de seu próprio tratamento.

### Gráfico 1 - Primeira atitude dos entrevistados frente a questões referentes a problemas de saúde.



Pode-se observar que a grande maioria, cerca de 56%, busca a atenção primária à saúde quando na presença de alguma enfermidade, ou problema, e esta tem como um de seus princípios a resolutividade e a promoção da saúde. Em segundo lugar está representada a utilização de plantas medicinais e seus derivados com aproximadamente 21%. É notório que os idosos optam pela utilização de produtos naturais para tratar suas patologias, justamente pela facilidade de acesso, baixo custo e resolutividade. Além de ser uma prática norteadada pelo conhecimento popular, passado entre gerações. No entanto, é importante destacar que, além

dos benefícios, as plantas medicinais possuem propriedades que podem interagir com os medicamentos que os idosos já utilizam, e isso pode acarretar em reações adversas, visto que além das possíveis interações, os idosos possuem uma reserva energético-fisiológica e processos farmacocinéticos diminuídos (SECOLI, 2010).

A Tabela 2 atribui significados às plantas medicinais utilizadas pelos idosos, contendo informações sobre a o nome popular e científico das mesmas, família a qual estas pertencem e os usos encontrados na literatura.

Em concordância aos argumentos citados, todos os idosos (100%) afirmaram utilizar plantas medicinais na cura de algumas enfermidades, e a utilização de mais de uma planta foi mencionada por 28 idosos, o que representa 51,85% da amostra total. A planta medicinal mais citada foi a Erva cidreira com 24 citações, o que representa 44,44% dos entrevistados.

**Tabela 2 - Caracterização do uso de plantas medicinais pelos idosos.**

PLANTA UTILIZADA	FAMÍLIA	USO MENCIONADO PELOS IDOSOS	USO MENCIONADO NA LITERATURA	CITAÇÃO % (N)
<b>Alecrim</b> <i>Rosmarinus officinalis</i>	<i>Lamiaceae</i>	Diminuição do colesterol e pressão arterial	Anti-inflamatório, antisséptico da cavidade oral, afecções da pele e couro cabeludo. Antisséptico tópico, antimicótico e escabicida (ANVISA, 2016).	3,70% (n = 2)
<b>Aroeira</b> <i>Schinus terebinthifolius</i> <i>Raddi</i>	<i>Anacardiaceae</i>	Problemas de circulação.	Antimicrobiana, anti-inflamatória e antiulcerogênica, sendo utilizada como antisséptico e no tratamento de estomatites (LINS <i>et al.</i> , 2013). Vaginose bacteriana	1,85% (n = 1)

			(AMORIM; SANTOS 2003).	
<b>Boldo</b> <i>Peumus boldus</i>	<i>Monimiaceae</i>	Dores abdominais	Indicado como colagogo, colerético e nas dispepsias funcionais (ANVISA, 2016).	24,07% (n = 13)
<b>Camomila</b> <i>Matricaria chamomilla</i>	<i>Asteraceae</i>	Calmante e problemas gastrointestinais	Antiespasmódica, ansiolítica e sedativa leve. Antiinflamatória em afecções da cavidade oral (ANVISA, 2016).	12,96% (n = 7)
<b>Hortelã</b> <i>Mentha sp.</i>	<i>Lamiaceae</i>	Calmante, Dores abdominais, gripe,	Antiespasmódica, antiinflamatória, antiúlceraiva, antivirais, antimicrobiano, analgésico e antioxidante (HAEFFNER, et al., 2012).	14,81% (n = 8)
<b>Erva doce</b> <i>Pimpinella anisum</i>	<i>Apiaceae</i>	Dor de cabeça, calmante e febre.	Galactógeno (NOBREGA, et al., 1983). Antifúngica, estimulante das funções digestivas, carminativo, galactogoga, antiinflamatória,	7,40% (n = 4)

			diurética e antiespasmódica (CARVALHO 2009).	
<b>Erva Cidreira</b> <i>Melissa officinalis</i>	<i>Lamiaceae</i>	Dores abdominais, Calmante e problemas gastrointestinais	Distúrbios gastrointestinais, resfriado, tosse, calmante, combate a hipertensão, distúrbios hepáticos, gripe, bronquite, sífilis, sudorífica, cólicas uterinas (SANTOS, <i>et al.</i> , 2018).	44,44% (n = 24)
<b>Noni</b> <i>Morinda citrifolia</i>	<i>Rubiaceae</i>	Próstata	Estimula a produção de células do sistema imunológico, analgésico, inibição da função pré-cancerígena e o crescimento de tumores malignos (PIMENTEL <i>et al.</i> , 2016)	1,85% (n = 1)
<b>Capim santo</b> <i>Cymbopogon citratus</i>	<i>Poaceae</i>	Dor, problemas gastrointestinais, calmante, e controle da pressão arterial.	Atividade hipotensora (MOREIRA, 2010).	20,37% (n = 11)
<b>Quebra Pedra</b> <i>Phyllanthus niruri</i>	<i>Euphorbiaceae</i>	Nefrolitíase	Diurética, litolítica, eupéptica, em afecções do fígado, icterícia, cólicas renais, moléstias da	1,85% (n=1)

			bexiga, dor nos rins, pedra nos rins, retenção urinária, e diabetes. (AITA, 2009).	
<b>Espinheira Santa</b> <i>Maytenus ilicifolia</i>	<i>Celastraceae</i>	Calmante	Antidispéptico, antiácido e protetor da mucosa gástrica. (ANVISA, 2016)	1,85% (n = 1)
<b>Macela</b> <i>Achyrocline satureioides</i>	<i>Compositae</i>	Dores abdominais		1,85% (n = 1)
<b>Sabugueira</b> <i>Sambucus nigra</i>	<i>Adoxaceae</i>	Febre, controle da pressão arterial.	Antiespasmódico, emoliente, febre, antirreumática, galactogoga. Problemas respiratórios, reumatismo e afecções renais (SCOPEL, et al., 2017).	3,70% (n = 2)
<b>Mastruz</b> <i>Dysphania ambrosioides</i>	<i>Amaranthaceae</i>	Gripe	Potencial antimicrobiano e antidiabéticos (ZHORA, 2019).	1,85% (n=1)
<b>Louro</b> <i>Laurus nobilis</i>	<i>Lauráceas</i>	Problemas gastrointestinais	Atividade antifúngica contra <i>C. albicans</i> (PEIXOTO, 2017).	1,85% (n = 1)
<b>Malva Rosa</b> <i>Alcea rosea</i>	<i>Malvaceae.</i>	Tosse	Tratamento de processos inflamatórios cutâneos, agudos e crônicos, e de	1,85% (n = 1)

			desordens pigmentares (SPONCHIADO, 2015)	
<b>Chuchu</b> <i>Sechium edule</i>	<i>Cucurbitaceae</i>	Controle da pressão arterial	Diurética e hipotensora (PIRIS <i>et al.</i> , 2013).	1,85% (n = 1)

É importante que se analise todas as plantas mencionados pelos idosos e o que está representado na literatura, no entanto, ao analisar as plantas mais citadas, pudemos perceber na metanálise realizada por Dos Santos e colaboradores (2018) a erva-cidreira foi utilizada pelos informantes da pesquisa com a finalidade de solucionar problemas de diarreia, má digestão, dor de estômago, dor de barriga, náuseas, indigestão e distúrbios estomacais. No entanto, não existiram indícios entre os estudos analisados durante a revisão da literatura que comprovem a eficácia de tal substância na resolubilidade dos problemas apresentados. Contudo, no estudo realizado por Barbosa, Pereira e Fortuna (2017) foi possível comprovar o potencial antifúngico, *in vitro*, da erva-cidreira frente à *Candida albicans*, porém, os autores enfatizaram a necessidade de que outros aspectos sejam estudados, tais como os tipos de compostos presente na planta responsáveis pela resposta antifúngica, dosagem e forma de administração do novo fármaco.

Enquanto que, o *Cymbopogon citratus* (20,37%), conhecido popularmente como capim-limão ou capim-santo, foi citado no estudo de Farias (2016), sendo utilizada como anti-hipertensivo, possivelmente devido à redução da resistência vascular, que pode ser causada por inibição do influxo de cálcio (MOREIRA, 2010).

No estudo realizado por Asadollahpoor, Abdollahi e Rahimi (2017), pôde-se concluir que o extrato de frutas e o óleo essencial de *P. anisum* teve efeitos benéficos no tratamento da Doença Hepática Não Alcoólica (DHNA). E que os entrevistados deste estudo, relataram utilizá-la para febre e dor de cabeça, usos esses, não mencionados por CARVALHO *et al.*, (2009).

Observamos então no estudo que nem todas as plantas citadas condiziam na literatura com os usos explicitados pelos idosos

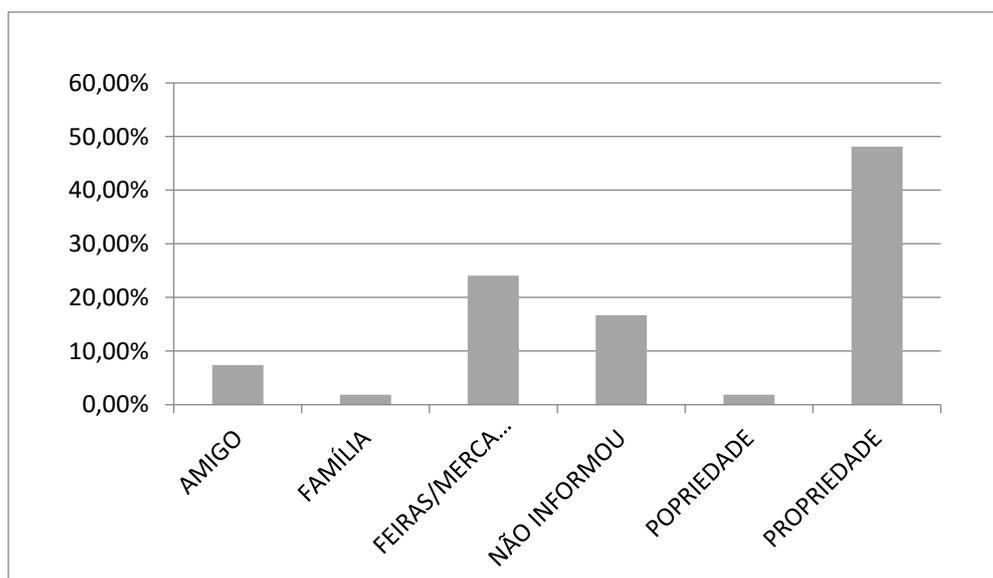
Não obstante, é importante ressaltar que no presente estudo todos os idosos negaram obter algum problema de saúde após o uso das plantas medicinais. No estudo de Rutkanskis e Silva (2009), apenas 1,5% dos entrevistados apresentaram reações adversas pelo uso de

plantas medicinais, nestas reações podiam ser citados o enjoo e dor de cabeça, não sendo especificada a planta que as causou.

Quando questionados se usavam algum fitoterápico no momento da pesquisa, em sua grande maioria (91,6%) os entrevistados afirmaram que não estavam utilizando e 8,4% usavam mais não souberam especificar por quanto tempo.

Ao se tratar de acesso dos idosos às plantas, podemos perceber que a maioria dos idosos cultiva as plantas medicinais em suas próprias residências (57,8%), seguido da aquisição das mesmas em feiras e/ou mercados (23,5%) (Gráfico 2). Este dado também esteve presente em uma pesquisa da cidade de Marmeleiro no estado do Paraná. No estudo, a principal forma de obtenção das plantas medicinais relatada pelos idosos foi por plantação própria (91,4%), seguida de mercados e farmácias. Estes dados mostram que a utilização destas é facilitada pela aquisição própria, pois as mesmas são cultivadas pelos próprios usuários e, possivelmente, utilizadas ainda frescas. A facilidade de obtenção e utilização das plantas pelos idosos entrevistados se torna evidente já que as mesmas comumente estão disponíveis para consumo imediato. Resultado parecido foi encontrado também no estudo de Aguiar e Barros (2012), no que concerne ao local onde os idosos as obtêm.

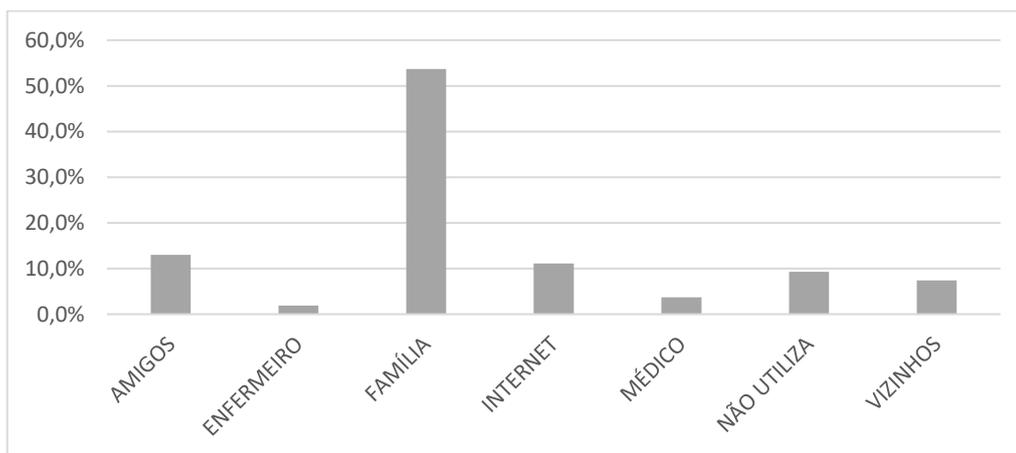
**Gráfico 2- Distribuição percentual das formas de aquisição das plantas medicinais citadas**



De modo geral, o consumo de plantas medicinais tem base na tradição familiar, fato comprovado nesta pesquisa, pois cerca de 42% relataram se informar e terem aprendido com os familiares os modos de uso e suas indicações, tornando a prática generalizada essa prática na medicina popular (LOYA et al., 2009). Dessa forma, o conhecimento das recomendações terapêuticas das plantas é, normalmente, uma característica presente na população mais idosa, sendo que as mesmas são utilizadas principalmente para o tratamento de morbidades menores (BALBINOT; VELASQUEZ; DÜSMAN, 2013).

No que se refere às informações adquiridas acerca das plantas medicinais, apenas 13,3% dos entrevistados procurou um profissional de saúde (Gráfico 3).

**Gráfico 3 - Distribuição percentual dos veículos de comunicação utilizados para obtenção de informações sobre as plantas medicinais.**



É importante realizar o acolhimento de forma efetiva dos usuários, este pode realizado pelo enfermeiro, enquanto profissional que realiza seu trabalho mais próximo da comunidade, em atividades grupais e visitas domiciliares, para cooperar no sentido de aumentar o vínculo da população com os profissionais da equipe, para que os usuários refiram todas as medidas de cuidado adotadas, inclusive com plantas medicinais (PIRIZ, et al., 2013). Palma et al., (2011) refere que os usuários de plantas medicinais só relatam tal uso aos profissionais de saúde, caso os mesmos sinalizem a aceitação da prática, quando isso não acontece, grande parte dos idosos não mencionam utilizar as plantas medicinais rotineiramente, talvez por medo de desaprovação e /ou preconceito por parte dos profissionais da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise apresentada é possível afirmar que o uso irracional de plantas medicinais e/ou fitoterápicos é uma realidade presente em boa parte dos idosos - deste estudo - na atenção primária em saúde na rede pública do município de Campina Grande, PB. Em geral, esse comportamento pode ser facilmente caracterizado como automedicação e por conhecimentos empíricos oriundos de gerações passadas, muitas vezes por seus familiares, amigos, vizinhos, ou ainda pesquisados na internet. Na maioria das vezes também não buscam o auxílio dos profissionais de saúde, até mesmo pelo desconhecimento de que no SUS existem estas terapêuticas e/ou pelo receio em falar sobre o assunto.

Diante do exposto, se comprova que grande parcela da população ainda faz uso de plantas medicinais, muitas vezes com uso concomitante de medicamentos alopáticos, o qual podem acarretar interações medicamentosas e reações adversas quando administrados de forma incorreta, visto que as plantas também possuem seus princípios ativos.

É fundamental que os profissionais de saúde se adequem à realidade local e saibam como agir quando se deparam com essa demanda na prática clínica. Esses profissionais necessitam ser treinados, capacitados e bem informados sobre o assunto para que possam não só prescrever o uso de plantas medicinais para a população, uma vez que são mais acessíveis e bem aceitos, mas também para informar e orientar melhor os usuários a fim de evitar problemas decorrentes das automedicações e contribuir para o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, visando obter resultados terapêuticos definidos, com consequente melhora na sua qualidade de vida, reduzindo assim custos futuros para o SUS com internações e tratamentos mais dispendiosos.

É necessário que se compreenda ainda, que os idosos deste estudo relatam que quando doentes, buscam predominantemente o serviço de saúde, mais do que a automedicação com plantas ou medicamentos industrializados. Esse dado difere de outros estudos, que na maioria dos casos, a população em geral, se automedica sem buscar os serviços de saúde. Justamente por se tratar de uma população mais fragilizada e por esse motivo deve-se sempre atentar que também são mais suscetíveis aos riscos do uso irracional de plantas medicinais e seus derivados.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.C.G.G.; BARROS, R.F.M. Plantas medicinais cultivadas em quintais de comunidades rurais no domínio do cerrado piauiense (Município de Demerval Lobão, Piauí, Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v.14, n.3, p.419-434, 2012.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária -. Memento Fitoterápico: 1ª edição. 2016.

AITA, A. M. et al . Espécies medicinais comercializadas como "quebra-pedras" em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. bras. farmacogn**, João Pessoa, v. 19, n. 2a, p. 471-477, Junho de 2009.

AMORIM, M.M.R; SANTOS, L.C. Tratamento da vaginose bacteriana com gel vaginal de Aroeira (*Schinus terebinthifolius* Raddi): ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 95-102, Mar. 2003 .

ASADOLLAHPOOR, A.; ABDOLLAHI, M.; RAHIMI, R. Pimpinella anisum L. fruit: Chemical composition and effect on rat model of nonalcoholic fatty liver disease. **Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences**, v. 22, 2017.

BALBINOT, S.; VELASQUEZ, P. G.; DÜSMAN, E. Reconhecimento e uso de plantas medicinais pelos idosos do Município de Marmeleiro – Paraná. **Rev. Bras. Pl. Med.**, Campinas, v.15, n.4, supl.I, p.632-638, 2013.

BALBINOT, S.; VELASQUEZ, P. G.; DÜSMAN, E. Reconhecimento e uso de plantas medicinais pelos idosos do Município de Marmeleiro–Paraná. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v. 15, n. 4, p. 632-638, 2013.

BARBOSA, C.S; PEREIRA, R.F ; FORTUNA, Jorge Luiz. Atividade antifúngica do óleo essencial de erva-cidreira *Lippia alba* (Mill.) NE Brown (Verbenaceae) sobre *Candida albicans*. **Revista Biociências**, v. 23, n. 1, p. 53-60, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC/SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. **Lei nº 11.180, de 23 de setembro de 2005**. Institui o Projeto Escola de Fábrica, autoriza a concessão de bolsas de permanência a estudantes beneficiários do Programa Universidade para Todos – PROUNI, institui o Programa de Educação Tutorial – PET e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2005.

CARVALHO, L. M. Erva-doce : Foeniculum vulgare Mill. ou Pimpinella anisum L.? Revista cultivar, 2009.

CARVALHO, T.L.G.S. Etnofarmacologia e Fisiologia de Plantas Mediciniais do Quilombo Tiningú, Santarém, Pará, Brasil, 2015. 168p. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais. Área de Concentração: Processos de Interação da Biosfera-Atmosfera na Amazônia – Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais da Amazônia. Universidade Federal do Oeste do Pará –UFOPA, Santarém, 2015.

DOS SANTOS, Ana Paula Gomes; DE OLIVEIRA, Amanda Santana; DE OLIVEIRA, Vania Jesus dos Santos. Uso e Eficácia da Erva Cidreira, um comparativo entre conhecimento científico e senso comum: metassíntese. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 14, n. 2, 2018.

FARIAS, Daíse. Uso de plantas medicinais E fitoterápicos como forma complementar no controle da hipertensão arterial. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 12, n. 3, 2016.

FIGUEREDO, C. A. Fitoterapia (Texto didático). João Pessoa: NEPHF, 2010.

HAEFFNER,R; HECK, R. M; CEOLIN, T; JARDIM, V. M. R; BARBIERI, R. L. Plantas medicinais utilizadas para o alívio da dor pelos agricultores ecológicos do Sul do Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. jul/sep;14(3):596-602, 2012.

JUNIOR, R. G. O. et al. Plantas medicinais utilizadas por um grupo de idosos do município de Petrolina. **Revista Eletrônica de Farmácia**, Goiás, v. 9, n.3, p.16, agosto de 2012.

HABTEMARIAM, Solomon. The therapeutic potential of rosemary (*Rosmarinus officinalis*) diterpenes for Alzheimer's disease. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2016, 2016.

LINS, R. et al . Avaliação clínica de bochechos com extratos de Aroeira (*Schinus terebinthifolius*) e Camomila (*Matricaria recutita* L.) sobre a placa bacteriana e a gengivite. **Rev. bras. plantas med.**, Botucatu , v. 15, n. 1, p. 112-120, 2013 .

LOPES, A. C. S. et al. Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na atenção primária à saúde de Belo Horizonte-MG. **Epidemiol Serv Saude**, v. 23, n. 3, p. 475-86, 2014.

LOYA, A.M. et al. Prevalence of polypharmacy, polyherbacy, nutritional supplement use and potential product interactions among older adults living on the United States-Mexico border: a descriptive questionnaire-base study. **Drugs & Aging**, v.26, n.5, p.423-436, 2009.

MARÇAL, C.A. et al. Levantamento Etnobotânico das Plantas Mediciniais Utilizadas pela População de Goioerê, PR. **Arq Ciências Saúde UNIPAR** , v.7, n.1, p. 21-26, 2003.

MOREIRA, Flávia V. et al . Chemical composition and cardiovascular effects induced by the essential oil of *Cymbopogon citratus* DC. Stapf, Poaceae, in rats. **Rev. bras. farmacogn.**, Curitiba , v. 20, n. 6, p. 904-909, Dec. 2010 .

MORESCO, Karla Suzana. Efeitos terapêuticos de *Achyrocline satureioides* (Lam.): estudos in vivo e in vitro. 2017.

NOBREGA, Sílvia; FRANCENELY, Neiva. A erva-doce e seu efeito galactógeno (um estudo experimental). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 36, n. 2, p. 163-177, June 1983.

PALMA, J.S. Ações dos profissionais de saúde da Atenção Básica em relação às plantas medicinais. 2011, Pelotas: Faculdade de Enfermagem/UFPel; 2011.

PEREIRA, A. B.; MATTOS K. M.; SILVA, R. M.; COLOMÉ, J. S. Perfil social do usuário do sistema único de saúde na atenção primária em saúde. **Rev Epidemiol Contr Infec**, v. 2, n.3, p. 394-9, 2012.

PÉREZ-ROMERO S, et al. Características sociodemográficas y variabilidade geográfica relacionada con la satisfacción del paciente em Atención Primaria. **Rev Calid Asis**, v. 31, n. 5, p. 200-208, 2016.

PETIWALA, Sakina M.; JOHNSON, Jeremy J. Diterpenes from rosemary (*Rosmarinus officinalis*): Defining their potential for anti-cancer activity. *Cancer letters*, v. 367, n. 2, p. 93-102, 2015.

PEIXOTO, Larissa Rangel et al. Antifungal activity, mode of action and anti-biofilm effects of *Laurus nobilis* Linnaeus essential oil against *Candida* spp. **Archives of oral biology**, v. 73, p. 179-185, 2017.

PIMENTEL, D. D. et al., O uso de noni (*Morinda citrifolia* L.) por pacientes oncológicos: um estudo bibliográfico. *Revista saúde e ciência online*, v. 5, n. 1, p. 37-44, 2016.

PIRIZ, M. A. et al. Uso de plantas medicinais: impactos e perspectivas no cuidado de enfermagem em uma comunidade rural. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 15, n. 4, p. 992-999, 2013.

PRAZERES, F.; SANTIAGO, L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open*, v. 5, n. 9, e009287, 2015.

RUTKANSKIS, A. M. R. A.; SILVA, C. T. A. C. Utilização de plantas medicinais pelos acadêmicos da área de saúde da Faculdade Assis Gurgacz no município de Cascavel Paraná. **Cultivando o Saber Cascavel**, v.2, n.4, p.69-85, 2009.

SANTOS, A. P. G. et al. Uso e eficácia da erva cidreira, um comparativo entre conhecimento científico e senso comum: metassíntese. *Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management*, v. 14., n. 2, 2018.

SANTOS, M.S. et al. Práticas integrativas e complementares: Avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. **Revista Mineira de Enfermagem.**, v.22, n.1126; 2018.

SANTOS, S. L. D. X. et al. Plantas utilizadas como medicinais em uma comunidade rural do semi-árido da Paraíba, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 1, p. 68-79, 2012.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010.

SILVA, H.G.N. et al. Retrato sociocultural: o uso de plantas medicinais por pacientes idosos com diabetes mellitus tipo 2. **R. Interd.**, v. 11, n. 4, p. 21-29, 2018.

SILVA, Cícero Evandro Soares et al. Efeito da *Carapa guianensis* Aublet (Andiroba) e *Orbignya phalerata* (Babaçu) na cicatrização de colorrafias em ratos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 42, n. 6, p. 399-406, 2015.

SCOPEL, Marina et al. Caracterização farmacobotânica das espécies de *Sambucus* (Caprifoliaceae) utilizadas como medicinais no Brasil. Parte I. *Sambucus nigra* L. *Rev. bras. farmacogn.*, vol. 17, n.2, p.249-261, 2007, vol.17.

SPONCHIADO, Graziela. Avaliação da eficácia e segurança do extrato da *Malva sylvestris* com potencial atividade para tratamento de disfunções da pele. 2015.

VALVERDE, A.V.; SILVA, N.C.B.; ALMEIDA, M.Z. Introdução da Fitoterapia no SUS: contribuindo com a Estratégia de Saúde da Família na comunidade rural de Palmares, Paty do Alferes, Rio de Janeiro. **Revista Fitos**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.27-40, 2018.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n.10, p.1834-1840, 2012.

VIEGAS, A. P. B. et al.,. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde Soc. São Paulo*, v.24, n.1, p.100-112, 2015.

VIRGÍNIO, Taís Batista et al. Utilização de plantas medicinais por pacientes hipertensos e diabéticos: estudo transversal no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, 2018.

ZOHRA, Tanzeel et al. Extraction optimization, total phenolic, flavonoid contents, HPLC-DAD analysis and diverse pharmacological evaluations of *Dysphania ambrosioides* (L.) Mosyakin & Clemants. **Natural product research**, v. 33, n. 1, p. 136-142, 2019.

**APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETAS DE DADOS (MARÇAL et. al., 2003 adaptado)**

 <p>Universidade Federal de Campina Grande</p>	<p>PRÓ-REITORIA DE ENSINO Programa de Educação Tutorial</p>	 <p>PET <b>Fitoterapia</b> Conexões de Saberes   CCBS   UFPG</p>
---	---	---

**QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTAS COM USUÁRIOS DA UBS**

- 1) **Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino    2) **Idade** (anos completos) : \_\_\_\_\_
- 3) **Residência:** Bairro \_\_\_\_\_ Município / UF: \_\_\_\_\_
- 4) **Renda Familiar:** até 1 SM ( ) 1- 2 SM ( ) 2 – 3 SM ( ) mais que 3 SM ( )
- 5) **Grau de instrução:** Analfabeto ( ) EF incompleto ( ) EF completo ( ) EM incompleto ( )  
EM completo ( ) ES incompleto ( ) ES completo ( )

**6) Alguém na família (incluindo você) com problema crônico de saúde?**

Enfermo	Idade (em anos completos)	Doença(s) crônica(s)

**7) Quando você ou alguém da sua família ficam doentes, qual a primeira atitude?**

- ( ) Se automedica com medicamentos de Farmácia  
 ( ) Se automedica com plantas e/ou outros remédios caseiros  
 ( ) Procura atendimento no posto de saúde  
 ( ) Procura atendimento na Farmácia mais próxima.  
 ( ) Conversa com amigos e/ou vizinhos.  
 ( ) Se consulta com rezadeiras, benzedeiros ou curandeiros.  
 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**8) Você já usou alguma planta medicinal ou remédio dela derivado ou medicamento fitoterápico para tratar alguma doença?**

- ( ) sim ( ) não **8.1) Se sim, qual(is)?**

---



---



---

**8.2) Há quanto tempo?**

- Menos de 30 dias ( ) entre 30 dias e 6 meses ( ) mais de 6 meses ( )

**8.3) Por qual (is) motivo(s):**

---



---

**8.4) Sobre esse uso, especifique:**

Parte da planta usada	Forma farmacêutica	Quantidade por dia	Via de administração

**9) Atualmente, você está usando alguma planta medicinal ou remédio dela derivado ou medicamento fitoterápico para tratar alguma doença?**

( ) sim ( ) não **9.1) Se sim, qual(is)?**

\_\_\_\_\_

**9.2) Desde quanto tempo?**

Menos de 30 dias ( ) entre 30 dias e 6 meses ( ) mais de 6 meses ( )

**9.3) Por qual(is) motivo(s):**

\_\_\_\_\_

**9.4 Sobre esse uso, especifique:**

Parte da planta usada	Forma farmacêutica	Quantidade por dia	Via de administração

**10) Se usa ou usou alguma planta (ou produto derivado) como e onde obteve?**

Cultivo em local de minha propriedade ( ) Consegui com amigo ( )

Coletei em local público / abertos ( ) Comprei em feiras / mercados ( )

Outros ( ) \_\_\_\_\_

**11) Quando você está usando e/ou precisa de informação / orientação sobre plantas medicinais ou fitoterápicos, quem você procura? Amigos ( ) Vizinhos ( ) Rezadeiras, benzedadeiras ou curandeiros ( )**

Feirantes ( ) Médico ( ) Enfermeira(o) ( ) Farmacêutico ( )

Agente de Saúde ( ) Outros ( ):

\_\_\_\_\_

**12) Você já teve algum problema de saúde que pense ter sido relacionado ao uso de alguma planta medicinal ou produto dela derivado?**

( ) sim ( ) não

**12.1 Se sim, descreva o problema e a planta a ele relacionado:**

Problema de saúde	Planta

## CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS DA PESSOA IDOSA NO BRASIL: AVANÇOS E DESAFIOS

Rita de Kassia Torres Nóbrega <sup>1</sup>  
Joseana Maria Saraiva <sup>2</sup>

### RESUMO

O aumento da população idosa é um fenômeno mundial, percebido por muitos estudiosos como uma conquista, visto que consideram critérios de melhorias na qualidade de vida associado a diversos fatores. Do ponto de vista normativo, os direitos voltados para essa população avançaram consideravelmente. Todavia, aponta-se como principal desafio apreender os limites para sua efetivação. Nessa acepção, o conhecimento acerca da trajetória dos direitos da pessoa idosa no Brasil é fundamental para a compreensão de sua consolidação, bem como os limites existentes na sua efetivação. O objetivo do presente artigo consiste em analisar o percurso sócio-histórico para a consolidação dos direitos das pessoas idosas no Brasil. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa, realizada por meio de pesquisa exploratória, sendo posteriormente constituída a etapa de formação da base de dados para leitura a partir do problema de pesquisa apresentado. O estudo admite os avanços jurídicos e sociais ocorridos na primeira década deste século até o presente momento, no entanto, considera que tais avanços precisam ser compreendidos a partir das ambiguidades e contradições presentes na sociedade capitalista, visto que tais características são refletidas no cenário onde são definidas e redefinidas as políticas sociais.

**Palavras-chave:** Direitos sociais, Pessoas idosas, Políticas públicas, Envelhecimento humano.

### INTRODUÇÃO

A discussão realizada em torno dos direitos voltados à população idosa necessita ser fundamentada a partir de análise que integre as relações e interesses materiais, considerando o contexto histórico, características, limiares e limitações de uma sociedade onde o capitalismo, enquanto sistema, impõe variadas desigualdades e vulnerabilidades sociais. Nesse sentido, as questões que se referem à construção e efetivação dos direitos das pessoas idosas precisam estar correlacionadas entre a multiplicidade de manifestações e dimensões do fenômeno do envelhecimento humano, levando em consideração os aspectos históricos, econômicos, políticos e culturais.

Considera-se que numa sociedade regida pela lógica do capital, o espaço urbano, as relações entre Estado e Sociedade civil são organizadas mediante os fundamentos do

---

<sup>1</sup> Psicóloga, pós graduada em Saúde Mental, mestranda do Programa em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social - UFRPE, rita.dekassia@hotmail.com.

<sup>2</sup> Docente do Programa de Pós Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social – UFRPE, professora Doutora do departamento de Ciências do Consumo - UFRPE, joseanasaraiva@yahoo.com.br.

capitalismo, de maneira que tais relações estão subordinadas às necessidades impostas pelo mercado. Segundo Monte-Mór (2005), para a produção e reprodução do capital, faz-se necessária a existência de serviços e equipamentos coletivos importantes à manutenção da força coletiva de trabalho, de maneira que as políticas públicas, a partir de tal lógica, criam, norteiam e implementam a utilização dos espaços e equipamentos públicos e privados - escola, transporte, habitação, hospitais, creches, serviços de cultura e lazer, entre outros.

Apesar dos desafios serem muitos e a precarização das ações voltadas para as pessoas idosas no Brasil ser histórica, somente a partir da Constituição de 1988 é que a discussão sobre os direitos especificamente orientados para a população idosa no país adquiriu importância. Conforme o documento, a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (FILHO, 2003; SANTOS *et al.*, 2013).

Em tempo anterior à implantação e implementação das políticas públicas voltadas à população idosa no Brasil, ocorreram relevantes discussões no âmbito internacional que influenciaram a agenda referente à pessoa idosa no país. Camarano e Pasinato (2004), destacam as assembleias promovidas pelas Nações Unidas em Viena (1982) - Assembleia Mundial sobre o envelhecimento - e em Madri (2002). Como consequência destes avanços, a Lei Nº 8.842 referente à Política Nacional do Idoso foi aprovada em 1994, posteriormente regulamentada pelo Decreto nº. 1.948/96, e cria o Conselho Nacional do Idoso, sendo implementado no ano de 2002. Nessa perspectiva, a Lei Nº 10.741 de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, é considerada um marco na formalização e legalização dos direitos das pessoas idosas no Brasil, destinado a regular os direitos assegurados aos idosos/as, sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações ao plano de Madri (FILHO, 2003, p. 10).

Em contraponto aos avanços legais no Brasil, as relações neoliberais fundamentam a criação de sociedades marcadamente mais desiguais, revelando-se como metodologia estratégica no mecanismo político do capitalismo. Segundo Saraiva (2015, p. 53), “acompanhando esse processo ocorre um recuo do Estado e do seu papel como provedor social, transformando-o em regulador do mercado e provedor das necessidades do capital financeiro”. Tal fenômeno, acarreta ambiguidades e contradições nos processos de desenvolvimento das políticas públicas, onde faz-se necessária a compreensão que o papel do Estado na efetivação dos direitos precisa ser relacionado às lutas de classes. Segundo Martinez (2013, p. 46), o Brasil sofre com as heranças do Estado Patrimonial e do escravismo, a desigualdade social ocupa um lugar central no debate entre preconceitos e privilégios de grupos abastados e das classes

dominantes, “somos vítimas do coronelismo tardio renitente e da violência política institucionalizada”.

Constata-se que apesar dos avanços legais na sociedade brasileira, medidas urgentes precisam ser tomadas, no sentido de assegurar os direitos sociais do/a idoso/a, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Goldman, 2004); (FILHO, 2003, p. 10).

Tais considerações reforçam a necessidade e urgência de se investigar de maneira articulada, histórica e crítica, as trajetórias e interesses envolvidos na construção dos direitos voltados para a população idosa no Brasil. A fim de problematizar a relação entre Estado – Sociedade Civil e as limitações frente a missão de efetivação das políticas públicas que atendam às necessidades dessa população específica. Nesse sentido, a presente pesquisa tem como objetivo geral analisar o percurso sócio-histórico para a consolidação dos direitos das pessoas idosas no Brasil.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, qualitativa, contando com poucos e bastante simples aspectos quantitativos, quantificação dos materiais encontrados, distribuição por área de conhecimento e tabulação simples. Essa investigação teve início por meio de pesquisa exploratória, sendo posteriormente constituída a etapa de formação da base de dados para leitura a partir do problema de pesquisa apresentado (VANTI, 2002). Os resultados mais relevantes foram selecionados com base principalmente em dois critérios, a qualidade acadêmica apresentada pelas produções, pelo alinhamento ao tema proposto. As buscas foram realizadas em cinco bases de dados bibliográficas — PubMed, Web of Science, EMBASE, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e LILACS. Ao finalizar as pesquisas em cada base, as referências duplicadas foram excluídas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme Boschetti (2009. p, 87) para compreender o conceito de política pública e direito de cidadania, é preciso inicialmente conhecer o termo política em seus dois principais significados. As autoras apresentam duas perspectivas, primeiramente a política aplicada à um sentido mais geral, referente aos temas clássicos da política, como eleições, voto, partido,

parlamento, governo. Posteriormente, o termo utilizado à um sentido mais recente e restrito, que se refere às ações do Estado face às demandas e necessidades sociais da sociedade.

A palavra política, no sentido de política pública, carrega uma conotação mais específica, diz respeito as medidas e a forma de agir com o objetivo de atender as legítimas demandas e necessidades sociais (e não individuais). A política pública trata de estratégias de ações pensadas, planejadas e avaliadas, na qual tanto o Estado como a sociedade civil protagonizam papéis ativos, a política pública, nesse sentido, é guiada por uma racionalidade coletiva. Reforçam a compreensão de que o estudo da política pública é de maneira intrínseca também o estudo do *Estado em ação* nas suas relações de reciprocidade e contradição com a sociedade. Por conseguinte, a política pública implica sempre o Estado como interventor, envolvendo atores governamentais e não-governamentais, por meio de demandas, suportes, ou apoios (BOSCHETTI, 2009. p, 96).

Para algumas pessoas o termo política é apenas o resultado – o fim - da atividade política dos governos, esta é uma compreensão fragmentada e parcial, visto que ela também abarca as necessidades provenientes da sociedade civil, além de possibilitar correlação de forças, estratégias de implantação de decisões e a própria implementação com seus respectivos impactos. Dessa maneira, a política pública também está relacionada a conflitos de interesses e é resultante de decisões que visam administrar esses conflitos (BOSCHETTI, 2009. p, 97).

As autoras afirmam que a principal característica é justamente o fato de ser pública – de todos os cidadãos -, não é uma política que pertence ao estado, ou a grupos específicos, bem como não pode ser pensada individualmente. Seu caráter público se dá por comportar um conjunto de decisões e ações de intervenções do Estado e, ao mesmo tempo, da sociedade civil. Segundo as autoras, as políticas públicas possuem tais características, a) Constituem um marco ou linha de orientação para a ação pública, sob a responsabilidade de uma autoridade também pública sob o controle da sociedade; b) Visam concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis; c) Guiam-se pelo princípio do interesse comum –público-, e da soberania popular, e não do interesse particular e da soberania dos governantes; d) Devem visar a satisfação das necessidades sociais e não da rentabilidade econômica privada. Nesse segmento, é sua função concretizar direitos conquistados pela sociedade e incorporados nas leis, bem como alocar e distribuir bens públicos que são indivisíveis e são fáceis de acessar. Os direitos pelos quais as políticas públicas objetivam concretizar são os direitos sociais<sup>3</sup> que se

---

<sup>3</sup> Para tornar mais didática a identificação das políticas públicas com os direitos sociais, os direitos são geralmente classificados em gerações a)primeiro surgiram experiências relacionadas à vida e à liberdade individual, propiciando a instituição dos direitos civis; segundo surgiram experiências relacionadas às liberdades políticas e ao direito de participar no governo da sociedade, propiciando a instituição dos direitos

guiam pelo princípio da igualdade, tendo como finalidade o desenvolvimento da equidade, da justiça social, abrindo espaço para a sociedade exigir ações ativas por meio do Estado para transformar tais valores em realidade cotidiana (BOSCHETTI, 2009. p, 102). Para analisar como se deu a construção dos direitos voltados para a população idosa, assim como as políticas públicas que transversalizam com a questão do envelhecimento no Brasil, será realizado recorte histórico objetivando melhor entendimento.

Nessa continuidade, o Brasil manteve-se colônia de Portugal durante três séculos, ligado a expansão comercial europeia. À época a produção estava baseada na agricultura e o trabalho escravo permaneceu ao longo dos séculos XVI, XVII, XVIII como resultado do processo de colonização. Segundo Carvalho (2002, p.45) o sistema negava a condição humana do escravo e o Estado, por sua vez, estava comprometido com o poder privado. Nessa condição, as relações de poder nas grandes propriedades, os coronéis eram a própria lei e se portavam como donos dos escravos, bem como dos trabalhadores. Para Couto (2004, p. 78), as relações de trabalho eram baseadas na submissão e no compadrio, eliminando a possibilidade de relações livre de cidadania.

Segundo Dallarari (2003, p, 449), no Brasil colônia e também no império os movimentos sociais restringiam a discussão em relação a dependência econômica da coroa e aos pesados tributos que eram cobrados. Só no final do Século XVIII, as ideias liberais surgem mediante a iniciativa de uma série de movimentos revolucionários, os quais tinham como ideal reivindicar a independência comercial de Portugal, contudo, temiam a ideia de liberdade e igualdade entre a população (VIOTTI DA COSTA, 2001, p, 95).

No início do século XIX com a mudança da Família Real Portuguesa para o Brasil, o movimento pela independência do país se desenvolve progressivamente. Aos fins do século XVIII, quando as tensões criadas pela crise do sistema deram origem a uma série de movimentos revolucionários e de conspiração contra a Coroa Portuguesa, culminou a proclamação da independência, em 1822.

Segundo Saraiva (2015, p. 67-68) independente, o país logo exigiu uma Constituição, cuja organização e formatação, em 1824, retratou contraditoriamente o pensamento liberal vigente, incorporando a liberdade individual, o direito à propriedade privada, igualdade de todos perante a lei e a liberdade de pensamento e expressão. Para autora, na verdade, essas garantias eram usufruídas por uma parcela ínfima da população, aquela que podia manter-se e

---

políticos; terceiro, surgiram experiências relacionadas a necessidade de combinar liberdade com igualdade, sobretudo para a satisfação de necessidades básicas, propiciando a instituição dos direitos sociais (BOSCHETTI, 2009. P, 102).

participar da vida política do país, refletindo uma grande contradição entre o enunciado da lei e o que acontecia na realidade do Brasil naquela época.

De acordo com Couto (2004, p. 83, 84), os primórdios de organização e formatação da primeira Constituição retratar elementos da herança histórica, sobremaneira, da dependência política, do trabalho escravo e das relações de poder centradas nos grandes proprietários. A Constituição de 1824 foi resultado desses movimentos, ajustado a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789), defendendo a liberdade individual, o direito a propriedade, educação primária gratuita, igualdade de todos perante a lei e liberdade de pensamento e expressão. Para Dallari (2000), à época, grandes contradições já eram percebidas entre as disposições legais e o que acontecia efetivamente no cotidiano da população brasileira.

De acordo com Carvalho (2002), o Brasil herdou a lógica de uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e um Estado absolutista, evidências que dificultaram ao longo da história a implantação de mecanismos para garantia dos direitos sociais. Couto (2004, p. 89) afirma que essa realidade sempre esteve presente durante o Brasil Colônia e no Império e se estendeu após a Proclamação da República e a promulgação da Constituição de 1891, condição de um país que escrevia como legislação aquilo que não podia efetivar.

Assim, entre 1930 a 1964, o Brasil contou com nove governos com características próprias, conforme síntese apresentada por Couto (2004, p. 115), entre 1930 a 1937, Getúlio Vargas, governo presidencialista de recorte revolucionário; entre 1937 a 1945, Getúlio Vargas, Estado Novo; entre 1945 a 1950, Eurico Gaspar Dutra, redemocratização do país; entre 1950 a 1954, Getúlio Vargas, Presidencialismo de recorte populista (eleição direta); entre 1954 a 1956, Café Filho, Carlos Luz, Nereu Ramos, período de transição; entre 1956 a 1961, Juscelino Kubitschek, Presidencialismo de recorte desenvolvimentista; 1961, Jânio Quadros, Presidencialismo de recorte moralizante; entre 1961 a 1963, João Goulart, Parlamentarismo; entre 1963 a 1964, João Goulart, Presidencialismo de recorte trabalhista.

Segundo Behring e Boschetti (2011, p. 81), no final do século XIX e início do século XX o liberalismo à brasileira não comportava a questão dos direitos sociais, que foram incorporados sob pressão dos trabalhadores e com fortes dificuldades para sua implementação e garantia efetiva.

Em termos de proteção a população idosa Fernandes e Soares (2012, p. 1496) destacam no Brasil o marco legal em 1923, a Lei Eloy Chaves que trata do sistema previdenciário<sup>4</sup>; há

---

<sup>4</sup> O primeiro ato governamental de intervenção nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões - CAP, para os trabalhadores de ferrovias.

referências também em artigos do Código Civil (1916), do Código Penal (1940), e do Código Eleitoral (1965) mencionando as pessoas idosas.

Os dois períodos do governo Vargas, 1923 a 1965, marcam o início da preocupação com o desenvolvimento das políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da economia e com fins de atender a classe industrial. Segundo os autores as outras políticas resultantes do período foram fragmentadas, aprofundando o processo de exclusão e desigualdade social no país.

Durante o período de 1964 a 1985 o Brasil viveu sob a governança militar, essa época ficou marcada pela utilização dos atos institucionais que mediante declaração solene, estatuto ou regulamento se sobrepõe a Constituição vigente, que estabeleceram a censura, a perseguição, a supressão de direitos, a desapropriação da democracia e a repressão aos que não eram coniventes ao governo (VALLE, 2004. p. 11).

Na análise da morfologia e funcionamento do Estado social brasileiro ao longo das fases de introdução e consolidação do sistema brasileiro de política social, Draibe (1989, p. 33), enfatiza que o binômio meritocracia-universalismo esteve presente na orientação das ações sociais do Estado, assim como os aspectos residuais com que atingem e/ou incorporam grupos sociais particulares a seus benefícios. De forma que foi o princípio do mérito que constitui a base sobre a qual se ergueu o sistema brasileiro de política social. Nesse sentido, as políticas sociais, na sua maioria, reproduzem o sistema de desigualdades predominante na sociedade, revelando a escassez de modelos redistributivos e igualitários. Desde muito cedo foi possível observar que, tal como está montado o sistema, a maior igualdade, no sentido de uma redistribuição vertical de renda (através das políticas sociais), não constitui objetivo prioritário, o nível mínimo a todos oferecido igualmente é bastante precário.

Em sua análise, Draibe (1989, p. 33), identifica que a organização do sistema brasileiro de proteção social foram definidos e cristalizados na fase de consolidação institucional, baseando-se pelos princípios, a) extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do governo; b) uma forte fragmentação institucional - multiplicação de diferentes formas de organismos públicos, tais como institutos, fundações e, principalmente empresas públicas; c) ausência de mecanismos públicos de controle, abrindo assim espaço para o livre movimento dos interesses privados no aparelho de Estado; d) incrível superposição de programas e de clientelas, como expressão da desintegração institucional; d) o uso clientelístico da máquina social. O comportamento clientelista do governo deixa sua marca no modo de funcionamento do sistema.

Nas décadas de 1980 a 1990 o Brasil viu o nascimento de uma nova configuração política, econômica e social, marcada pela transição dos governos militares à constituição da

democracia. Segundo Caramano (2004, p. 265), o Brasil é considerado pioneiro com a universalização da seguridade social. Após 1985, com o governo da Nova República, também, foram feitas tentativas de transformação do padrão de política social, sem que entretanto, tenha conquistado muito sucesso. As transformações de qualidade foram decididas, de maneira que com a mais recente constituição foram consagrados novos princípios de uma política social mais justa (DRAIBE, 1989).

Em 1988, o título ‘Ordem social’ apareceu pela primeira vez na Constituição de 1988, mencionando aspectos da família, da criança, do adolescente e do idoso. Em relação à pessoa idosa:

[...]ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Em seu primeiro inciso, o artigo estabelece que os programas de cuidados dos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. O segundo inciso amplia para todo o território nacional uma iniciativa que já vinha sendo observada em alguns municípios, desde o início da década de 1980: a gratuidade dos transportes coletivos urbanos para os maiores de 65 anos (CAMARANO, 2004, p. 267).

A partir dos anos 70, o processo sócio-político começou a operar mudanças diante do novo perfil da população, assim, alguns marcos históricos, apresentados no quadro 1, foram consagrados conforme mostra Fernandes e Soares (2012, p. 4).

**Quadro 1 - Marcos históricos consagrados no Brasil.**

1974	Por meio da Lei nº 6.179, foi criada a Renda Mensal Vitalícia, através do então Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, e de decretos, leis, portarias, referentes, principalmente, à aposentadoria.
1977	Foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), (Lei nº 6.439) integrando: o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, a Fundação Legião Brasileira de Assistência – LBA, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor FUNABEM, a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social – DATAPREV, o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social – IAPAS, para unificar a assistência previdenciária.
1982	Foi realizada a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (ONU), em Viena, que traçou as diretrizes do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento, publicado em Nova York em 1983. Esse Plano de Ação almejou sensibilizar os governos e sociedades do mundo todo para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos, bem como alertar para o desenvolvimento de estudos futuros sobre os aspectos do envelhecimento.

1986	Foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que propôs a elaboração de uma política global de assistência à população idosa.
1988	Foi promulgada a Constituição Cidadã – Constituição Federal, que destacou no texto constitucional a referência ao idoso. Essa foi, de fato, a primeira vez em que uma constituição brasileira assegurou ao idoso o direito à vida e à cidadania: A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. - § 1º Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2º Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos(CF, art. 230, 1988).
1993	Foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – Lei 8.742/93, que regulamenta o capítulo II da Seguridade Social da Constituição Federal, que garantiu à Assistência Social o status de política pública de seguridade social, direito ao cidadão e dever do Estado. A LOAS inverte a cultura tradicional dos programas vindos da esfera federal e estadual como pacotes, e possibilita o reconhecimento de contextos multivariados e, por vezes universais, de riscos à saúde do cidadão idoso. Cita o benefício de prestação continuada, previsto no art. 20 que é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com setenta anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.
1994	Foi aprovada a Lei Nº 8.842/1994 que estabelece a Política Nacional do Idoso (PNI), posteriormente regulamentada pelo Decreto Nº 1.948/96.6, e cria o Conselho Nacional do Idoso. Essa Lei tem por finalidade assegurar direitos sociais que garantam a promoção da autonomia, a integração e a participação efetiva do idoso na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. Estipula o limite de 60 anos e mais, de idade, para uma pessoa ser considerada idosa. Como parte das estratégias e diretrizes dessa política, destaca-se a descentralização de suas ações envolvendo estados e municípios, em parceria com entidades governamentais e não governamentais. A Lei em discussão rege-se por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, com a família, a sociedade e o Estado os responsáveis em garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida. O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade de forma geral e o idoso não deve sofrer discriminação de nenhuma natureza, bem como deve ser o principal agente e o destinatário das transformações indicadas por essa política. E, por fim, cabe aos poderes públicos e à sociedade em geral a aplicação dessa lei, considerando as diferenças econômicas e sociais, além das regionais.
1999	Foi implantada a Política Nacional da Saúde do Idoso pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS) que estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa. Essas diretrizes são: a promoção do envelhecimento saudável, a prevenção de doenças, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde dos idosos, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados

	informais, e o apoio aos estudos e pesquisas. E ainda, tem a finalidade de assegurar aos idosos sua permanência no meio e na sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de modo independente.
2002	Foi realizada a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid – Plano Internacional do Envelhecimento – que tinha o objetivo de servir de orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI. Esperava-se alto impacto desse plano nas políticas e programas dirigidos aos idosos, principalmente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Dessa feita, ele foi fundamentado em três princípios básicos: 1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice; e 3) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento.
2003	Foi realizada a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, no Chile, na qual foram elaboradas as estratégias regionais para implantar as metas e objetivos acordados em Madrid. Foi recomendado aos países que, de acordo com suas realidades nacionais, propiciassem condições que favorecessem um envelhecimento individual e coletivo com seguridade e dignidade. Na área da saúde, a meta geral foi oferecer acesso aos serviços de saúde integrais e adequados à necessidade do idoso, de forma a garantir melhor qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e da autonomia.
2003	No Brasil, entra em vigor a Lei nº 10.741, que aprova o Estatuto do Idoso destinado a regular os direitos assegurados aos idosos. Esse é um dos principais instrumentos de direito do idoso. Sua aprovação representou um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Madri.
2006	Foi realizada a I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, na qual foram aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI.

Fonte: (FERNANDES e SOARES, 2012, p. 4).

No que concerne especificamente aos direitos dos idosos no Brasil, conforme Simões (1998, p.375), a Lei Federal Nº 8842/1994 inaugura esse mérito com a Política Nacional do Idoso, primeira medida estatal de âmbito nacional, regulamentada pelo Decreto Nº 1948/1996, resultado de reivindicações feitas pela sociedade, a partir de várias discussões e consultas ocorridas nos Estados e Municípios, com a participação das pessoas idosas, educadores, profissionais e pesquisadores da área de gerontologia e de geriatria e entidades representativas do seguimento.

Nos termos dessa lei, a Política Nacional do Idoso - PNI tem como objetivo assegurar os direitos sociais as pessoas idosas, criando condições para promover sua autonomia, integração

e efetiva participação na sociedade, por meio do órgão ministerial responsável pela assistência social.

Segundo Camarano (2013, p. 8), até a sanção da Lei Nº 10741/2003 que trata Estatuto do Idoso, a legislação referente a pessoa idosa no Brasil era fragmentada em ordenamentos jurídicos setoriais ou em instrumentos de gestão política. Assim como a Política Nacional do Idosos, o Estudo do Idoso resultou de ampla mobilização dos movimentos sociais constituídos pelas pessoas idosas, envolvendo várias associações de aposentados e pensionistas, bem como entidades de pesquisa.

Apesar desse movimento e do Estatuto tratar de uma causa primordial, a regulamentação dos direitos das pessoas idosas em múltiplas esferas, a lei nº 10741/2003 só foi aprovada após sete anos tramitando no Congresso Nacional. Contudo, sua aprovação representa um passo importante da legislação brasileira no contexto de sua adequação às orientações do Plano de Ação para o Envelhecimento de Madri de 2002<sup>5</sup>. Nesse sentido, o Estatuto do Idoso, representa um marco histórico na legislação do Brasil, possui 118 artigos, versa em relação aos direitos fundamentais, a proteção as pessoas idosas, fortalecendo as diretrizes da Política Nacional do Idoso.

A Lei Nº 10.741/2003 - dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências - em conjunto com a Lei Nº 8.842/94 - dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências – destacam-se como avanços nos instrumentos jurídicos no Brasil, dispõem de normas e diretrizes para a formulação e execução de políticas públicas e serviços destinados à população idosa no Brasil. O estatuto possui força legal e além disso conquistou prestígio da sociedade pelos efeitos que produz na representação social. Visto que é um instrumento que protege a velhice, considerado um marco dos direitos à pessoa idosa, traz consigo uma série de injunções de ordem política, econômica, cultural e subjetiva em torno do fenômeno complexo do envelhecimento. Nesse sentido, o documento tem repercussão não apenas na esfera jurídica, mas na sociedade em geral, já que compõe uma produção simbólica e conceitual sobre a figura da pessoa idosa na cultura.

Em análise geral, o estatuto é um documento escrito na linguagem do Direito, estruturado como um conjunto de dispositivos jurídicos derivados da Constituição Nacional – nomeada Constituição Cidadã -, o documento é composto por 7 títulos; 23 capítulos; 118 artigos; 109

---

<sup>5</sup> A II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, celebrada em Madri, decidiu adotar um Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento para responder às oportunidades que oferece e aos desafios feitos pelo envelhecimento da população no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades. No marco desse Plano de Ação, resolvemos adotar medidas em todos os níveis, nacional e internacional, em três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e, ainda, criação de um ambiente propício e favorável (ONU, 2003. p. 19).

incisos; 48 parágrafos; 16 parágrafos únicos e 10 alíneas, destinados a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Nas disposições preliminares, no Art. 2º destaca que a pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. No Art. 3º, afirma que

é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Percebe-se que a linguagem jurídica, a organização do texto, a redação direta, o seu aspecto formal – usual aos instrumentos legais - produz uma representação social no sentido da verdade e do direito inquestionável, ele não economiza verbos na forma imperativa, substantivos concretos e superlativos para demonstrar as determinações nele contidas. Compreende-se, dessa forma, que os seus elementos objetivos e contextuais implicam diretamente na produção dos efeitos de sentido na sociedade.

No Título II trata dos direitos fundamentais, à vida, à liberdade; ao respeito; à dignidade, aos alimentos; à saúde; à educação; cultura; esporte e lazer; à profissionalização e ao trabalho; à previdência social; à assistência social; à habitação e ao transporte.

Segundo Araújo (2016. p, 110), os Direitos Fundamentais constituem uma categoria jurídica, constitucionalmente erigida e vocacionada à proteção da dignidade humana em todas as dimensões, resguardando os direitos e garantias individuais, bem como os direitos econômicos, sociais e culturais, e a sua preservação. Oriundo da Constituição vigente, os direitos fundamentais estão presentes no Art. 5º da Constituição Federal de 1988, consoante, Miranda (1993, p. 9), podem ser compreendidos a partir da própria noção de pessoa, direitos básicos da pessoa.

Versa ainda sobre as medidas de proteção; sobre a política de atendimento ao idoso; do acesso à justiça e dos crimes. Destaca-se que a responsabilidade, de acordo com o estatuto, abrange a coletividade, implicando a família, comunidade, sociedade e Estado para o respeito e cumprimento dos direitos previstos na lei, além de buscar formas para viabilizar a participação, maior interação social em todas as esferas da sociedade.

Assim como o Estatuto do Idoso, a Política Nacional do Idoso ampliou o entendimento da questão do envelhecimento num país onde os idosos estão ficando de cabelos brancos, na

busca de garantir a dignidade e a integralidade das ações nos estados do Brasil voltadas para esse segmento. Ademais, impulsionaram, sem sombra de dúvidas, o debate sobre os direitos humanos da pessoa idosa, a efetivação destes e a reivindicação a participação coletiva (família-sociedade-Estado) para a responsabilização e respeito às pessoas idosas (FRENANDES e SOARES, 2012).

Embora a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso reafirmem as obrigações da família, sociedade, comunidade e do poder público no que diz respeito à atenção e prioridade em todos os aspectos para que o/a idoso/a possa gozar de todos os seus direitos no Brasil, esse cenário ainda parece limitado. Ainda se vive num país de intensas desigualdades sociais, sobretudo para a população mais vulnerável, como é o caso das mulheres, população negra, crianças adolescentes e idosos/as. Em se tratando dos/as idosos/as essa vulnerabilidade se acentua, principalmente ao considerarmos a leitura de Mafra e Wong (2012 p.27) quando afirmam que “a longevidade apresenta grandes desafios para as políticas de proteção social e para as famílias, visto que esta não está associada à melhoria das condições de vida dos/as idosos/as”.

O Estado de Pernambuco acompanhou as normativas nacionais de proteção à Pessoa Idosa conforme se mostra no quadro 2.

**Quadro 2** - Marcos históricos consagrados em Pernambuco em relação aos direitos da pessoa idosa.

1994	Criação do Conselho Estadual do Direito do Idoso – CEDI – PE (Lei Estadual nº 11.119/94, alterada pelas Leis nº 11.415/96 e nº 12.423/2003).
2001	Lei nº 12.109 de 26 de novembro de 2001. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências. A política estadual do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação.
2013	Em 10 de dezembro de 2013 foi lançado o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa (PEAIPI), por meio do Decreto Estadual nº 40.190/13.
2013	Através do Decreto Estadual nº 40.187/13 foi redenominado 1 (um) cargo, em comissão, de Superintendente Técnico, do Quadro de Cargos da Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, passando a denominar-se Superintendente de Defesa e Promoção dos Direitos da Pessoa Idosa de Pernambuco.

2014	Em maio de 2014, foi criado o Projeto Humanidade, objetivando criar ações estratégicas para Promoção dos direitos das Pessoas Idosas que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI.
2015	Assinatura do Termo de adesão ao Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.
2015	Criação do Grupo de Articulação e Monitoramento do Termo de adesão ao Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo.

Fonte: Sistematização da pesquisadora.

Demais legislações consagram o direito ao envelhecimento, dentre as quais teve mais atenção na presente pesquisa, a Lei Nº 12,109/2001 (alterada pela Lei nº 16.340/18), que dispõe sobre a Política Estadual do Idoso, que enumera princípios e diretrizes a serem observados, em que estabelece o pleno gozo de todos os direitos da cidadania pela pessoa idosa em Pernambuco, sua participação na comunidade, proteção contra discriminação e sua permanência junto à família, com a priorização de atendimento. Além de trazer as competências dos órgãos públicos na implantação da política estadual nas áreas de trabalho, promoção e garantia dos direitos da pessoa idosa; saúde, em todas as suas unidades; assistência social; educação e esporte; cultura; justiça; infraestrutura; indústria, comércio e turismo, bem como aborda as competências dos conselhos de direitos da pessoa idosa.

Vale salientar que apesar dos avanços, ainda há muitos desafios tanto nos princípios do desenvolvimento da política, quanto em sua efetivação. A política Estadual ainda toma o grupo etário homogêneo o que pode mascarar desigualdades sociais, principalmente para populações marginalizadas, sem considerar de maneira mais efetiva a condição de classe, afinal, o envelhecimento não é uma questão social para todos que envelhecem. Raça e gênero são também duas dimensões importantes que estão ausentes na concepção da política, mas ainda presentes no padrão de discriminação e dominação das classes dominantes tradicionais. Muitas questões voltadas às políticas de proteção social, baseadas em generalizações, podem contribuir para o desenvolvimento ou para a intensificação de preconceitos.

Nessa perspectiva, a Lei Nº 8.742/93 institui a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, onde há determinação em relação a proteção da pessoa idosa como um dos objetivos da política da assistência social. Atribui a garantia do Benefício de prestação Continuada – BPC, garantia de um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e à pessoa idosa, este último especificamente nos casos em que comprovadamente não possua outros meios de prover a sua própria manutenção ou desta ser provida pela família.

Portanto, no Brasil há um conjunto de instrumentos jurídicos que visam a proteção à pessoa idosa, garantia de sua autonomia, maior participação social, valorização, possibilitando o direito do exercício de sua cidadania usufruir de respeito, liberdade e qualidade de vida.

Na relação Estado / sociedade de classes, a política social se constitui como elemento central, trata-se de imprimir historicidade a esse conceito. O que significa observar seus nexos causais relacionados as formas de produção e reprodução sociais do sistema capitalista, mais especificamente esse conceito está impregnado de luta de classes por direitos sociais, num contexto em que as forças de resistências aparecem fragmentadas em função do desemprego, da precarização, da flexibilização das relações de trabalho e da privatização das instituições públicas.

Sob argumento de crise fiscal do Estado a tendência geral é a prática da redução dos direitos sociais em ações pontuais e compensatórias direcionadas para amenizar os efeitos da crise. As estratégias preventivas são limitadas, prevalecendo a tríade da lógica do Estado neoliberal: privatização, focalização e descentralização das políticas sociais (BEHRING e BOSCHETTI, 2011. p, 156).

Apesar da Seguridade Social no Brasil ser regulamentada a partir das Leis da Seguridade Social (1991); Lei Orgânica da previdência Social (1991); Lei Orgânica da Assistência Social (1993) e Lei Orgânica da Saúde (1990), o processo de regulamentação não garantiu a materialização de todas as bases norteadoras dos direitos. Os princípios constitucionais mesmo genéricos são norteadores da estrutura da seguridade social em seu sentido de formação mais amplo, no entanto o conceito retardatário, distorcido ou inconcluso da seguridade social brasileira encontrou dificuldades antigas e novas ainda maiores para se consolidar (BOSCHETTI, 2009, 2006; PEREIRA, 1996; FLEURY, 2004; SOARES, 2000).

O processo para efetivação dos direitos parece ter sido atropelado pelos acordos neoliberais, reforçando problemas crônicos do sistema político brasileiro, combinado com o projeto antidemocrático e antipopular estrategicamente planejados pelas classes dominantes, onde a política social evidentemente ocupa lugares secundários.

Nesse sentido, o conjunto de direitos das pessoas idosas conquistados também foram e estão submetidos à lógica neoliberal de ajustes fiscais com redução de custo para as políticas sociais, onde se torna evidente o hiato entre os direitos e a realidade no Brasil.

Viana (1998, p. 143, 144) corrobora esse argumento e afirma em seu estudo que o sistema de proteção social brasileiro, processualmente, desde a era Vargas foi sendo preparado para uma amenização perversa dos problemas sociais críticos no país, nesse sentido fez com que o

conceito de seguridade social se perdesse no caminho, impedindo a efetivação das conquistas realizadas através de muitas lutas.

Para Saraiva (2015, p. 54), o investimento do referido governo, no campo dos direitos do trabalhador, mediante legislação específica, foi delineando uma política baseada na proposta de um Estado social autoritário que buscava sua legitimação em medidas de cunho regulatório e puramente assistencialista, caracterizando um sistema de proteção social de tipo conservador, com fortes marcas corporativas e clientelistas na consagração de privilégios e na concessão de falsos benefícios, que o sagrou como pai dos pobres.

Tais argumentos justificam o retorno das demandas sociais à família e às organizações sem finalidade lucrativa, ao se constituir uma rede complementar de provisão social, mas, no sentido de assumir uma eficácia para atender as necessidades sociais. Segundo Montaña (2002, p. 30), as entidades sem finalidade lucrativa são agentes do bem-estar e são convocados a substituir as políticas públicas que deveriam ser providas e realizadas pelo Estado.

Yazbek (2000) e Saraiva (2015, p. 52-58) em uma ampla análise sobre o papel do Estado na provisão das demandas sociais caracterizam esse processo de refilantropização das políticas sociais. Considerando a argumentação de Behring e Boschetti (2011, p. 177), a lógica neoliberal pretende sustentar um Estado mínimo onde o fundo público atue como pressuposto do capital, em um contexto onde Estado vem se desresponsabilizando gradualmente do seu papel como provedor social.

Os estudos no campo dos direitos humanos e sociais, são unânimes em afirmar que não se pode negar que a nova Constituição consagrou conquistas inéditas na área social. Contudo, segundo Draibe (1989), Yazbek (2000), Montaña (2011), Behring e Boschetti (2011), Saraiva (2015), entre outros teóricos, salientam que essas conquistas pouco significaram em termos de melhoria da condição e da qualidade de vida da população, uma vez que os direitos sociais conquistados não conseguiram ser efetivados conforme se encontram nos termos da lei, ainda que sejam reconhecidos avanços significativos, estes até então não foram produções que atingissem estruturalmente o fenômeno da exclusão e da desigualdade social no país.

Castel (1995, p. 52), reforça o cuidado para a utilização do termo *exclusão*, consideração relevante para o Brasil que vive uma condição de profundas desigualdades sociais até os dias atuais. Nesse sentido, a exclusão não se trata de qualquer disfunção social, no entanto está contextualizada no conjunto dos componentes que constituem hoje a questão social na sua globalidade. O autor destaca ainda que em se tratando da intervenção em populações mais vulneráveis, faz-se necessário empregar um esforço para que medidas de discriminação positiva (as tentativas de compensar as desvantagens sofridas por algumas categorias sociais em matéria

de acesso ao trabalho, moradia, educação, cultura, etc) não se degradem em status de exceção. Ainda lembra que a luta contra a exclusão é levada, também e sobretudo, pelo modo preventivo, onde o Estado em ação precisa intervir sobretudo em fatores de desregulação da sociedade salarial fundamentalmente no núcleo dos processos da produção e da distribuição das riquezas sociais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O que se constata, a partir desse estudo, é que na contramão da pobreza de dimensões continentais do Brasil e do abismo que separa pobres dos ricos, ainda é presente um processo contínuo de desresponsabilização do Estado com a efetivação dos direitos sociais voltados para a população idosa, até os dias atuais. Essas condições persistem, com demandas sociais cada vez maiores e necessárias. Nesse processo percebe-se o afastamento do Estado e a transferência do seu papel como provedor social para outras instâncias da sociedade.

O estudo admite os avanços jurídicos e sociais ocorridos na primeira década deste século até o presente momento, No entanto, considera que tais avanços precisam ser compreendidos também a partir das ambiguidades e contradições, visto que refletem no cenário onde são definidas e redefinidas as políticas sociais. Desta perspectiva, coloca-se como desdobramentos da questão fundamentalmente debatida, em que medida as políticas sociais, ou o perfil de proteção social brasileiro aponta para a constituição dos direitos sociais, quebrando nossa herança de direitos como privilégio porque têm origem em atributos meritocráticos corporativos ou individuais, considerando aqui a tradição histórica de que benefícios e serviços não-contributivos constituem um “favor” do Estado e não um direito dos cidadãos.

## **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, Fernando. Estado e Capital: uma coexistência necessária. Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. Política Social: fundamentos e história. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOSCHETTI, Ivanete. Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº. 10.741, de 1º. de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 3 Abril. 2014

\_\_\_\_\_. Lei nº. 8.842, de 5 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA. 2004.

CAMARANO, Ana Amélia e PASINATO, Maria. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas *apud* Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?/ Organiz. CAMARANO, Ana Amélia. Diretoria de Estudos Macroeconômicos do IPEA Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARANO, Ana Amélia. Estatuto do idoso: avanços com Contradições. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

CARVALHO, J. M. Cidadania no Brasil. O longo caminho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CASTEL, ROBERT. As armadilhas da exclusão. In Desigualdade e a questão social. 3 ed. São Paulo: EDUC, 1995.

COUTO, Berenice Rojas. O direito social e a Assistência social na sociedade brasileira: uma questão possível?. São Paulo: Cortez, 2004.

DALLARI, Dalmo. Elementos da Teoria Geral do Estado. 24ª ed. atual., São Paulo: Saraiva, 2003.

DRAIBE, Sônia M. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. In: ANPOCS. *Ciências sociais hoje*. São Paulo: Vértice/ANPOCS, 1989. p. 13-61.

FERNANDES, Maria; SOARES, Sônia. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Revista Esc. Enferm – USP. n, 46. v, 6. 2012. p. 1494-1502.

FILHO, E. S. A. A efetividade legal do estatuto do idoso constituído sob a lei 10.741/2003. Universidade Federal da Paraíba. Disponível em [http:<http://biblioteca.virtual.ufpb.br/files/a\\_efetividade\\_legal\\_do\\_estatuto\\_do\\_idoso\\_constituado\\_sob\\_a\\_lei\\_10.7412003\\_1343915256.pdf>](http://biblioteca.virtual.ufpb.br/files/a_efetividade_legal_do_estatuto_do_idoso_constituado_sob_a_lei_10.7412003_1343915256.pdf).

FLEURY, S. Estado sem cidadãos. Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

GOLDMAN, S. N. As dimensões sociopolíticas do envelhecimento. In: PY, L. et al. Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais. 2. ed. Holambra: Setembro, 2006. p. 57-76.

MARTINEZ, V. C. Teorias do Estado: Metamorfoses do Estado Moderno. São Paulo: Scortecci, 2013.

MIRANDA, Jorge. Manual de Direito Constitucional. 2 ed. Coimbra: Coimbra, 1993.

MONTAÑO, Carlos. Terceiro setor e a questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção. São Paulo: Cortez, 2002.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. Estado, classe e movimento social. 3 ed. Cortez. São Paulo, 2011.

MONTE-MÓR, R. L. O que é o urbano, no mundo contemporâneo. Cadernos de Saúde Pública, v.21, n.3. maio/jun. 2005.

PEREIRA, P. A. A assistência social na perspectiva dos direitos: Crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

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 da UFPE. 2015. 221p. ISBN 978-85-415-0334-1.

SIMÕES, J.A. A maior categoria do país: o aposentado como ator político. In: BARROS, M.M.L. Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: FGV, 1998.

SOARES, L. T. Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina. São Paulo: Cortez, 2000.

VALLE, Maria Ribeiro. 1964 – 2014: golpe militar, história, memória e direitos humanos. São Paulo: cultura acadêmica editora, 2004.

VANTI, N. Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. Ciência da Informação, v. 31, n. 2, p. 152-162, maio/ ago. 2002.

VIOTTI DA COSTA, E. Introdução ao estudo da emancipação política apud MOTA, C. G. (org.) Brasil em perspectiva. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

YASBEK, M.C. Pobreza e exclusão social: expressão da questão social no Brasil apud Temporalis Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Brasília, v.2, n.3, jan./jun, 2001.

## CONTRIBUIÇÃO NUTRICIONAL DAS PLANTAS ALIMENTÍCIAS NÃO CONVENCIONAIS PARA A SAÚDE DO IDOSO

Ívina Albuquerque da Silva<sup>1</sup>  
Lucas Henrique de Barros Portela Campelo<sup>2</sup>  
Maria do Rosário de Fátima Padilha<sup>3</sup>  
Neide Kazue Sakugawa Shinohara<sup>4</sup>

### RESUMO

Pelo menos 23% dos idosos encontram-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica no Brasil. Indicadores sociais apontam uma analogia entre os perfis de vulnerabilidade social, baixa renda e índice de pobreza, podendo culminar em quadros de insegurança alimentar. A ausência de segurança alimentar pode causar distúrbios fisiológicos e debilidades entre os indivíduos de idades mais avançadas. Diante dessa intrincada discussão social e econômica, o presente trabalho buscou avaliar a possibilidade de inserção das plantas alimentícias não convencionais (PANC) no cardápio de idosos, a fim de verificar sua viabilidade, potencial nutricional, implicações na saúde, contrabalanceando os perigos que podem existir relacionados ao consumo. Para tanto, foi necessário estabelecer uma revisão com o auxílio das bases de dados SCIELO, LILACS, NCBI, PUBMED, BVS e o IBGE, utilizando palavras-chave como "envelhecimento humano", "insegurança alimentar", "vulnerabilidade socioeconômica", "idoso", "plantas alimentícias não convencionais" e "PANC". O acervo bibliográfico reuniu 60 trabalhos que estabeleceram relações direta ou indiretamente com o tema. Foi evidenciado que as PANC podem constituir uma alternativa de evasão viável frente ao quadro de insegurança alimentar, suprimindo nutrientes importantes e ampliando o repertório culinário. Em adição, as PANC podem fornecer compostos bioativos capazes de atenuar o risco de ocorrência de doenças crônicas, contribuindo para que idosos tenham uma sobrevivência de qualidade. Entretanto, deve haver mais estudos sobre as implicações fisiológicas que o consumo das PANC podem trazer para o organismo do idoso, além de maiores abordagens sobre o tema, principalmente no sentido de instruir melhor a população sobre essas plantas, consumo adequado e precauções.

**Palavras-chave:** Insegurança alimentar, Idoso, Plantas alimentícias não convencionais, PANC, Doenças crônicas.

### INTRODUÇÃO

Segundo as Nações Unidas, a estimativa de idosos no mundo para o ano de 2017 era de cerca de 962 milhões de indivíduos. A projeção para o ano de 2030 é que esse grupo populacional mais que dobre em relação a 2017, ou seja, atinja números próximos a 1,2

<sup>1</sup>Pós-Graduada em Gestão e Segurança de Alimentos do Centro Universitário SENAC-SP, [ivina.albuquerque.silva@gmail.com](mailto:ivina.albuquerque.silva@gmail.com);

<sup>2</sup>Graduando pelo Curso de Gestão em Turismo do Instituto Federal de Pernambuco-PE, [lucas.hbpcampelo@gmail.com](mailto:lucas.hbpcampelo@gmail.com);

<sup>3</sup>Doutora do curso de Gastronomia da Universidade Federal Rural de Pernambuco- PE, [padilhamrf@gmail.com](mailto:padilhamrf@gmail.com);

<sup>4</sup>Doutora do curso de Gastronomia da Universidade Federal Rural de Pernambuco-PE, [neideshinohara@gmail.com](mailto:neideshinohara@gmail.com);

bilhões de idosos no mundo. No Brasil, o fenômeno do envelhecimento da população é acelerado e o modo como isso acontece acaba se tornando um problema para a sociedade, visto que a maior parte dos novos 700 mil indivíduos que são classificados como idosos, desenvolvem doenças crônicas e limitações funcionais anualmente. Essas questões ainda são agravadas em função da alta desigualdade social, pobreza e fragilidades institucionais (VERAS, 2016).

Fechine e Tropieri (2012) afirmam em seus estudos que o envelhecimento pode ser mais rápido para alguns indivíduos devido a questões de estilo de vida, a doenças crônicas e a fatores socioeconômicos. Os sistemas cardíaco, respiratório, musculoesquelético e nervoso são os mais afetados pelo envelhecimento, mas também há alterações no psicológico e no meio social dos idosos. De acordo com Tramontino et al. (2009) uma alimentação adequada pode auxiliar no envelhecimento saudável dessa crescente parcela da população. Mesmo diante da importância, pesquisadores brasileiros denunciam o desconhecimento em relação à situação alimentar do idoso no Brasil (MALTA et al., 2011).

Evidências contidas nos indicadores sociais inferem a situação de insegurança alimentar entre os idosos. Insegurança alimentar é um estado de condições biológicas limitadas causada pela restrição de acesso a alimentos de qualidade e em quantidades suficientes para a boa manutenção do corpo (BICKEL et al., 2000). Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD), pelo menos 10 milhões de famílias não possuem renda suficiente para garantir a alimentação individual, e pelo menos 23% dos indivíduos com idade superior a 60 anos encontram-se em situação de vulnerabilidade socioeconômica, existindo uma correlação entre vulnerabilidade social, grau de instrução, baixa renda e índice de pobreza entre os indivíduos da terceira idade. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009), idosos com rendas mais baixas são os que mais sofrem de incapacidades funcionais, sendo, portanto, o grupo que mais necessita de proteção das políticas públicas.

O estabelecimento de uma alimentação rica e variada pode evitar desequilíbrios nutricionais e garantir a longevidade, com melhor qualidade de vida entre os idosos (MALTA et al., 2011). Diante da problemática apresentada, as Plantas Alimentícias não Convencionais (PANC) podem contribuir para a segurança alimentar e nutricional dos idosos, principalmente naqueles que possuem renda mais limitada, já que a maioria dessas plantas são espontâneas, facilmente disponíveis na natureza, inclusive em ambientes extremos. Segundo Kinupp e

Lorenzi (2014), as PANC são dotadas de partes alimentícias negligenciadas pela maior parte da população do Brasil e possuem grande potencial nutricional, podendo fornecer fonte de compostos bioativos importantes, capazes de contribuir para o envelhecimento saudável e assim, promover longevidade com qualidade social.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho constitui uma revisão bibliográfica feita através de consultas a bancos de dados acadêmicos e dados estatísticos relacionados ao Brasil, como SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), NCBI, PUBMED, BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) e o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A consulta foi realizada utilizando os descritores "Envelhecimento humano", "Insegurança alimentar", "vulnerabilidade socioeconômica", "idoso", "plantas alimentícias não convencionais" e "PANC". Foram consultados artigos publicados nos últimos 20 anos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O cenário populacional mundial vem experimentando um aumento na faixa etária global, no qual o número de indivíduos com 65 anos ou mais pode atingir índices próximos a 1,5 bilhão de pessoas até o ano de 2050 (WHO, 2011). O avanço na expectativa de vida humana acompanha a necessidade de melhorias das condições de trabalho, educação e atendimento à saúde, com a finalidade de proporcionar mais qualidade de vida. Em meio a essa vívida revolução da longevidade moderna impulsionada pela redução da natalidade, desenvolvimento farmacológico/científico na saúde e aumento na expectativa de vida (MENDES et al., 2018), concomitantemente também cresce o percentual de idoso em situação de pobreza, impactando de forma negativa no envelhecimento saudável. A taxa de pobreza entre a população acima de 60 anos pode variar de 2% nos Países Baixos em 2013, 3% na República Tcheca em 2012, até taxas de pobreza mais elevadas, entre 50 % na República da Coreia em 2009 e 80% na Zâmbia em 2005 (UNITY NATION, 2015). No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD, 2005) do ano 2000, apontou que o número de idosos representava cerca de 14,5 milhões, ou seja 8,5% da população total, sendo

que 23% dos indivíduos com idade superior a 60 anos encontravam-se em situação de pobreza (REBOUÇAS & PEREIRA, 2008).

O envelhecimento genuíno implica, de forma natural, em um aumento no risco de ocorrência de vulnerabilidades de natureza psicossocial, biológica e socioeconômica, as quais, aliadas às condições de escassez de renda, educação e saúde, podem suscitar na debilitação do indivíduo (BUSATO et al., 2015). Dentre os tipos de vulnerabilidades existentes, a situação socioeconômica pode desempenhar um fator chave para a ocorrência de condições crônicas, interferindo desfavoravelmente na saúde do idoso através da limitação do poder de compra de insumos que produzem saúde, serviços médicos restritos, insuficiência/desbalanceamento na nutrição, precariedade nas condições de moradia, etc. É importante ressaltar que a falta de saúde também pode gerar vulnerabilidade socioeconômica nesses grupos, agravando a situação financeira, acentuando a fragilidade e podendo contribuir para um deficiente estado nutricional (BROWNIE, 2006; LEE & JOHNSON, 2010; JENSEN, 2004).

Uma situação econômica favorável pode, inclusive, garantir o suprimento das necessidades alimentares e nutricionais dos idosos, sendo, portanto, um crucial promotor da manutenção da saúde, da independência funcional e da qualidade de vida (LESLIE; HANKEY, 2015). A escassez de renda ou ausência de subsídios financeiros pode implicar no surgimento de um quadro de insegurança alimentar nos idosos, desencadeando um aumento no índice de quedas, surgimento de sobrepeso, desnutrição, desenvolvimento de doenças crônicas e outras desordens (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013; SILVA & SÁ, 2012).

Variáveis como grau de instrução e fator econômico estão particularmente relacionadas com o perfil de insegurança alimentar entre a população envelhecida. Uma pesquisa envolvendo 15 países da Europa verificou que 12% dos indivíduos com 50 anos ou mais relataram não poder comer carne, peixe, aves, frutas ou vegetais em uma frequência maior do que três vezes por semana (NIE; SOUSA-POZA, 2018). Outro estudo ocorrido em Portugal verificou significativa associação entre o quadro de insegurança alimentar, limitações econômicas, má gestão de doenças crônicas e suas prevalências, afetando a qualidade de vida dos idosos (FERNANDES et al., 2018). No Brasil, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) em 2010, quanto menor a renda, maior a possibilidade de instauração de insegurança alimentar. Em outro estudo mais recente com o propósito de verificar a preponderância de insegurança alimentar relacionada às condições socioeconômicas de idosos entrevistados em São Francisco Beltrão, no Paraná, foi possível detectar que há uma prevalência significativa de insegurança alimentar instaurada

entre os idosos, apontando a renda como fator limitante de privação de alguns tipos de alimentos na dieta (RONDÓ; LOPES, 2016).

Uma alimentação desregrada pode favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas com o avançar da idade. Dessa forma, o irrestrito acesso aos alimentos em quantidade e qualidade suficientes na terceira idade é fundamentalmente importante para que haja prevenção ou atenuação de desordens associadas à idade, diminuindo, assim, os gastos com a saúde (WHO, 2005). Dentro dessa temática, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs recomendações alimentares focadas em prevenir e minimizar a prevalência global das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Uma das recomendações de maior ênfase foi o consumo diário de pelo menos cinco porções de frutas e de hortaliças. Contudo, um estudo realizado no município de São Paulo apontou que idosos de baixa renda consumiam quantidades insuficientes de frutas e hortaliças, estabelecendo, portanto, um descompasso em relação às recomendações proferidas pela OMS (VIEBIG et al., 2009; MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013).

Na tentativa de instruir melhor a população sobre a manutenção da saúde do idoso, o Ministério da Saúde disponibilizou uma cartilha com orientações pertinentes sobre vida saudável e como balancear adequadamente a alimentação a fim de deter nutrientes suficientes para o correto funcionamento do corpo. Dentre as sugestões, ter pelo menos três refeições somadas a dois lanches ao dia; incluir seis porções de cereais diariamente; nutrir-se com pelo menos três porções de legumes, verduras e frutas; ingerir feijão e arroz pelo menos cinco vezes por semana; adicionar uma porção de óleos vegetais, manteiga ou azeite em alguma refeição, consumir diariamente três porções de derivados do leite, além de consumir carnes, retirando peles e gorduras aparentes (SILVA; KERNKAMP; BENNEMANN, 2018).

Na esfera da inadequação nutricional dos idosos, o *National Health and Nutrition Examination Survey* (2001-2002) apontou que o perfil norte-americano caracteriza-se pelo insuficiente consumo de vitaminas E, A, B1 e B6, magnésio e zinco, bem como uma excessiva ingestão de sódio. Um perfil semelhante foi observado no Brasil, sendo identificadas também quantidades inadequadas de vitamina D, cálcio, cobre, fósforo, zinco e ferro, podendo impactar no bem-estar e na qualidade de vida dos indivíduos da maior idade (LESLIE, 2015; FISBERG et al., 2013). É sabido que uma dieta com baixas quantidades de gordura e de colesterol, acrescida de carboidratos, fibras, vitaminas C, E, e minerais como ferro e zinco, pode ser aconselhável não só para a manutenção da saúde generalizada dos idosos, mas também para estimular a função cognitiva (ORTEGA, 1997). Além do que

antioxidantes como tocoferóis e carotenoides têm sido implicados na prevenção de doenças degenerativas em grupos com idades mais avançadas (CRAFT et al., 2004).

Diante das indicações generalizadas, a nutrição emerge como aspecto indispensável frente às alterações fisiológicas associadas com o avançar da idade, já que vários estudos apontam a alimentação como fator de risco para o desenvolvimento de algumas complicações na saúde do idoso. Este fator é amplamente discutido ao passo que o perfil de insegurança alimentar sobressai entre as populações, sugerindo avaliação nutricional coerente e ações diretas de incentivo à alimentação saudável e acessível (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013). O reconhecimento do estado nutricional deteriorado ou deficiente é, portanto, fundamental para reverter qualquer efeito danoso ao organismo a médio ou longo prazo (LESLIE, 2015).

Aliado aos agentes exógenos, o envelhecimento constitui uma natural associação com o declínio de várias funções fisiológicas que podem afetar o estado nutricional do indivíduo, incluindo redução da massa corporal magra e uma diminuição resultante na taxa metabólica basal, e ainda diminuição da secreção de sucos digestivos, alterações na cavidade bucal, deficiências na função sensorial, alterações na regulação de fluidos e eletrólitos corpóreos e maiores propensões ao desenvolvimento de doenças crônicas (BROWNIE, 2006).

Um perfil de insegurança alimentar e nutricional pode desencadear várias desordens metabólicas, acarretando uma diminuição da função imune, aumento de risco e morte por infecções, maior vulnerabilidade diante de doenças transmitidas por alimentos, ocorrência de doenças crônicas, desnutrição, desidratação, predisposição a quedas e lesões, ganho de peso central, morbidade e mortalidade (SENGUPTA, 2016).

A fragilidade imunológica é evidente diante de um quadro de má nutrição. Déficits nas ingestões de macro e micronutrientes estão associados à diminuição da proliferação de linfócitos e a uma resposta imunitária debilitada. A manutenção e o reparo dos tecidos dependem da disponibilidade de proteína e de micronutrientes essenciais. Baixa ingestão de proteína, déficits de micronutrientes como o zinco, selênio e vitamina B6, por exemplo, demonstraram exacerbar a desregulação do sistema imunológico entre os indivíduos mais velhos (BROWNIE, 2006).

Em outro cenário, a excessiva ingestão de gordura saturada e insuficiente consumo de carboidratos podem desencadear uma pior função cognitiva e, portanto, promover um desequilíbrio de energia (ORTEGA, 1997). O consumo desmedido de gordura por idosos pode ocasionar também o desenvolvimento de um quadro de obesidade, sendo um fator de

risco para a incidência de doenças crônicas como hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes. A ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis é um fator preocupante, tendo em vista que essas doenças afetam preferencialmente faixas etárias mais avançadas, fazendo-se necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenções efetivas voltadas para o controle e a prevenção dessas doenças (LESLIE; LEITE et al., 2015).

O consumo de PANC, no entanto, pode ser uma alternativa para evadir a insegurança alimentar, fornecendo nutrientes importantes e compostos bioativos capazes de minimizar o risco de doenças, contribuindo para que idosos tenham uma sobrevida maior e de qualidade, (SILVA et al., 2018; PINTO et al., 2018; CASTRO & Sá, 2012). Mesmo sendo pouco divulgadas, estudos demonstram que essas plantas podem ser tão ou até mais nutritivas do que espécies convencionais, sendo capazes de contribuir no suprimento nutricional humano, promovendo uma alimentação saudável e gratuita, ou de baixo custo, valorizando a biodiversidade local (NETO, 2017).

Algumas espécies de PANC têm uma grande capacidade de resistência ao ambiente e simplesmente surgem espontaneamente em terrenos baldios, entre rachaduras de calçadas, entre plantações como é o caso da *Portulaca oleracea* L. (Beldroega), *Turnera subulata* Dm. (Chanana), *Celosia argentea* L. (Celósia), *Schinus terebinthifolius* Raddi e *Hibiscus sabdariffa* L. (Vinagreira) (KINUPP & LORENZI, 2014; SILVA et al., 2018). Elas são conhecidas como plantas ruderais, que refletem essa característica ecológica de adaptabilidade em locais antropizados e utilizam recursos mínimos para a sobrevivência (GUREVITCH et al., 2009).

A Celósia, por exemplo, é uma planta nativa na América do Sul, Ásia e África (MOLEHIN et al., 2016). Possui hábito de vida herbáceo e por ter capacidade subespontânea é facilmente encontrada em quintais do Brasil para fins ornamentais e suas folhas podem ser consumidas após branqueamento. A reprodução dessa espécie é exclusivamente via sementes (KINUPP & LORENZI, 2014)

A Beldroega é uma planta herbácea encontrada basicamente em todo mundo. Nativa do Brasil, é considerada uma planta indesejada na agricultura convencional, devido à capacidade de resistência. Pode ser utilizada na alimentação humana *in natura* ou em preparos diversos na culinária (KINUPP & LORENZI, 2014)

A Pimenta-rosa é uma árvore nativa desde o litoral de Pernambuco até o litoral do Rio Grande do Sul (KINUPP & LORENZI, 2014). Ela tem uma folha amplamente utilizada na medicina popular, com o intuito de combater doenças causadas por micro-organismos

(ULIANA et al., 2016). Já os frutos são comestíveis na forma de tempero (Schulze-Kaysers et al., 2015).

A Chanana é uma planta herbácea nativa do Brasil que ocorre espontaneamente em terrenos baldios, calçadas e plantações. Possui as folhas e flores comestíveis *in natura* ou secas e moídas (KINUPP & LORENZI, 2014). Coelho e Azevedo (2016) fizeram experimentos a fim de saber qual a melhor maneira de se reproduzir estacas. Dentre os tratamentos avaliados percebeu-se que a melhor opção para se reproduzir essa PANC é utilizar estacas basais com duas folhas.

A Vinagreira é uma planta ótima para ser cultivada em clima tropical, pois tolera temperatura e umidade altas, além de preferir solo com alta camada de matéria orgânica. Acredita-se que sua origem é do sudeste da Ásia. As flores, as folhas e as sementes são tidas como comestíveis. As flores são boas para sucos e doces, já as sementes podem ser usadas como substitutas do café (ISMAIL et al., 2008) e as folhas em saladas, refogados e pães (KINUPP & LORENZI, 2014)

O fato de estarem facilmente disponíveis em ambientes corriqueiros nos centros urbanos, como praças e calçadas, e no campo, entre lavouras, somado aos benefícios de possuírem mais nutrientes que muitas espécies convencionais cultivadas e à facilidade de propagação e de cultivo, permitem às PANC serem uma alternativa viável para os idosos de baixa renda, de modo a garantir dietas diversificadas e de retorno nutritivo apreciável.

Ambientes perturbados, antropizados, limitados, alagados ou até mesmo com escassez de água podem abrigar muitas espécies de plantas com potencial alimentício que foram negligenciadas com o passar dos anos (Tabela 1). Dentre as espécies não convencionais dotadas de valor nutritivo, é possível apontar os frutos de *Acrocomia aculeata*, uma espécie de palmeira conhecida também como Macaúba, Macaíba, Macacauba, Macaibeira, Macajuba, entre outros, de comum ocorrência em regiões tropicais e subtropicais, podendo estar inserida na paisagem de jardins e de ambientes ornamentais. Os frutos da macaibeira detêm um gosto adocicado e textura mucilaginosa, podendo ser consumidos na forma crua, cozida, desidratada, além de servir para a formulação de bebidas, sorvetes, bolos e geleias (COSTA et al., 2018). As evidências apontam que o fruto dessa palmeira possui elevadas quantidades de  $\beta$  caroteno biodisponíveis, constituindo uma importante fonte de compostos bioativos precursores de vitamina A (COIMBRA & JORGE, 2011). Esses compostos atuam como antioxidantes contra condições de debilidades cardiovasculares, alguns tipos de câncer, desordens neurológicas, fortalecimento do sistema imunológico, degeneração macular relacionada à idade, cataratas, ativação de expressão gênica, entre outros (GAMA & SYLOS,

2007). Em adição, a macaíba também é dotada de níveis significativos de micronutrientes, tais como ferro, cobre e manganês (LESCANO et al., 2015), apontados como deficitários na dieta de idosos com baixa renda.

Restrito é o número de pessoas que inserem em sua rotina alimentar as folhas cruas ou refogadas da espécie *Amaranthus deflexus*, um tipo de breudo ou caruru, nativa da América do Sul. É uma espécie extremamente adaptável a condições de seca e suas folhas podem auxiliar no suprimento de fibras, cálcio e ferro necessários no organismo do idoso (JIMÉNEZ-AGUILAR & GRUSAK, 2017; RASTOGI & SHUKLA, 2013). Outra espécie de breudo nomeada *Talinum triangulare* é capaz de fornecer uma importante fonte de magnésio, potássio e ferro (BRASILEIRO et al., 2016).

Em ambientes de transformação urbana, como jardins e terrenos baldios, é possível encontrar a espécie alimentícia conhecida como Maria pretinha, Erva-moura ou Caraxixá, de nome científico *Solanum americanum*. É uma herbácea anual, nativa em toda a América do Sul, cujo consumo do fruto é recomendado somente quando maduro. A folhagem pode ser consumida como hortaliça cozida, possibilitando o suprimento nutricional de fósforo e de ferro, em que o cozimento é capaz de potencializar os teores de alguns nutrientes disponíveis na planta (KINUPP & BARROS, 2008). Vale salientar que os frutos de *S. americanum* são ricos em um polifenol biologicamente ativo denominado trans-resveratrol. Esse antioxidante natural é empregado principalmente em pesquisas com o objetivo de prevenir doenças degenerativas, como câncer, prevenir ainda inflamações, e inibir doenças cardiovasculares, entre outros (VAGULA et al., 2016), podendo atuar apoiando a promoção de um envelhecimento saudável.

Certamente, uma das hortaliças alimentícias considerada não convencional no Brasil de maior potencial nutritivo dotada de propriedades bioativas é a espécie *Moringa oleifera*. Nativa na Índia, mas extremamente adaptada ao solo brasileiro, incluindo o semiárido (KINUPP & LORENZI, 2014). Conhecida como Moringa ou Quiabo-de-quina, representa umas das hortaliças de mais rica fonte de vitaminas A, B, C, D, E e K. Dentre os minerais importantes para estabelecimento da homeostasia do corpo presentes na Moringa, destacam-se o cálcio, cobre, ferro, potássio, magnésio, manganês e zinco (MAHMOOD & MUGAL, 2010).

De forma geral, a planta possui baixas concentrações de fatores antinutricionais, baixa toxicidade e excelente habilidade de se adaptar a solos pobres e a climas áridos, podendo fornecer uma alternativa a um consumo de nutrientes de qualidade para a população (FERREIRA et al., 2008). Fonte de centenas de compostos antioxidantes, os benefícios da

Moringa para a saúde humana transpassam as reposições nutricionais tradicionais, oferecendo ao indivíduo funcionalidades nutraceuticas importantes para o aumento da sobrevida.

No tocante ao enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, o pó de *M. oleifera* mostrou-se eficiente em reduzir os níveis de glicose e de colesterol na dieta de pessoas obesas portadoras de diabetes tipo II, indicando que a ingestão regular do pó dessa planta pode não só contribuir para a reparação, mas também com a prevenção de tais distúrbios crônicos, minimizando suas prevalências e protegendo os pacientes contra danos oxidativos (MANDAPAKA et al., 2013; JAISWAL et al., 2013). *M. oleifera* mostrou-se também eficaz contra células de tumor pancreático e de mama, além de potencializar o efeito da droga contra as células cancerígenas durante a quimioterapia (VERGARA-JIMENEZ et al., 2017).

**Tabela 1** PANC que podem auxiliar na atenuação das carências nutricionais de idosos

Espécie alimentícia	Nomes populares	Parte comestível	Principais nutrientes
<i>Acrocomia aculeata</i>	Macaíba, Macaúba, Macajuba, etc	Frutos crus ou cozidos	$\beta$ caroteno, ferro e cobre
<i>Solanum americanum</i>	Maria pretinha, Erva-moura ou Caraxixá	Frutos maduros e folhas cozidas	Fósforo, ferro e antioxidantes
<i>Talinum triangulare</i>	Cariru, Bredo	Folhas cruas ou cozidas	Magnésio, potássio e ferro
<i>Amaranthus deflexus</i>	Caruru, Bredo, Amaranto, etc	Folhas cruas ou refogadas e sementes	Fibras, cálcio e ferro
<i>Moringa oleifera</i>	Moringa, Quiabo-de-quina	Folhas refogas ou cozidas e sementes	Vitaminas A, B, C, D, E, K, cálcio, cobre, ferro, magnésio e zinco

Mesmo em meio a todos os benefícios que as PANC podem proporcionar para a saúde do idoso, algumas espécies podem apresentar perigos classificados como físicos, químicos ou biológicos, impactando negativamente no conceito de ingestão de alimentos seguros. São considerados perigos nos alimentos tudo que pode causar uma doença ou um dano ao organismo humano, utilizando-se do alimento como veículo. (NEVES, 2006). Como a

maioria das PANC estão disponíveis espontaneamente na natureza e ficam expostos à ação do ar, solo, produtos químicos, dejetos de animais, entre outros, é importante tomar algumas precauções no momento da identificação, seleção, manipulação e preparo dessas plantas. Primariamente, é importante ter o cuidado de consumir PANC que estejam disponíveis em ambientes mais controlados do qual se conhece a rotina, como é o caso de jardins e parques ou, até mesmo, ter algumas dessas plantas cultivadas num espaço pessoal/particular. É preciso se atentar ao fato de que muitas dessas plantas são consideradas daninhas (KINUPP & LORENZI, 2014) e podem ter sido submetidas a aplicações recentes de herbicidas por produtores locais, tendo a possibilidade de causar algum grau de intoxicação ao indivíduo que a consome (SES-PR, 2018).

Específicas espécies comestíveis podem possuir semelhanças morfológicas com espécies de plantas venenosas, como é o caso dos frutos comestíveis da espécie *Solanum americanum*. Caso ocorra um erro na identificação, o indivíduo pode acabar ingerindo, por engano, os frutos crus e maduros da espécie venenosa *Solanum nigrum*, submetendo-se a uma intoxicação alimentar (KINUPP & LORENZI, 2014; SIMÕES, 2008). Dessa forma, é imprescindível saber identificar a espécie alimentícia corretamente, conhecer as partes com potencial alimentício da planta, o estágio de maturação correto para o consumo e também o modo de preparo ideal de algumas, não se deixando influenciar pelos ditos nomes populares, já que espécies distintas podem possuir, a depender da localidade, o mesmo nome popular (KINUPP & LORENZI, 2014).

Algumas espécies possuem estruturas em sua epiderme, como os tricomas, que precisam ser removidos antes do consumo da planta (SILVA et al., 2018). É o caso da espécie *Solanum stramonifolium* Jacq, cujos tricomas possuem natureza urticante, podendo configurar-se em um perigo químico. Outras espécies como *Trifolium repens* podem apresentar intrinsecamente quantidades mais acentuadas de ácido oxálico e, portanto, não devem ser consumidas em grandes quantidades (NETO, 2017). O ácido oxálico trata-se de um tipo de ácido orgânico encontrado, inclusive, em algumas plantas alimentícias convencionais, como ocorre com o espinafre. A ingestão pura desse tipo de ácido pode ser fatal. Todavia, sua concentração na maior parte das plantas alimentícias é muito baixa para apresentar um sério agravo à saúde (SILVA et al., 2018). Além disso, o ácido oxálico muitas vezes combina-se ao cálcio presente nos vegetais, interferindo na biodisponibilidade desse nutriente. Para atenuar as características negativas do ácido oxálico, recomenda-se a fervura da espécie alimentícia, com o posterior descarte da água da cocção (COUCEIRO; SLYWITCH; LENZ, 2008).

Em relação aos riscos físicos e biológicos que possam ocorrer na superfície dessas plantas, é recomendável a execução da higiene convencional nos alimentos antes do consumo, com o intuito de eliminar impurezas e diminuir a carga de microrganismos patogênicos que possam existir no alimento (UCHOA et al., 2015). Aliado a isso, o cozimento pode contribuir com a diminuição da carga microbiana, além de tornar alguns pratos ainda mais atrativos e palatáveis (SUCUPIRA; XEREZ; SOUSA, 2015). A segurança dos alimentos possui considerável importância na promoção da saúde dos idosos, tendo em vista que indivíduos de idades mais avançadas pertencem ao grupo de risco suscetível ao acometimento de doenças veiculadas por alimentos (LEITE & WAISSMANN, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A insegurança alimentar de indivíduos acima de 60 anos representa uma situação de grande relevância social, visto que pouco se discute sobre o tema e não se dá a atenção devida. Diante das complicações graves que o déficit nutricional pode acarretar para o idoso, as PANC podem constituir uma alternativa viável para evadir quadros de insegurança alimentar, fornecendo nutrientes importantes e compostos bioativos capazes, inclusive, de prevenir a ocorrência de muitas doenças crônicas não transmissíveis. Para tanto, é necessário difundir tais conhecimentos entre a população, além de, paralelamente, estabelecer maiores investigações científicas sobre as implicações que o consumo das PANC podem acarretar para o idoso, normas sanitárias e limites de consumo seguro.

## REFERÊNCIAS

BICKEL, G. et al. **Guide to measuring household food security. revised 2000.** Alexandria, VA: United States Department of Agriculture, Food and Nutrition Service, 2000. Disponível em: <<https://fns-prod.azureedge.net/sites/default/files/FSGuide.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

BRASIL, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. **Intoxicações Agudas por Agrotóxicos – Atendimento Inicial do Paciente Intoxicado.** 2018. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/IntoxicacoesAgudasAgrotoxicos2018.pdf>>. Acesso: 22 abr. 2019.

BRASILEIRO, B. G. et al. Anatomical characterization, chemical composition and cytotoxic activity of *talinum triangulare* (jacq.) willd (portulacaceae). **Ciência e Natura**, v. 38, n. 2, p. 665, 2016.

BROWNIE, Sonya. Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?. **International journal of nursing practice**, v. 12, n. 2, p. 110-118, 2006.

BUSATO, Maria Assunta et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 625-635, 2015.

COELHO, M. DE F. B.; DE AZEVEDO, R. A. B. O tipo de estaca influencia a propagação vegetativa de Chanana?. **Horticultura Brasileira**, v. 34, n. 3, 2016

COIMBRA, M. C.; JORGE, N. Proximate composition of guariroba (*Syagrus oleracea*), jervá (*Syagrus romanzoffiana*) and macaúba (*Acrocomia aculeata*) palm fruits. **Food Research International**, v. 44, n. 7, p. 2139-2142, 2011.

COSTA, J. M.C.; OLIVEIRA, D. M.; COSTA, L. E. C. Macauba Palm—*Acrocomia aculeata*. In: **Exotic Fruits**. Academic Press, 2018. p. 297-304.

COUCEIRO, P. et al. Padrão alimentar da dieta vegetariana. **Einstein**, v. 6, n. 3, p. 365-373, 2008.

CRAFT, N. E. et al. Carotenoid, tocopherol, and retinol concentrations in elderly human brain. **Exp Anim**, v. 21, p. 22, 2004.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

FERNANDES, S. G. et al. Food insecurity in older adults: results from the Epidemiology of chronic diseases cohort study 3. **Frontiers in medicine**, v. 5, p. 203, 2018.

FERREIRA, P. M. P. *et al.* Moringa oleifera: bioactive compounds and nutritional potential. **Revista de Nutrição**, v. 21, n. 4, p. 431-437, 2008.

FISBERG, R. M. et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 222s-230s, 2013.

Gama, J. J. T., & Sylos, C. M. (2007). Effect of thermal pasteurization and concentration on carotenoid composition of Brazilian Valencia orange juice. **Food Chemistry**, 100, 1686–1690

GUREVITCH, J. et al. **Ecologia vegetal**. Artmed: Porto Alegre, v.2 , 592p. 2009.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Perfil dos idosos responsáveis pelo domicílio**. 2010. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em: 18 de Abril 2019.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**, 2009. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html?=&t=publicacoes>> . Acesso em: 05 abr. 2019.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD, Pesquisa Nacional de Amostragem a Domicílio**. Brasília: IBGE, 2010.

ISMAIL, A. et al. Roselle (*Hibiscus sabdariffa* L.) seeds nutritional composition protein quality and health benefits. **Food**, v. 2, n. 1, p. 1-16, 2008.

JAISWAL, D. *et al.* Role of *Moringa oleifera* in regulation of diabetes-induced oxidative stress. **Asian Pacific Journal of Tropical Medicine**, v. 6, n. 6, p. 426-432, 2013.

JENSEN, Robert T. Socioeconomic status, nutrition, and health among the elderly. In: **Perspectives on the Economics of Aging**. University of Chicago Press, 2004. p. 313-332.

KINUPP, V. F.; LORENZI, H. **Plantas alimentícias não convencionais (PANC) no Brasil: guia de identificação, aspectos nutricionais e receitas ilustradas**. São Paulo, SP, Instituto Plantarum de Estudos da Flora. 2014.

KINUPP, V. F.; BARROS, I. B. I. Teores de proteína e minerais de espécies nativas, potenciais hortaliças e frutas. **Ciencia e Tecnologia de Alimentos**. Campinas, Sp. Vol. 28, n. 4 (out./dez. 2008), p. 846-857, 2008.

LEE J. S. *et al.* Food insecurity, food and nutrition programs, and aging: experiences from Georgia. **Journal of Nutrition for the Elderly**, v. 29, n. 2, p. 116-149, 2010.

LEITE, L. H. M.; WAISSMANN, W. Doenças transmitidas por alimentos na população idosa: riscos e prevenção. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15, n. 6, 2012.

LEITE, M. T. *et al.* Diseases chronicles do not encephalopathies in the elderly: knowledges and actions from community health agents. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 7, n. 2, p. 2263-2276, 2015.

LESCANO, C. H. *et al.* Nutrients content, characterization and oil extraction from *Acrocomia aculeata* (Jacq.) Lodd. fruits. **African Journal of Food Science**, v. 9, n. 3, p. 113-119, 2015.

LESLIE, W.; HANKEY, C. Aging, nutritional status and health. In: **Healthcare**. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2015. p. 648-658.

MALTA, M. B. *et al.* Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**; n. 18(2): p. 377-384, 2013.

MAHMOOD, K. T. *et al.* *Moringa oleifera*: a natural gift-A review. **Journal of Pharmaceutical Sciences and Research**, v. 2, n. 11, p. 775, 2010.

MANDAPAKA, R. T. *et al.* Effect of *moringa oleifera* on blood glucose, ldl levels in types ii diabetic obese people. **Innovative Journal of Medical and Health Science**, v. 3, n. 1, 2013.

MENDES, J. L. V. *et al.* O Aumento da População Idosa no Brasil e o Envelhecimento nas Últimas Décadas: Uma Revisão da Literatura. **REMÁS-Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-26, 2018.

MOLEHIN, O. R. *et al.* Evaluation of the phenolic compounds of three varieties of *Celosia* species using HPLC-DAD. **Uniosun Journal of Sciences**, v. 1, n. 1, 2016.

NETO, C. R. **A importância da inserção de plantas alimentícias não convencionais. Panc's na alimentação humana**. 2017. 6f. Trabalho de conclusão de curso: (Graduação em Nutrição) - Universidade Brasília, Distrito Federal.

NEVES, M. C. P. Perigos físicos nos alimentos-como as boas práticas agrícolas podem contribuir para segurança dos alimentos. **Embrapa Agrobiologia-Documentos (INFOTECA-E)**, 2006. 10p.

NIE, P.; SOUSA-POZA, A. Food Insecurity among Europeans Aged 50+. **Journal of Population Ageing**, v. 11, n. 2, p. 133-151, 2018.

ORTEGA, R. M. et al. Dietary intake and cognitive function in a group of elderly people. **The American journal of clinical nutrition**, v. 66, n. 4, p. 803-809, 1997.

PINTO, F. C. S. et al. Uso de Panc como Estratégia para Segurança Alimentar e Nutricional no Semiárido Pernambucano. **International Journal of Nutrology**, v. 11, n. S 01, p. Trab787, 2018.

RASTOGI, Anu; SHUKLA, Sudhir. Amaranth: a new millennium crop of nutraceutical values. **Critical reviews in food science and nutrition**, v. 53, n. 2, p. 109-125, 2013

REBOUÇAS, M.; PEREIRA, M. G. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, p. 237-246, 2008.

RONDÓ, M.; LOPES, M. Política Externa e Democracia: a construção de novos paradigmas em Segurança Alimentar e Nutricional. São Paulo: **Friedrich-Ebert-Stiftung Brasil**, 2016.

SÁ, E. A. M. et al. A Realidade Social do Idoso e a Política de Assistência Social. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 22, n. 1, p. 81-96, 2012.

SENGUPTA, P. Food Security among the Elderly: An Area of Concern. **J Gerontol Geriatr Res**, v. 5, n. 320, p. 2, 2016.

SILVA, I. M.; Sá, E. Q. C. de. Alimentos funcionais: um enfoque gerontológico. **Rev Bras Clin Med**, v. 10, n. 1, p. 24-8, 2012.

SILVA, Í. A. et al. Mecanismos de resistência das plantas alimentícias não convencionais (PANC) e benefícios para a saúde humana. **Anais da Academia Pernambucana de Ciência Agrônômica**, v. 15, n. 1, p. 77-91, 2018.

SILVA, P. D. N. et al. Insegurança alimentar: as desigualdades de renda e a vulnerabilidade social como resultados na alimentação dos idosos. **REVISTA UNINGÁ REVIEW**, v. 16, n. 2, 2018.

SIMÕES, J. Envenenamento por glicoalcalóides da batata (*Solanum tuberosum*) em bovinos. **veterinaria.com.pt** 2008. v. 1 n° 1: e17. Disponível em <[http://www.veterinaria.com.pt/media/DIR\\_27001/VCP1-1-e17.pdf](http://www.veterinaria.com.pt/media/DIR_27001/VCP1-1-e17.pdf)> Acesso 5 de março de 2019.

SSHULZE-KAYSERS, N. et al. Phenolic compounds in edible species of the Anacardiaceae family—a review. **RSC Advances**, v. 5, n. 89, p. 73301-73314, 2015.

SUCUPIRA, N. R. et al. Perdas vitamínicas durante o tratamento térmico de alimentos. **Journal of Health Sciences**, v. 14, n. 2, 2015.

TRAMONTINO, V. S. et al. Nutrição para idosos. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, 21(3), 258-267, 2017.

ULIANA, M. P. et al. Composition and biological activity of Brazilian rose pepper (*Schinus terebinthifolius* Raddi) leaves. **Industrial Crops and Products**, 83, 235–24, 2016.

UNITED NATIONS. **World Population Ageing: Highlights**, 2017. Department of Economic and Social Affairs. Disponível em: <[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017\\_Highlights.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2019.

VAGULA, Julianna Matias et al. Determination of trans-resveratrol in *Solanum americanum* Mill. by HPLC. **Natural product research**, v. 30, n. 19, p. 2230-2234, 2016.

VERAS, R. É possível, no Brasil, envelhecer com saúde e qualidade de vida? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 381-382, 2016.

VERGARA-JIMENEZ, M. *et al.* Bioactive components in *Moringa Oleifera* leaves protect against chronic disease. **Antioxidants**, v. 6, n. 4, p. 91, 2017.

VIEBIG, R. F. et al. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 806-813, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Global health and ageing**. 2011 Disponível em [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf). Acesso em 16 de abril de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Strategy on diet, physical activity and health. Fifty seventh world health assembly**. Geneva; 2004. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>. Acesso em 2 de março de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. 1 ed. Brasília, DF: Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil. 2005. 60f. v 1.

## CONTRIBUINTES E COMPLICAÇÕES DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM IDOSOS

Wallison Pereira dos Santos<sup>1</sup>  
Janislei Soares Dantas<sup>2</sup>  
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz<sup>3</sup>  
Wynne Pereira Nogueira<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores contribuintes para a não adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus tipo 2, tal como suas possíveis complicações na pessoa idosa. **Método:** Estudo descritivo do tipo revisão integrativa da literatura, nas bases de dado LILACS, BDENF, MEDLINE e SCIELO. Utilizado o operador booleano “AND” a fim de permitir o cruzamento simultâneo dos descritores. Foram incluídos estudos que apresentavam relação com a temática central, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2010 a 2018. A busca ocorreu no mês de março de 2019 e resultou na coleta de 08 artigos, que preencheram adequadamente os critérios e foram selecionados para inclusão no estudo. A análise dos dados foi realizada através da técnica de análise temática proposta por Minayo. **Resultados e Discussão:** A partir da análise das publicações constatou-se que grande parte dos estudos se referem a preocupação da relação entre o envelhecimento e a não adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus tipo 2, sendo assim emergiu-se 2 categorias temáticas, a saber C1- Fatores contribuintes para a não adesão ao Tratamento medicamentoso na pessoa idosa e C2- A pessoa idosa e as complicações advindas da não adesão correta ao tratamento medicamentoso do DM2. **Considerações finais:** Identificou-se que existem fatores sociais, educacionais e comportamentais que contribuem para a não adesão ao tratamento, além de apresentar complicações que a não adesão pode trazer para a vida do idoso com DM, a exemplo do descontrole glicêmico, hipo e/ou hiperglicemias, e intoxicações medicamentosas ocasionadas pela polifarmácia.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso, Diabetes Mellitus tipo 2; Tratamento medicamentoso.

### INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios de conotação metabólica provocada pela deficiência de produção e/ou da ação insuficiente da insulina, aumentando o nível de glicose no sangue. Ocorre por alterações nas células beta do Pâncreas,

<sup>1</sup> Mestrando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [santoswp18@gmail.com](mailto:santoswp18@gmail.com);

<sup>2</sup> Mestrando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [janisleisd@gmail.com](mailto:janisleisd@gmail.com);

<sup>3</sup> Mestrando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [sheila\\_tshe@hotmail.com](mailto:sheila_tshe@hotmail.com);

<sup>4</sup> Mestrando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba-UFPB, [wynnenogueira@hotmail.com](mailto:wynnenogueira@hotmail.com);

órgão responsável pela produção e liberação do hormônio insulina. A principal funcionalidade deste hormônio é promover o transporte e entrada de glicose para o interior das células, garantindo a atividade celular. Com a falta de controle desse nível glicêmico, ocorre alterações importantes no organismo, a descompensação, o que leva a complicações agudas e crônicas, morbidades e até amputações de membros inferiores, aumentando o número e necessidade de hospitalizações (MATSUMOTO et al., 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A Crescente e acelerada urbanização, o maior crescimento e envelhecimento populacional, o progressivo aumento da obesidade e sedentarismo, maior sobrevivência, bem como a maior facilidade de acesso a produtos industrializados, são fatores que apontam um número crescente de diabéticos, fazendo com que ocorra uma verdadeira epidemia de diabetes mellitus no mundo e no Brasil. Estatísticas revelam que atualmente existam 387 milhões de diabéticos na população mundial e que a projeção deste cenário para o ano de 2035 se concentra em cerca de 471 milhões de pessoas. Esse número representa um percentual de 80% dos países em desenvolvimento (ISER et al., 2015).

Uma das maiores conquistas da humanidade foi de fato o prolongamento do tempo de vida, que acompanha melhorias substanciais dos indicadores de saúde da população, especialmente da pessoa idosa. Anteriormente às mudanças do perfil epidemiológico e das tecnologias em saúde, envelhecer era privilégio de poucos, hoje passa a ser comum mesmo em países mais pobres. O envelhecimento por si só não basta, é necessário intervir na qualidade desse envelhecimento (VERAS e OLIVEIRA, 2018).

Durante o processo de envelhecimento, ocorrem alterações no organismo dos indivíduos, seja de cunho patológico ou fisiológico, como modificações relacionadas a perda de massa e redução da resistência e da função muscular, rigidez articular e redução da amplitude de movimento, alterações na marcha e no equilíbrio podem comprometer significativamente a mobilidade física da pessoa idosa, além de limitações cognitivas que podem prejudicar o processo de terapias medicamentosas, predispondo complicações severas (CLARES et al, 2014).

O avanço das tecnologias em saúde puderam trazer um maior índice de autonomia para os idosos, fazendo com que na maioria das vezes se tornem responsáveis pelo seu cuidado, ou pelo menos no manejo farmacológico de determinadas morbidades, em especial do Diabetes

Mellitus. Antes de iniciar o tratamento para Diabetes Mellitus, é importante salientar que o tratamento tem por finalidade a obtenção da normalidade dos níveis de glicose no sangue, desta maneira é necessário ter o diagnóstico confirmado de DM, para iniciar a terapêutica e principalmente ter o conhecimento de qual tipo se trata, a especificidade. Sendo assim pode-se classificar o tratamento em duas grandes categorias, o tratamento medicamentoso e o não-medicamentoso (YARID et al., 2010).

O tratamento medicamentoso é caracterizado por Antidiabéticos Orais (ADO) e Antidiabéticos Injetáveis (ADI) e ainda combinações terapêuticas das duas modalidades, sendo variante das características apresentadas por cada peculiaridade do DM. Já o tratamento não-medicamentoso consiste em uma mudança no estilo de vida que a pessoa com Diabetes Mellitus deverá adotar, que inclui alteração do plano alimentar, inserção de atividades físicas e monitorização das taxas glicêmicas a fim de manter o bom controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016; LAGO et al., 2017).

A fim de ofertar o tratamento adequado o Ministério da Saúde (MS), formulou programas e políticas para combate e controle do Diabetes Mellitus. A preocupação do MS pode não ser garantia total de resolutividade do problema, uma vez que se faz necessária a adesão do usuário ao esquema terapêutico. A não adesão ao tratamento medicamentoso é a principal causa de insuficiência da terapêutica, ocasionando ainda intoxicações pelo uso irracional de medicamentos e agravos do processo patológico, principalmente em pessoas idosas (CARVALHO et al., 2012).

Diante da problemática da não adesão ao tratamento medicamentoso, questiona-se: Quais fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento medicamentoso do DM quando se é idoso? Quais complicações isso pode ocasionar para a pessoa idosa com Diabetes Mellitus? Diante desta contextualização, o objetivo deste estudo é identificar as implicações do envelhecimento para a não adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus tipo 2, tal como suas possíveis complicações a partir de uma revisão integrativa em periódicos *on line* no domínio da saúde. E, assim, apresentar as discussões encontradas nas publicações, com relevância para a temática proposta.

## METODOLOGIA

Com o intuito de alcançar o objetivo proposto realizou-se um estudo bibliográfico do tipo qualitativo, realizado pelo método da revisão integrativa. Esse método permite a incorporação das evidências na prática clínica. Ele tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES et al., 2008).

Na realização desta pesquisa foi utilizada uma sequência de etapas correlacionadas entre si e que são descritas em: identificação da questão norteadora; seleção e consulta dos descritores; pesquisa nas bases de dados dos descritores isolados; cruzamento de todos os descritores nas bases de dados; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; avaliação dos arquivos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão dos artigos.

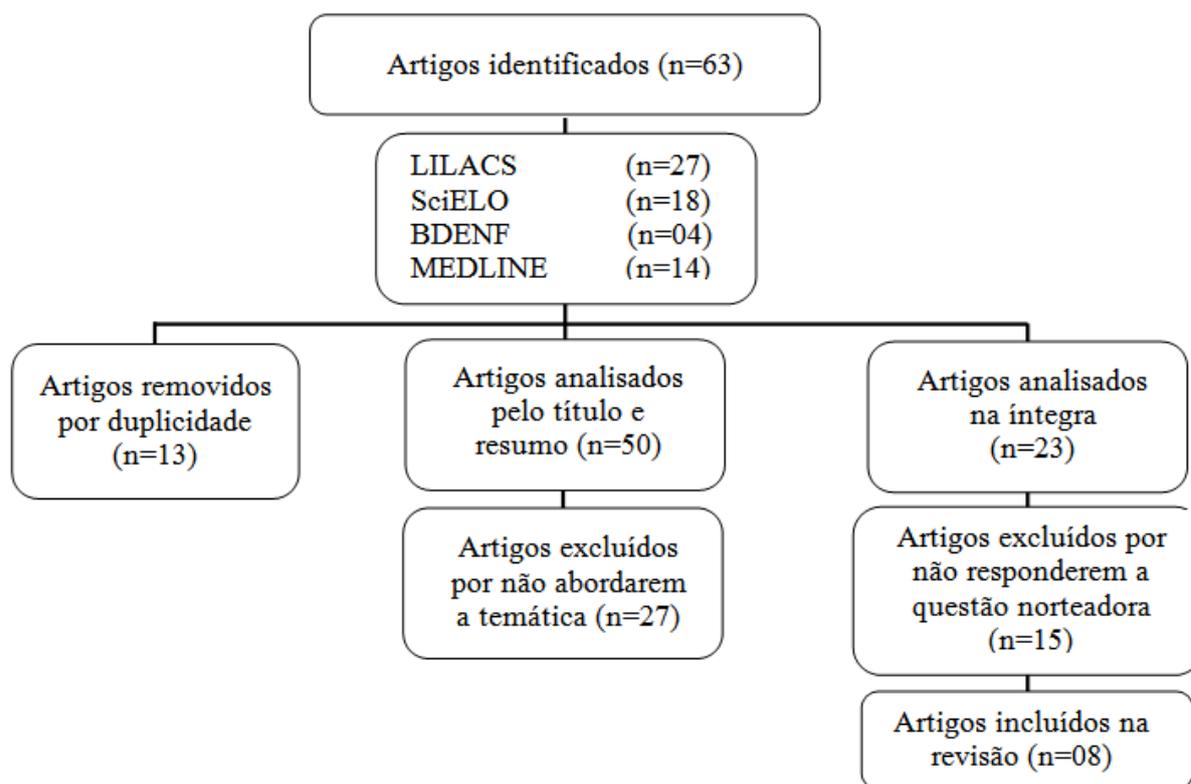
A coleta de dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A busca ocorreu no período de março de 2019. Para a escolha dos descritores, utilizou-se o Descritores em Ciência e Saúde (DeCS), bem como a leitura do conceitos destas palavras-chaves para a efetivação dos que compunham os dados, assim cita-os: Saúde do Idoso, Diabetes Mellitus Tipo 2 e Tratamento medicamentoso.

Como critérios de inclusão validaram as publicações no período de 2010 a 2018, artigos disponíveis na íntegra e nos idiomas espanhol, inglês e português. Foram excluídos aqueles artigos que se apresentavam indisponíveis para leitura, incompletos, downloads mediante pagamento e que não mantiveram relação com a temática em questão. Para coleta de dados foi utilizado um quadro sinóptico, desenvolvido para essa finalidade, o instrumento validado consiste nos seguintes aspectos: nome da pesquisa; nome dos autores; intervenção estudada; resultados e recomendações/conclusões.

Após seleção dos descritores no DeCS, foi realizado o cruzamento em pares de forma que todos os descritores pudessem ser cruzados, só então foi feito o cruzamento simultâneo de todos os descritores utilizando o operador booleano “AND”. De acordo com os critérios estabelecidos e na combinação dos descritores, obteve-se um quantitativo de 63 artigos que

versavam acerca das implicações do envelhecimento para a adesão ou não do tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. Inicialmente foi realizada a leitura do título, em seguida a leitura criteriosa do resumo a fim de identificar similaridade com os critérios, após essa primeira seleção, os pesquisadores seguiram para leitura e análise dos artigos na íntegra, em busca de publicações que respondessem a questão norteadora. Após o período de análise e refinamento, foram selecionados oito artigos que compuseram a amostra final, conforme explicito na figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma de seleção dos artigos para compor a amostra do estudo. João Pessoa (PB), 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A análise dos dados seguiu os preceitos da Técnica de Análise Temática de Minayo, sendo organizada em três etapas desse processo de análise: pré-análise (organização do material e sistematização das ideias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações) (MINAYO, 2002).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca nas bases de dados resultou na coleta de 08 artigos, que preencheram adequadamente os critérios e foram selecionados para inclusão no estudo. A análise da amostra aponta a formação em Enfermagem com o maior número de publicações, evidenciando ser uma área presente em pesquisas envolvendo o manejo da pessoa idosa com Diabetes Mellitus, tal como todo o envolvimento da terapêutica adotada. Dessa forma, destaca-se o papel fundamental do enfermeiro na orientação e dispersão de informações coerentes, e ainda na formação de vínculos, sendo esse um dos grandes desafios da enfermagem, pois só assim o enfermeiro poderá contribuir na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da pessoa idosa com DM.

O idioma mais frequente foi o português, o alto número de publicações nacionais revela grande preocupação com a prevalência das doenças crônicas que advém junto a transição demográfica e epidemiológica do Brasil. A partir da década de 1960, os níveis de mortalidade continuaram a cair, observando-se um acelerado processo de envelhecimento populacional, com projeções ainda maiores, sobretudo no ano de 2050 (LIMA et al., 2016).

É importante destacar que o qualis dos periódicos faz referência ao conjunto de procedimentos utilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Ministério da Educação (MEC). Dessa forma, o qualis refere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, dos periódicos científicos e anais de eventos (BRASIL, 2014). Sendo assim o presente estudo tem grande impacto de qualidade, tendo em vista que as publicações utilizadas são originárias de periódicos com qualis A1 e B2.

A partir da análise das publicações inclusas na revisão foi possível constatar que grande parte dos estudos se referem a preocupação da não adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus em pessoas idosas, sendo assim emergiu-se 2 categorias temáticas, a saber: C1- Fatores contribuintes para a não adesão ao Tratamento medicamentoso na pessoa idosa e C2- A pessoa idosa e as complicações advindas da não adesão correta ao tratamento medicamentoso do DM2.

## **Categoria 1- Fatores contribuintes para a não adesão ao Tratamento medicamentoso na pessoa idosa.**

A adesão ao tratamento tem como definição básica a aceitação e mudança comportamental na qual coincide com a orientação que foi repassada por um profissional de saúde, a exemplo do uso de medicações, seguimento de dietas, mudanças no estilo de vida, ou seja adotar comportamentos e práticas protetoras e restauradoras da saúde. Aderir ou não a terapia proposta constitui um comportamento dinâmico, em que não se é aderente, mas se torna aderente, sendo assim, a partir desse entendimento pode-se observar a necessidade de tornar as informações mais acessíveis, estimular a compreensão da dimensão da terapêutica, tal como suas consequências a fim de despertar para o comportamento de adesão (BOAS et al., 2014; REMONDI et al., 2014).

A não adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos está relacionada com diversos fatores, sendo eles: social, educacional e comportamental. Percebe-se que existe muita recusa ao tratamento no que diz respeito ao número de doses por dia, causando esquecimento e a perda do horário das medicações. A literatura aponta que ao comparar o tratamento com Antidiabéticos Orais e com Antidiabéticos Injetáveis, a adesão maior é pela utilização da insulina, excluindo o uso dos ADO, tendo em vista que com a insulina, se tem a menor necessidade de doses e horários para administração (BOAS et al., 2014; SILVA et al., 2015).

O fator esquecimento pode ser alvo de diversas interpretações, inclusive com a própria degradação fisiológica da pessoa idosa. Os idosos devem ser considerados em seu contexto como potencial para o esquecimento de horários de medicações, acabando por fazer uso de forma errônea, sendo assim avaliar a necessidade de introdução de estratégias para minimizar os efeitos negativos de uma possível super e/ou subdosagem (MORSCH et al., 2015; STEFANO et al., 2017).

Estudo realizado no cenário hospitalar na cidade de Porto Alegre, cujo objetivo era avaliar o esquecimento de idosos e apresentar possíveis estratégias de memorização, evidenciou que estratégias de memória, como associação dos horários de administração dos medicamentos com atividades rotineiras ou fazer anotações e deixar bilhetes em locais visíveis para lembrar-se de usar os seus medicamentos, podem minimizar ou compensar as

dificuldades dos idosos em seguir os regimes terapêuticos, preservando desta forma a autonomia destes sujeitos (WERLANG et al., 2008).

Outro fator importante para não adesão a terapêutica do DM está relacionada ao quesito tempo do diagnóstico, foi possível observar que pessoas diagnosticadas com DM a mais tempo são mais propensas ao abandono do tratamento em comparação aos recém diagnosticados, estudos associam com a faixa etária da população, uma vez que os diagnosticados a mais tempo, fazem uso contínuo da medicação e ainda por ser pessoas idosas com limitações, seja física ou cognitiva, fazendo com que não conduzam a terapêutica (FARIA et al., 2013). A adesão ao tratamento também recebe influência do nível de conhecimento da pessoa com Diabetes Mellitus, sobretudo no que diz respeito ao controle da glicemia e à prevenção das complicações causadas pela doença e ainda a diminuição de exposições à riscos desnecessários (BRUNDISINI et al., 2015; SILVA et al., 2015).

O Apoio Social (AS) é considerado um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais, com a capacidade de fazer com o que os idosos adotem comportamentos comuns ao ambiente exposto. O AS pode ser ainda considerado como provedor de motivação para práticas aderentes a terapêutica do DM, sendo esse também contribuinte para a adesão ou não ao tratamento. É possível visualizar que o Apoio Social, seja da família ou de outras pessoas significativas possa influenciar e reforçar as orientações de saúde, levando o idoso com DM a maior adesão ao tratamento medicamentoso, seguimento de um plano alimentar e a prática do exercício físico. Estudos afirmam que o AS tanto possa aumentar a adesão ou dificultar, uma vez que podem haver conflitos de recomendações (BOAS et al., 2012; KOCARNIK et al., 2012).

## **Categoria 2- A pessoa idosa e as complicações advindas da não adesão correta ao tratamento medicamentoso do DM2.**

A não adesão ao tratamento pode acarretar sérias repercussões aos idosos com DM, levando a complicações agudas ou crônicas e complicações psicossociais, que irão reduzir a qualidade de vida desta população. Entre as complicações destaca-se: Picos de hipoglicemia e hiperglicemia, intoxicação medicamentosa, podendo ter reflexos na retina, sistema renal e cardiovascular, ocasionado pelo total descontrole glicêmico (SILVA et al., 2015).

A hiperglicemia é a manifestação metabólica do aumento dos níveis de glicose na corrente sanguínea, é uma alteração reversível caso ocorra a normalização dos níveis, esse

distúrbio pode ocasionar complicações secundárias como o comprometimento da imunidade e cicatrização, disfunção endotelial, aumento de fatores pró-inflamatórios, aumento da mitogênese, alterações hidroeletrólíticas e exacerbação de isquemia miocárdica e cerebral. Já a hipoglicemia é caracterizada pela quantidade excessiva de insulina, fazendo com que o nível de glicose caia para menos de 50 a 60 mg/dl, provocando alterações de consciência (LEAL et al., 2010; ARAÚJO et al., 2013).

As complicações da não adesão ao tratamento medicamentoso se estendem ainda por causar intoxicação medicamentosa e internações hospitalares, uma vez que por esquecimentos, possa acontecer o aumento ou diminuição do número de doses, agravando o processo patológico já em curso. Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) afirmam que no Brasil, existem aproximadamente 86 mil casos de intoxicação humana, e desses, 26 mil notificações são por medicamentos (CARVALHO et al., 2012).

As intoxicações exógena em pessoas idosas pelo elevado uso de medicamentos é descrito no Brasil e no mundo. A pessoa idosa fisiologicamente já apresenta condições desfavoráveis para depleção e metabolização dos fármacos, sendo uma população exposta para esse tipo de complicação, tendo maiores efeitos adversos e consequentemente redução da eficácia do tratamento, e isso pode estar relacionado ao esquecimento, vários medicamentos, solidão e falta de apoio de familiares e/ou cuidadores (NEVES et al., 2013).

A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos. Idosos que utilizam antidiabéticos orais (ADO) estão susceptíveis a interações medicamentosas com outras drogas e ainda a reações adversas, tendo em vista que grande parte dos idosos com DM são detentores de excesso de peso, pressão arterial elevada e/ou dislipidemias. Por ter caráter crônico é imprescindível que essa população tenha que fazer uso de antidiabéticos orais, anti-hipertensivos, antilipêmicos, sendo assim caracterizando a polifarmácia e suas possíveis complicações relacionadas com as interações medicamentosas (SECOLI et al., 2010).

Uma interação medicamentosa ocorre quando um determinado medicamento influencia na ação de outro, seja aumentando ou diminuindo a eficácia de uma das drogas. Dentre as interações medicamentosas capazes de aumentar a toxicidade dos ADO, estão a associação com Clorafenicol, Cimetidina e inibidores da monoaminoxidase, outros diminuem a eficácia dos ADO, sendo eles os corticosteróides, diuréticos, contraceptivos orais e

fenotiazidas, o que acaba por interferir negativamente na terapêutica adotada (ARAÚJO et al., 2013).

Frente ao evento de polifarmácia e das possíveis interações medicamentosas. É notável a importância da devida orientação dos idosos com Diabetes Mellitus tipo 2 que seguem com o tratamento medicamentoso, de modo a vislumbrar um equilíbrio glicêmico, sem que haja a interferência de outras drogas (SECOLI et al., 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo possibilitou identificar e apresentar quais fatores podem contribuir para a não adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes Mellitus tipo 2 em idosos, tendo em vista a necessidade de compreensão de determinados comportamentos frente à essa problemática. Dessa maneira, identificou-se que existem fatores sociais, educacionais e comportamentais que contribuem para a adesão ou não ao tratamento, evidenciando a necessidade de estratégias educativas e de intervenção que possam atuar diretamente na eliminação e/ou minimização de possíveis complicações relacionadas a não adesão correta ao tratamento antidiabético.

É importante destacar que além da problemática da não adesão ao tratamento medicamentoso, foi possível evidenciar as complicações que a não adesão pode trazer para a vida do idoso com DM. A intoxicação por medicamentos também é assunto que merece importância, tendo em vista o alto número de notificações e principalmente o comprometimento da saúde da pessoa idosa com DM, além do evento da polifarmácia que acaba por aumentar as chances de interação medicamentosa e posterior intoxicação.

Nesse sentido se faz necessário uma maior preocupação com novas pesquisas brasileiras, em relação a temática apresentada. Diante do exposto, ressalta-se a importância de se ter conhecido, com esta revisão integrativa, os fatores que interferem na aderência ao tratamento, tal como suas complicações e repercussões na saúde da pessoa idosa, principalmente relacionado ao comportamento da não adesão a terapêutica, o que pode favorecer o despertar de novos estudos, a fim de contribuir para a construção de estratégias de enfrentamento da não adesão, de políticas públicas efetivas e no entendimento e gerenciamento reflexivo da assistência prestada à pessoas idosas com Diabetes Mellitus.

## REFERÊNCIAS

1. MATSUMOTO, P. M.; BARRETO, A. R. B.; SAKATA, K. N.; SIQUEIRA, Y. A. C.; ZOBOLI, E. L. C. P.; FRACOLLI, L. A. A educação em saúde no cuidado de usuários do programa automonitoramento glicêmico. Revista Escola de Enfermagem USP, v. 46, n. 3, p. 1-5, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/31.pdf>
2. MILECH, A. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
3. ISER, B. P. M.; STOPA, S. R.; CHUEIRI, P. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; MONTEIRO, H. O. C.; DUCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. Revista Epidemiol. Serv. Saúde, v. 24, n. 2, p. 1-10, 2015. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>
4. YARID, S. D.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I.; SUMIDA, D. H. Conduta odontológica no atendimento a portadores de diabetes mellitus. Revista Saúde.com, v.6, n. 1, p. 1-12, 2010. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/131/161>
5. LAGO, I. D.; PAULA, J. M. S. F. Nursing assistace to a diabetic patient. Revista de Enfermagem da UFPI, v. 6, n. 4, p. 1-4, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6510/pdf>
6. CARVALHO, A. L. M.; LEOPOLDINO, R. W. D.; SILVA, J. E. G.; CUNHA, C. P. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). Rev Ciência & Saúde coletiva, v. 17, n. 7, p. 1-8, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/ANDRE\\_LUIS\\_Carvalho/publication/230632866.pdf](https://www.researchgate.net/profile/ANDRE_LUIS_Carvalho/publication/230632866.pdf)

7. MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, P. C. C. R.; GALVÃO, M. C. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto enfermagem, v.17, n. 4, p. 1-7, 2008. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
8. LIMA, T. V. S.; SANTOS, W. P.; FREITAS, F. B. D.; GOUVEIA, B. L. A.; AGRA, G.; TORQUATO, I. M. B. Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa. Revista Kairós Gerontologia, v. 19, n. 3, p. 1-15, 2016. Disponível em:  
<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/31448/21922>
9. BRASIL. Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES). Classificação da produção intelectual. Fundação Capes, 2014. Disponível em:  
<http://www.capes.gov.br/avaliacao/instrumentos-de-apoio/classificacao-da-producao-intelectual>
10. BOAS, L. C. G. V.; LIMA, M. L. S. A. P.; PACE, A. E. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. Rev Latino-americana de Enfermagem, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2014. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt\\_0104-1169-rlae-22-01-00011.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00011.pdf)
11. REMONDI, F. A.; ODA, S.; CABRERA, M. A. S. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v. 35, n. 2, p. 1-10, 2014. Disponível em: [http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/viewFile/2836/2836](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2836/2836)
12. SILVA, A. P.; BORGES, B. V. S.; NETO, J. C. G. L.; AVELINO, F. V. S. D.; DAMASCENO, M. M. C.; FREITAS, R. W. J. F. Adesão ao tratamento com antidiabéticos orais na atenção básica de saúde. Rev Rene, v. 16, n. 3, p. 1-9, 2015. Disponível em:  
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1944/pdf>
13. BOAS, L. C. G. V.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. M. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 2, p. 1-17, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0268.pdf>

14. FARIA, H. T. G.; RODRIGUES, F. F. L.; ZANETTI, M. L.; ARAÚJO, M. F. M.; DAMASCENO, M. M. C. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Rev Acta Paulista Enfermagem*, v. 26, n. 3, p. 1-7, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/05.pdf>
  
15. BRUNDISINI, F.; VANSTONE, M.; HULAN, D.; DEJEAN, D.; GIACOMINI, M. Type 2 diabetes patients and providers differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Services Research*, v.15, n. 5, p. 1-23, 2015. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657347/pdf/12913\\_2015\\_Article\\_1174.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657347/pdf/12913_2015_Article_1174.pdf)
  
16. BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. E. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Latino-americana de Enfermagem*, v. 20, n.1 p. 1-8, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_08.pdf)
  
17. KOCARNIK, B. M.; LIU, C. F.; WONG, W. S.; PERKINS, M.; MACIEJEWSKI, M. L.; YANO, E. M.; AU, D. H.; PIETTE, J. D.; BRYSON, C. Does the presence of a pharmacist in primary care clinics improve diabetes medication adherence?. *BMC Health Services Research*, v.12, n.1, p. 1-9, 2012 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3537712/pdf/1472-6963-12-391.pdf>
  
18. LEAL, C. L.; PISI, P. C. B.; FIGUEIREDO, A. B.; ALMEIDA, S. C. L.; MORIGUTI, J. C. Manejo da hiperglicemia no paciente hospitalizado não crítico. *Revista de medicina*, v. 43, n. 2, p. 1-9, 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/168/169>
  
19. ARAÚJO, MFM, ARAÚJO TM, ALVES PJS, VERAS VS, ZANETTI ML, DAMASCENO MMC. Uso de medicamentos, glicemia capilar e índice de massa corpórea em pacientes com diabetes mellitus. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 5, p. 1-6, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/11.pdf>

20. SECOLI, S. R. Polifarmácia: Interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 1-5, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a23.pdf>
21. MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Câmara Brasileira do Livro - Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf>
22. WERLANG, M. C.; ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem do uso dos medicamentos. *Rev Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento*, v. 13, n. 1, p. 95-115, 2008. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/6950/4218>
23. NEVES, S. J. F. MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; DINIZ, A. S.; MEDEIROS, T. S.; ARRUDA, I. K. G. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Revista Saúde Pública*, v. 47, n. 4, p. 759-768, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0759.pdf>
24. MORSCH, L. M.; DRESSLER, C. C.; SCHNEIDER, A. P. H.; MACHADO, E. O.; ASSIS, M. P. Complexidade da farmacoterapia em idosos atendidos em uma farmácia básica no Sul do Brasil. *Rev Infarma Ciências farmacêutica*, v. 27, n. 4, p. 239-247, 2015. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Ana\\_Paula\\_Schneider/publication/292186406\\_Complexidade\\_da\\_farmacoterapia\\_em\\_idosos\\_atendidos\\_em\\_uma\\_farmacia\\_basica\\_no\\_Sul\\_do\\_Brasil/links/56d9816708aebabdb40f7356/Complexidade-da-farmacoterapia-em-idosos-atendidos-em-uma-farmacia-basica-no-Sul-do-Brasil.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ana_Paula_Schneider/publication/292186406_Complexidade_da_farmacoterapia_em_idosos_atendidos_em_uma_farmacia_basica_no_Sul_do_Brasil/links/56d9816708aebabdb40f7356/Complexidade-da-farmacoterapia-em-idosos-atendidos-em-uma-farmacia-basica-no-Sul-do-Brasil.pdf)
25. VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1929-1936, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/pt/>
26. CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; BORGES, C. L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. *Rev Acta Paulista Enfermagem*, v. 27, n. 3, p. 237-242, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n3/1982-0194-ape-027-003-0237.pdf>

27. STEFANO, I. C. A.; CONTERNO, L. O.; SILVA FILHO, C. R. S.; MARIN, M. J. S.

Uso de medicamentos por idosos: análise da prescrição, dispensação e utilização num município de porte médio do estado de São Paulo. Rev Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, n. 5, p. 681-692, 2017. Disponível em:

[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/pt\\_1809-9823-rbgg-20-05-00679.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n5/pt_1809-9823-rbgg-20-05-00679.pdf)

## DELINEAMENTO DO PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E TENDÊNCIA DA ADESÃO A FARMACOTERAPIA DE PACIENTES ASSISTIDOS PELO HIPERDIA

Maria Luisa de Sá Vieira <sup>1</sup>  
Anna Júlia de Souza Freitas <sup>2</sup>  
Dayverson Luan de Araújo Guimarães <sup>3</sup>  
Maria do Socorro Ramos de Queiroz <sup>4</sup>

### RESUMO

O perfil farmacoterapêutico é um instrumento utilizado pelo farmacêutico na promoção do cuidado farmacêutico, este estudo possui como público-alvo os pacientes idosos hipertensos e/ou diabéticos que precisam desse monitoramento. O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de março a abril de 2019 e focado no delineamento do perfil farmacoterapêutico e na tendência de adesão ao tratamento por usuários hipertensos e/ou diabético cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, em Campina Grande-PB. Participaram do estudo 20 pacientes domiciliados, sendo que 70% (n = 14) pertenciam ao gênero feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 80 anos (40%) e possuía uma renda de 1 salário mínimo (45%). Avaliando a prevalência das DCNT, observou-se que a HAS isolada esteve presente em 60% da amostra e associada a DM2 em 35%. A polifarmácia foi identificada na prescrição de alguns pacientes acompanhados. Sabendo que a farmácia clínica é a área voltada para o cuidado do paciente que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de seus agravos, buscou-se otimizar a farmacoterapia, promover o uso racional de medicamentos, buscando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente e estimular o autocuidado.

**Palavras-chave:** Cuidados farmacêuticos, Perfil farmacoterapêutico, Diabetes *mellitus*, Hipertensão arterial.

### INTRODUÇÃO

A farmácia clínica é a área voltada para o cuidado do paciente que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de seus agravos, devido ao uso inadequado de medicamentos. Na prestação desse serviço o farmacêutico busca otimizar a farmacoterapia,

---

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, marialuisasavieira@gmail.com;

<sup>2</sup>Graduando pelo Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba UEPB, annajuliasfreitas@hotmail.com

<sup>3</sup> Graduação do Curso de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, dayversonluan@hotmail.com;

<sup>4</sup>Doutor pelo Curso de Farmácia da Rede Nordeste de Biotecnologia - RENORBIO, queirozsocorroramos@yahoo.com.br.

promover o uso racional de medicamentos, buscando sempre melhorar a qualidade de vida do paciente (LIMA et al., 2017).

O cuidado voltado para o paciente prestado pelo farmacêutico na Atenção Básica a Saúde é denominado cuidado farmacêutico e consiste na identificação de uma necessidade social, o enfoque centrado no paciente, a identificação, resolução e prevenção dos problemas da terapêutica farmacológica (CIPOLLE e col., 2006).

O perfil farmacoterapêutico e a tendência de adesão do paciente a sua farmacoterapia são alguns dos instrumentos utilizados pelo farmacêutico na promoção do cuidado farmacêutico. O primeiro trata-se de um registro cronológico da informação relacionada ao uso dos medicamentos de um paciente. Este registro permite ao farmacêutico realizar o acompanhamento do paciente e contribuir para o uso seguro e efetividade dos medicamentos, cujas importâncias compreendem o estabelecimento de uma ligação permanente do farmacêutico com o paciente e o vínculo do paciente pelo serviço prestado pelo farmacêutico (CFF, 2017).

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são classificadas como doenças crônicas não transmissíveis, ambas de alta prevalência no Brasil. Os pacientes hipertensos e/ou diabéticos são os principais usuários de medicamentos e mais suscetíveis ao seu uso inadequado, à polifarmácia e às interações medicamentosas (PRADO; FRANCISCO; BARROS, 2016; SILVA, et. al., 2016).

- **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM)**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica caracterizada pelo nível pressórico constante em valores maiores ou iguais a 140x90 mmHg. É um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (FUCHS, 2004). Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças cardiovasculares e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (PASSOS et al., 2006).

A HAS contempla três itens importantes na sua caracterização: prevalência, acomete entre 22,3% a 43,9% da população maior de 18 anos (32% em média, pontuando 50% na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% para > 70 anos) e responde por uma parcela significativa das consultas da rede básica; transcendência, é um dos principais fatores de risco associado ao

infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e outros agravos, inclusive morte, além de sua forma silenciosa de desenvolvimento; e vulnerabilidade, facilmente tratável e controlável no âmbito da APS, uma vez que 50 a 80% dos casos se resolve na rede básica (SBC, 2016).

Apesar de ser considerada um grave problema de saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle no Brasil (18% a 19,6%) ocasionando custo médico-social, principalmente por suas complicações. No cenário mundial, a média europeia de controle da HAS na APS é de 8%. Os EUA entre 1988-2008 duplicaram o percentual de controle (27,3% vs. 53,5%) e o Canadá quintuplicou entre 1992-2009 (13,2% vs. 64,6%), refletindo importantes avanços na sua detecção e tratamento. O Canadá, seguido de Cuba, apresenta os melhores indicadores no tocante à prevalência (22% e 20% respectivamente da população em geral e 50% na > de 50 anos), ao diagnóstico (87% – 78%), tratamento (82% – 61%) e controle (66% – 40%) (LÓPEZ-JARAMILLO et al., 2014).

Visando definir metas terapêuticas e abordagens específicas no tratamento para atingi-las, a Sociedade Brasileira de Cardiologia criou a VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão visando padronizar a classificação dos tipos de HAS de acordo com os níveis pressóricos aferidos (Tabela 1).

**Tabela 1** – Classificação da hipertensão arterial de acordo com os níveis de pressão sistólica e diastólica.

<b>Classificação</b>	<b>Pressão sistólica</b>	<b>Pressão diastólica</b>
<b>Ótima</b>	<120	<80
<b>Normal</b>	<130	<85
<b>Limítrofe</b>	130-139	85-89
<b>Hipertensão leve</b>	140-159	90-99
<b>Hipertensão moderada</b>	160-179	100-109
<b>Hipertensão grave</b>	>180	>110
<b>Hipertensão Sistólica</b>	>140	<90

**Quando as pressões sistólicas e diastólicas se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação da pressão arterial**

Fonte: SBC, 2016.

Outra doença de importância clínica e epidemiológica no nosso país é a Diabetes Mellitus (DM). É considerada um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos e pode ser classificada de acordo com a etiologia, principalmente em:

DM1, caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina e a DM2, caracterizada por defeitos na ação e secreção da insulina (SBD, 2015-2016). A Figura 1, mostra os valores glicêmicos considerados para diagnóstico da doença, associando-se o quadro clínico apresentado pelo indivíduo e mediante confirmação dos resultados laboratoriais alterados para confirmação do diagnóstico.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, uma epidemia da doença está em curso, com um número atual de aproximadamente 200 milhões de diabéticos no mundo, com projeção de chegar aos 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desse número vivem nos países em desenvolvimento, onde a epidemia acontece com maior intensidade (SBD, 2015-2016).

Ainda segundo o documento da SBD, o número de diabéticos vem aumentando devido à maior prevalência de sedentarismo e obesidade, envelhecimento e crescimento populacional, maior urbanização, bem como à maior sobrevivência dos pacientes diabéticos.

**Figura 1** – Valores de glicose plasmática (em mg/dL) para diagnóstico da DM e seus estágios pré-clínicos.

<b>Categoria</b>	<b>Jejum</b>	<b>Duas horas após 75 g de glicose</b>	<b>Casual</b>
<b>Glicemia normal</b>	Menor que 100	Menor que 140	-
<b>Tolerância à glicose reduzida</b>	Entre 100 e 126	Igual ou superior a 140 a menor que 200	-
<b>Diabetes Mellitus</b>	Igual ou superior a 126	Igual ou superior a 200	Igual ou superior a 200 (com sintomas clássicos)

Fonte: SBD, 2015-2016.

A DM é associada fortemente ao risco cardiovascular devido aos seus efeitos deletérios micro e macrovasculares, a angiopatia. De acordo com Siqueira (2007), pacientes com diabetes apresentam risco aumentado de 3 a 4 vezes de sofrer algum evento cardiovascular e o dobro de risco de morrer desse evento se comparado com a população em geral, estando 70% dos óbitos, em diabéticos, relacionados a esse tipo de ocorrência. O controle glicêmico rígido, especialmente naqueles indivíduos em início de terapia antidiabética, tem benefícios reais na prevenção de eventos cardiovasculares deletérios, o que indica associação comprovada entre hiperglicemia e esses episódios (MATHEUS et al., 2013). Inclusive, segundo as recomendações das Diretrizes para Hipertensão (SBC, 2016) e das Diretrizes sobre Dislipidemias (SBC, 2013), a presença de DM exige uma maior rigidez no controle pressórico em pacientes hipertensos (é necessária uma redução incremental de 10 mmHg tanto nos níveis sistólicos quanto nos

diastólicos para atingir as metas terapêuticas) e no controle do perfil lipídico em pacientes com dislipidemia (exige metas equivalentes à presença de alto risco cardiovascular).

Associado a esses fatos, o custo para o tratamento da DM no Brasil é considerado alto para o sistema público de saúde e para a sociedade, tendendo a se elevar ainda mais com a duração da doença e presença de complicações de saúde (SBC, 2016).

Desse modo, a referida doença exige um manejo e cuidado adequado para redução da morbidade associada e garantia da sobrevivência do paciente, além de uma mudança no paradigma atual do tratamento da mesma, realocando recursos para estratégias de prevenção primária da doença e suas complicações, principalmente quando existe associação com a HAS e outras comorbidades.

- **Adesão ao tratamento**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adesão ao tratamento pode ser definida como “a extensão com a qual o comportamento do indivíduo, uso dos medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou execução de mudanças de estilo de vida, coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde” (WHO, 2003). Segundo Blackburn, Swidrovic e Lemstra (2013), simplesmente a extensão com a qual indivíduos tomam medicamentos com efeitos benéficos à saúde reconhecidos.

Apesar de existirem divergências entre autores, quanto ao conceito de adesão, muitos consideram como adesão em terapias crônicas, incluindo-se a HAS e o DM, o uso de pelo menos 80% do total de medicamentos prescritos, observando-se doses, horários e tempo de tratamento (GRÉGOIRE et al., 2010).

A OMS indica, ainda, que apenas cerca de 50% dos pacientes com doenças crônicas sob acompanhamento médico tomam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos. Como consequência, aproximadamente 75% desses pacientes não atingem as metas terapêuticas pré-estabelecidas, o que pode levar ao agravamento dos estados de saúde desses pacientes, aumento dos custos de tratamento, aumento da morbimortalidade associada aos medicamentos e, ainda, deteriorar a relação paciente-profissional de saúde (WHO, 2003). Em uma revisão sobre o tema, é relatado ainda que a adesão pode chegar a níveis ainda mais baixos, como apenas 36% dos usuários de medicamentos seguindo novos tratamentos a contento (BLACKBURN; SWIDROVIC; LEMSTRA, 2013).

- **Acompanhamento Farmacoterapêutico**

É o serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do paciente, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do paciente, com o objetivo principal de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, a fim de alcançar bons resultados clínicos, reduzir os riscos, e contribuir para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde. Inclui, ainda, atividades de prevenção e proteção da saúde (CFF, 2017).

No âmbito do cuidado farmacêutico voltado para diabéticos, uma meta-análise realizada por Collins et al., (2011) foi conduzida com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção farmacêutica no controle glicêmico de pacientes com DM. Em 14 estudos foi possível avaliar o efeito da prática farmacêutica, sendo este, uma redução significativa da taxa de hemoglobina glicada (A1C), em todos os ensaios, e da glicemia em boa parte dos mesmos. Os autores concluíram que o acompanhamento feito pelo farmacêutico proveu benefícios clínicos no controle glicêmico, demonstrando sua importância e efeito positivo para esse tipo de população.

Os parâmetros determinantes do risco cardiovascular (níveis de colesterol e pressão arterial sistólica) e seus agravantes, como a DM, com os resultados positivos de estudos científicos envolvendo os cuidados farmacêuticos, pode-se inferir que essa prática farmacêutica pode ter um impacto positivo, também, quanto ao manejo do risco cardiovascular. Estudos recentes desenvolvidos por Lyra Junior (2011), Firmino (2012) e Firmino (2015) demonstraram que a realização de um Acompanhamento Farmacoterapêutico é capaz de influenciar positivamente o manejo do risco cardiovascular em pacientes hipertensos e diabéticos.

Segundo Ayala (2010) e Calixto (2010), um acompanhamento farmacoterapêutico é capaz de melhorar o perfil de adesão e a qualidade de vida dos pacientes-alvo, ou seja, hipertensos e diabéticos. Também enfatizaram a relevância da implantação desse tipo de serviço na rede de APS.

Diante disso, o estudo é de fundamental relevância, pois o público-alvo são os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que precisam desse monitoramento, o qual é possibilitado pelo perfil farmacoterapêutico, e o estudo da tendência de adesão desses pacientes a sua farmacoterapia.

## METODOLOGIA

O estudo foi do tipo transversal, com abordagem quantitativa e descritiva, realizado no período de março a abril de 2019 e focado no delineamento do perfil farmacoterapêutico e na tendência de adesão ao tratamento por usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho, em Campina Grande-PB.

A amostra foi composta por todas as pessoas domiciliadas cadastradas no programa HIPERDIA, o qual contempla pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados, tanto do perfil farmacoterapêutico como da tendência de adesão dos pacientes as suas farmacoterapias, foram os preconizados pelo Manual de Cuidados Farmacêuticos, elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Os participantes foram abordados sem a presença de terceiros, em ambiente fechado.

Na tendência de adesão do paciente a farmacoterapia foi usado o instrumento *Beliefs about Medicines Questionnaire*, o qual leva em consideração as crenças dos pacientes, avaliando as necessidades e as preocupações sobre os medicamentos e associando-as a não adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

Como critérios de inclusão se fez necessário que os usuários fossem portadores de HAS e/ou DM2, maiores de 18 anos e que concordassem em participar da pesquisa. Foram excluídos aqueles que não eram domiciliados e que não concordaram com os objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi autorizada pelo comitê de ética em pesquisa do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED/PB), em Campina Grande-PB, com parecer de nº 03216818.0.0000.5175. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme recomenda a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Desta forma, este projeto estava de acordo com as diretrizes éticas da pesquisa com seres humanos, recomendadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Na avaliação dos dados referentes ao resultado de tendência da adesão do paciente, foi realizada pela razão Necessidades/Preocupações (N/P), sendo a tendência a aderir ao tratamento diretamente proporcional ao resultado da razão N/P:  $N/P > 1$ : Maior tendência a aderir ao tratamento;  $N/P = 1$ : Tendência a aderir igual à tendência a não aderir;  $N/P < 1$ : Menor tendência a aderir ao tratamento.

Os outros resultados foram analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 17.0). As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto a sua distribuição normal pelo teste Kolmogorov-Smirnov.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 20 pacientes domiciliados, sendo que 70% (n = 14) pertenciam ao gênero feminino, a maioria encontrava-se na faixa etária igual ou superior a 80 anos (40%), possuía uma renda de 1 salário mínimo (45%) e era portador de HAS (60%) (TABELA 1).

**Tabela 1** – Dados demográficos, socioeconômicos e presença de DCNT da amostra estudada.

Variáveis	N	%
<b>Gênero</b>		
Feminino	14	70
Masculino	6	30
<b>Grupo etário</b>		
<60 anos	1	5
60 a 69 anos	4	20
70 a 79 anos	7	35
≥ 80 anos	8	40
<b>Estado civil</b>		
Com companheiro	7	35
Sem companheiro	13	65
<b>Renda</b>		
1 SM	9	45
> 1 SM e < 2 SM	7	35
> 2 SM e < 3 SM	3	15
> 4 SM	1	5
<b>DCNT</b>		
HAS	12	60
DM2	1	5
HAS e DM2	7	35

**Fonte:** Dados da pesquisa.

**SM** = Salário mínimo; **DCNT** = Doenças Crônicas Não Transmissíveis; **HAS** = Hipertensão Arterial Sistêmica; **DM2** = Diabetes Mellitus tipo 2.

Os dados deste estudo corroboram com várias pesquisas realizadas no Brasil e no mundo, a longevidade é crescente e as estimativas projetam que o número de idosos até 2025 será superior a 30 milhões e a velhice tanto poderá ser acompanhada por altos níveis de doenças crônicas quanto por saúde e bem-estar (DEBERT, 1999; LIMA, 2003; LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Com relação ao gênero, as mulheres tiveram maior participação. Este dado pode ser justificado pela maior expectativa de vida da mulher, em relação ao homem. A proteção cardiovascular dada pelos hormônios femininos, o menor consumo de tabaco e álcool, além da maior procura por assistência médica são hipóteses levantadas por alguns autores para explicar essa diferença populacional entre os gêneros na terceira idade (ROCHA et al., 2008).

Foi importante observar que, a maioria da amostra estudada sobrevive com um salário mínimo, podemos considerar um dos fatores socioeconômico agravante para a saúde, pois dificulta o acesso a melhores condições de vida. De acordo com Neri e Guariento (2011), é importante melhorar as condições socioeconômicas, principalmente nos países emergentes, como o Brasil, para possibilitar uma boa qualidade de vida aos idosos em sua velhice. É preciso observar que as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

No referido estudo foi observado que dos oito pacientes pertencentes à faixa etária mais avançada, seis eram totalmente dependentes de cuidadores, que eram os próprios familiares e dois vivem sozinhos em seus domicílios, sem auxílio de cuidadores dependendo da ajuda de terceiros, dificultando assim o processo de cuidado em saúde.

Avaliando a prevalência das DCNT, observou-se que a HAS isolada esteve presente em 60% da amostra e associada a DM2 em 35%. Estas doenças representam seguimento ainda mais difícil, porque são condições relacionadas à faixa etária mais avançada. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da pressão arterial e da glicemia e que esse grupo habitualmente necessita de outros medicamentos ou possui algumas outras limitações que dificultam a aplicação do tratamento por completo (GUSMÃO et al., 2009).

A Tabela 2 apresenta o delineamento do perfil farmacoterapêutico, sendo possível observar que 5 pacientes fazem o uso de cinco ou mais medicamentos, a maioria das prescrições é originária da UBSF, 85% conheciam a indicação do medicamento, faziam uso de acordo com a posologia prescrita e 70% revelaram que apresentam bons resultados, ou seja, o medicamento funciona muito bem.

A polifarmácia foi identificada na prescrição de alguns pacientes acompanhados. Esta pode ser definida como o uso de múltiplos medicamentos por um paciente. Segundo Clyne et al., (2015) a polifarmácia e a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos são problemas de saúde pública e têm sido associados com eventos adversos tais como quedas, hospitalização e morte. É um fator preocupante, porque as mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento podem alterar as propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas no paciente idoso (COELHO; MARCOPITO; CASTELO, 2004).

**Tabela 2** – Delineamento do perfil farmacoterapêutico da amostra estudada.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Quantidade de medicamentos utilizados</b>		
1 medicamento	2	10
2 medicamentos	3	15
3 medicamentos	7	35
4 medicamentos	3	15
5 medicamentos	1	5
6 medicamentos	2	10
7 medicamentos	1	5
10 medicamentos	1	5
<b>Origem da prescrição</b>		
UBSF	14	70
Cardiologista	3	15
Endocrinologista	1	5
Pneumologista e cardiologista	1	5
Cardiologista e endocrinologista	1	5
<b>Sabe para que utiliza</b>		
Sim	17	85
Não	3	15
<b>Como funciona pra você</b>		
Funciona muito bem	14	70
Funciona regular	1	5
Não funciona bem	1	5
Não sei	4	20
<b>Posologia prescrita x posologia utilizada</b>		
Sim	17	85
Não	3	15

**Fonte:** Dados da pesquisa.

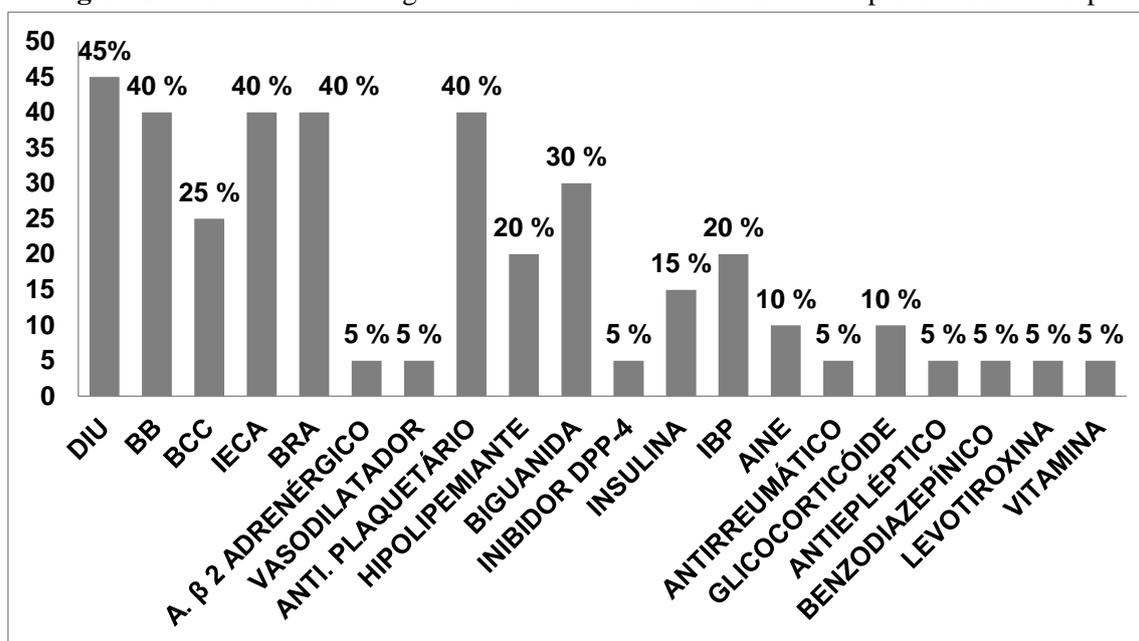
**UBSF** = Unidade Básica de Saúde da Família.

A origem das prescrições em sua maioria é oriunda da UBSF, dado justificado devido à dificuldade de locomoção dos idosos, sendo as consultas realizadas pelas equipes de saúde durante a realização das visitas domiciliares. Para Romanholi e Cyrino (2012), a UBSF prevê a atenção domiciliar à saúde como forma de assistência àqueles que precisam de cuidados contínuos, mas, sobretudo, como instrumento de diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade. Vários estudos apontam o importante papel da visita domiciliar no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar.

Como citado anteriormente, 85% dos pacientes conhecem o tipo de doença que apresenta e o tratamento prescrito. É um dado notório, porque se espera que um bom conhecimento em relação à sua doença e ao tratamento possam ter melhora significativa em relação à adesão, na medida em que, gradativamente, aceitem e compreendam sua situação, seus recursos e suas potencialidades.

As classes farmacológicas mais prescritas no presente estudo foram os diuréticos (45%), seguido dos betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueador dos receptores de angiotensina II e antiagregante plaquetário, com 40 % respectivamente (FIGURA 2).

**Figura 2** – Classes farmacológicas identificadas no delineamento do perfil Farmacoterapêutico.



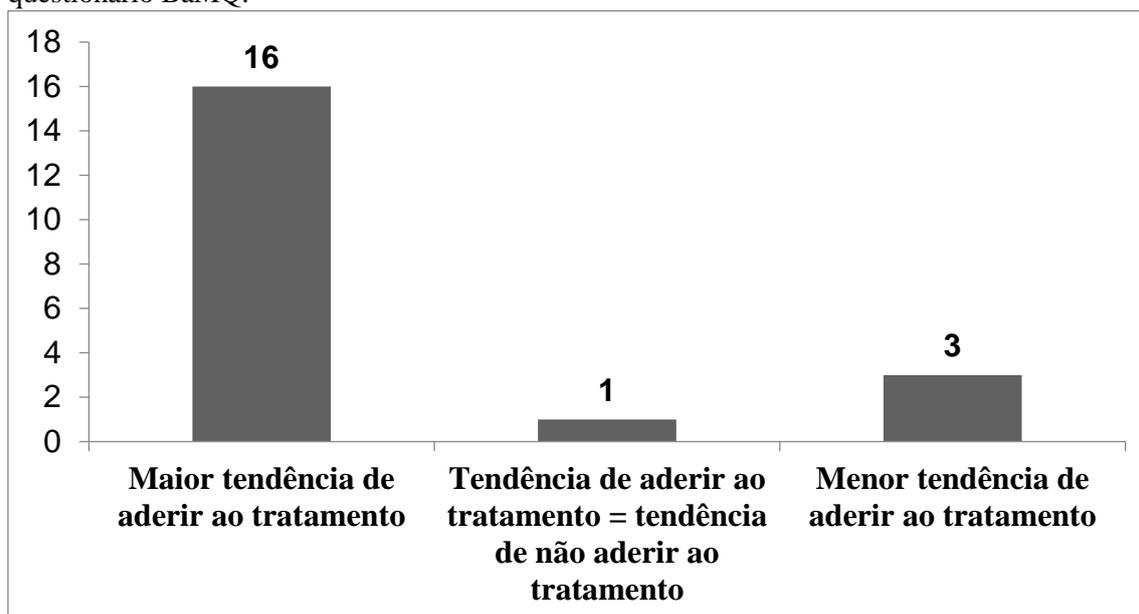
**Fonte:** Dados da pesquisa.

**DIU** = Diuréticos; **BB** = Betabloqueador; **BCC** = Bloqueador dos canais de cálcio; **IECA** = Inibidores da enzima conversora de angiotensina; **BRA** = Bloqueador dos receptores de angiotensina II; **A. β 2 ADRENÉRGICO** = Agonista beta-2-adrenérgico; **ANTI. PLAQUETÁRIO** = Antiagregante plaquetário; **IBP** = Inibidor da bomba de prótons; **AINE** = Anti-inflamatórios não esteroides.

Para avaliar a possível tendência de adesão ao tratamento, foi utilizado o questionário BaMQ, que possui como objetivo avaliar a natureza das crenças sobre os medicamentos, a distribuição dessas crenças entre diferentes populações e as relações entre crenças sobre medicamentos, crenças sobre doenças e comportamento de adesão ao tratamento.

Apesar de ser uma população idosa, que apresenta várias limitações intrínsecas a idade, os resultados foram satisfatórios, uma vez que 16 deles apresentaram uma maior tendência à adesão (FIGURA 3).

**Figura 3** – Classificação da tendência de adesão por paciente a sua farmacoterapia, segundo o questionário BaMQ.



**Fonte:** Dados da pesquisa.

Pacientes que não apresentaram maior tendência de adesão fazem parte do grupo que utiliza o maior número de medicamentos ou não aceita a doença. A relação entre as crenças e a adesão a medicação, deve ser levada em consideração para que sejam traçadas intervenções entre profissional - paciente que possam contribuir com informações relacionadas a importância do conhecimento acerca da doença e de seus agravos, do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados expostos acima, observou-se que o farmacêutico como membro de uma equipe multidisciplinar na UBSF foi capaz de realizar visitas domiciliares, serviços farmacêuticos, acompanhamento farmacoterapêutico, incentivando a autoestima do paciente, de modo a contribuir para o autocuidado. A maior tendência de adesão a farmacoterapia foi justificada pelo acompanhamento mensal e pelas orientações fornecidas aos pacientes e seus cuidadores.

## REFERÊNCIAS

AYALA, L. K., CONDEZO, K., JUÁREZ, J. R. Impacto Del Seguimiento Farmacoterapéutico En La Calidad De Vida Relacionada A La Salud De Pacientes Con Hipertension Arterial. **Ciencia e Investigación**. v. 13, n. 2, p. 77-80, 2010.

BLACKBURN, D. F.; SWIDROVICH, J.; LEMSTRA, M. Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient Preference and Adherence*. v. 7, p. 183-189, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, caderno n. 2. 1 ed. 308p, 2015.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao Tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. 2010, 109p.

CFE, Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade Contextualização e Arcabouço Conceitual**. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, 2017.

CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. Um novo exercício profissional. In: CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **O exercício do cuidado farmacêutico**. Tradução de Denise Borges Bittar. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2006. 396 p.

CLYNE, B.; SMITH, S. M.; HUGHES, C. M.; BOLAND, F.; BRADLEY, M. C.; COOPER, J. A.; FAHEY, T. Eficácia de uma intervenção multifacetada para prescrição potencialmente inadequada em pacientes mais velhos na atenção primária: um estudo controlado por randomização de grupo (Estudo OPTI-SCRIPT). *Ann Fam Med*. v. 13, p. 545-553, 2015.

COELHO, F. J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. v. 38, n. 4, p. 557-564, 2004.

COLLINS, C., LIMONE, B. L., SCHOLLE, J. M., COLEMAN, C. I. **Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes**. *Diabetes research and clinical practice*. v. 92, p. 145-152, 2011.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: EDUSP, 1999.

CFE, Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados ao Paciente, à Família e à Comunidade Contextualização e Arcabouço Conceitual**. Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde, 2017.

FIRMINO, P. Y. M.; MARTINS, B. C. C.; FONTELES, M. M. F. Avaliação do Risco Cardiovascular em Pacientes Hipertensos sob Acompanhamento Farmacoterapêutico em Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*. v.3, n.2, p. 42-46, 2012.

FIRMINO, P. Y. M.; VASCONCELOS, T. O., FERREIRA, C. C. MOREIRA, L. M., ROMERO, N. R., DIAS, L. A., QUEIROZ, M. G. R. de., LOPES, M. V. de O., FONTELES, M. M. de F. Cardiovascular risk rate in hypertensive patients attended in primary health care units: the influence of pharmaceutical care. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. v. 51, n. 3, p. 617-627, 2015.

FUCHS, F. D. **Hipertensão arterial sistêmica.** In: DUNCAN, B. B., SCHMIDT, M. I., GIUGLIANI, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed. p. 641-656, 2004.

GRÉGOIRE, J. P.; SIROIS, G.; BLANC, G.; POIRIER, P.; MOISAN, J. Persistence Patterns with Oral Antidiabetes Drug Treatment in Newly Treated Patients - A Population-Based Study. **Value in Health.** v. 13, n. 6, p. 820-828, 2010.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.** v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface.** v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.

LIMA, E. D.; SILVA, R. G.; RICIÉRI, M. C.; BLATT, C. R. Farmácia Clínica em ambiente hospitalar: enfoque no registro das atividades. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde.** v. 8, n.4, p. 18-24, 2017.

LÓPEZ-JARAMILLO, P.; SÁNCHEZ, R. A.; DIAZ, D.; COBOS, L.; BRYCE, A.; PARRA-CARRILLO, J. Z.; LIZCANO, F.; LANAS, F.; SINAY, I.; SIERRA, I. D.; PEÑAHERRERA, E.; BENDERSKY, M.; SCHMID, H.; BOTERO, R.; URINA, M.; LARA, J.; FOSS, M. C.; MÁRQUEZ, G.; HARRAP, S.; RAMÍREZ, A. J.; ZANCHETTI, A. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 58, n. 3, p. 205-225, 2014.

LYRA JUNIOR, D. P., OBRELI NETO, P. R., MARUSIC, S., *et al.* Effect of a 36-month Pharmaceutical Care program on coronary heart disease risk in elderly diabetics and hypertensive patients. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences,** v. 14, n. 2, p. 249-263, 2011.

MATHEUS, A. S. de M., TANNUS, L. R. M., COBAS, R. A. PALMA, CATIA C. SOUSA., NEGRATO, C. A., GOMES, M. de B. **Impact of Diabetes on Cardiovascular Disease: An Update.** International Journal of Hypertension, v. 2013, p. 1-15, 2013.

NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do estudo FIBRA Campinas.** Campinas: Alínea, 2011.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Brasília: **Epidemiol Serv Saúde.** v.15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PRADO, M. A. M. B.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. **Diabetes em idosos: uso de medicamentos e risco de interação medicamentosa.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.1], v. 21, n. 11, p. 3447-3458, nov. 2016.

ROCHA, C. H.; OLIVEIRA, A. P. S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F. T.; SCHROETER, G.; SOUZA, C. A. C. A.; DECARLI, G. A.; MORRONE, F. B.; WERLANG, M. C. Adesão à

prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**. v 13, p. 703-710, 2008.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunic Saude Educ**. v. 16, n. 42, p. 693-705, 2012.

SBC, Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. n. 3, v. 107, s. 3, p.82, 2016.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016**. São Paulo. A. C. Farmacêutica, 2016.

SILVA, E. C., MARTINS, M. S. A. S., MARTINS, GUIMARÃES, L. V., SEGRI, N. J., LOPES, M. A. L., ESPINOSA, M. M. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. 1], v. 19, n. 1, p. 38-51, 2016.

SIQUEIRA, A. F. A., ALMEIDA-PITITTO, B., FERREIRA, S. R. G. Doença Cardiovascular no Diabetes Mellitus: Análise dos Fatores de Risco Clássicos e Não-Clássicos. **Arq Bras de End e Metab**. v. 51, n. 2, 2007.

WHO, World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

## **Dispositivo Legal e do Senso Comum: representações sociais do envelhecimento e da velhice<sup>1</sup>**

### **INTRODUÇÃO**

Diante do contexto de envelhecimento populacional e maior longevidade, é possível observar ações, tanto no âmbito legal quanto no senso comum, no sentido de refletir sobre essa realidade e melhorar o bem-estar não somente da pessoa idosa, mas de toda a população. Siqueira, Botelho e Coelho (2002) chamam a atenção para o fato de que o envelhecimento demográfico traz demandas sociais específicas, tornando a velhice um tema privilegiado de investigação. Desta forma, no dizer de Flores et al (2010), faz-se necessário pensar, planejar e executar ações que objetivem preservar a autonomia das pessoas idosas, haja visto que na implementação e execução de políticas públicas brasileiras nos serviços sociais, as mesmas recebem um atendimento fragmentado, em termos de serviços prestados, tornando-se dependentes.

De acordo com Freitas, Queiroz e Souza (2010), o planejamento das ações sociais só será admissível a partir do momento que se compreenda que a velhice não possui uma concepção absoluta, uma vez que o significado atribuído ao processo de envelhecimento é singular e o modo de pensar, agir e questionar passa pela interpretação pessoal de como isto afeta sua vida. Corroborando com essa realidade, Pfützenreuter e Alvim (2015, p.3) asseguram que o enfoque de estudo quanto às políticas públicas vigentes deve levar em conta o envelhecimento populacional, “uma vez que a estrutura etária influencia economicamente a situação de uma cidade e de um país, tanto pela variação do comportamento no ciclo de vida quanto pelo aumento em quantidade e em anos do grupo de idosos”.

Outro ponto a ser considerado é que a representação da pessoa idosa na sociedade não se dá apenas por meios legais. A própria sociedade também, pelo senso comum, especialmente por meio da mídia, constrói sua representação da pessoa idosa, com efeitos sobre seu modo de vida e também sendo influenciado por suas ações, refletindo, por sua vez, nas políticas públicas. Trata-se de um dispositivo de senso comum, mas é importante destacar, conforme afirma Martins (1998, p.3), que “o senso comum é comum não porque seja banal ou mero e exterior conhecimento, mas, porque é conhecimento compartilhado entre os sujeitos da relação social”.

---

<sup>1</sup> Este artigo faz parte de uma Tese de Doutorado, em processo de conclusão.

Côrte, Khoury e Mussi (2014) afirmam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece o papel relevante da mídia na sociedade, orientando atitudes, crenças, comportamentos e práticas políticas, econômicas e sociais.

Diante do exposto, é perceptível que o envelhecimento populacional traz consigo uma série de questões a serem analisadas e necessidades a serem atendidas, seja pelo Estado, pela sociedade, pelas famílias ou pelos próprios idosos. Com o intuito de contribuir para uma maior reflexão acerca das percepções da população idosa, este artigo tem por objetivo examinar as representações sociais do envelhecimento e velhice em um dispositivo legal (Estatuto do Idoso) e de senso comum (reportagens do Fantástico), visando compará-los e identificar igualdades e diferenças em suas percepções. Acredita-se que essa compreensão, tanto no âmbito legal e do senso comum, traga elementos importantes no planejamento e nas ações voltadas ao envelhecimento e velhice, na sociedade.

## **METODOLOGIA**

Afim de alcançar o objetivo proposto, optou-se por realizar uma pesquisa qualitativa, utilizando-se do método da análise de conteúdo, proposto por Bardin (2011), a partir dos dados coletados em um dispositivo legal (Estatuto do Idoso) e em um dispositivo de senso comum (mídia televisiva). De acordo com Appolinário (2006), a pesquisa qualitativa tem a pressuposição básica de que a realidade é constituída de fenômenos socialmente construídos e visa compreendê-los.

O método da análise de conteúdo proposto Bardin (2011), consiste na organização da análise, a partir da pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Tem por finalidade a busca do significado de materiais textuais e consiste na interpretação teórica das categorias que emergem do material pesquisado (APPOLINÁRIO, 2004). Tanto o Estatuto do Idoso quanto as reportagens do Fantástico foram analisadas seguindo estes critérios, sendo expostos separadamente para uma melhor compreensão.

### **Pré-análise do Estatuto do Idoso**

O Estatuto do Idoso foi o dispositivo legal escolhido para análise, por se tratar de uma lei instituída para regular os direitos assegurados das pessoas idosas (BRASIL, 2003). Ele possui 7 títulos e 118 artigos, que tratam dos direitos, das responsabilidades e das punições em caso de descumprimento da lei.

Após leitura, fez-se a demarcação do texto a ser analisado, conforme a Tabela 1, com base em seu conteúdo e objetivo de pesquisa, chegando-se a um total de 42 artigos.

Tabela 1 - Demarcação do conteúdo analisado no Estatuto do Idoso

Estatuto do Idoso	Conteúdo
Título I – Disposições Preliminares (7 artigos)	É constituído por sete artigos e aborda a finalidade do Estatuto, reafirmando o idoso como cidadão de direitos fundamentais inerentes ao ser humano, sendo obrigação da família, comunidade, sociedade e poder público, assegurar esses direitos, com prioridade.
Título II – Direitos Fundamentais (35 artigos)	Capítulo I – Do direito à vida Capítulo II – Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade Capítulo III – Dos alimentos Capítulo IV – Do direito à saúde Capítulo V – Da educação, cultura, esporte e lazer Capítulo VI – Da profissionalização e do trabalho Capítulo VII – Da previdência social Capítulo VIII – Da assistência social Capítulo IX – Da habitação Capítulo X – Do transporte

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

A escolha por analisar somente os Títulos I e II e não todo o Estatuto é devido ao fato de se encontrar, nestes dois títulos, as informações necessárias para analisar a compreensão do envelhecimento e velhice destacada neste dispositivo legal. Os títulos que não foram contemplados nesta análise tratam de medidas específicas para fazer valer as disposições gerais e os direitos contemplados nos títulos analisados.

### **Pré-análise das reportagens do Fantástico**

A mídia televisiva, por causa de sua abrangência, foi o dispositivo de senso comum escolhido para análise sobre a percepção do envelhecimento e velhice. Para tanto, optou-se por escolher um programa que pudesse ser analisado, levando-se em conta sua audiência em horário nobre e, nesse quesito, o Fantástico foi escolhido por estar sempre entre os primeiros, de acordo com os *Rankings* do Kantar Ibope Media, que disponibiliza dados e serviços que envolvem medição, planejamento e monitoramento de mídia (IBOPE, 2019). O Fantástico estreou em 1973, como uma revista eletrônica de variedades e, desde então, faz parte da programação da TV Globo, todos os domingos, em horário nobre.

Optou-se por rever as matérias que estão disponíveis na página eletrônica do programa e que foram ao ar de janeiro de 2016 a maio de 2017, por corresponder ao período mais recente da coleta de dados. A demarcação consistiu em escolher para análise somente o conteúdo que apresentou alguma informação relacionada ao envelhecimento e/ou à pessoa idosa, na matéria escrita, contida no texto inicial da matéria divulgada, buscando atender ao objetivo desta parte

da pesquisa que é analisar a percepção do envelhecimento e velhice em um dispositivo de senso comum. Foram 74 programas revistos e, destes, 20 apresentaram conteúdo para análise, em um total de 26 reportagens. As matérias foram separadas por data e título, conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Matérias sobre envelhecimento e/ou idoso exibidas no Fantástico

Data	Título
14/02/16	1. Fantástico flagra desrespeito de passageiros com assento prioritário
14/02/16	2. Idosos fazem cirurgia de catarata e perdem a visão
27/03/16	3. Berta faz 90 anos e recebe visita dos participantes do 'Grande Plano'
24/04/16	4. Imagens mostram empresário que atropelou e matou idoso em SP
01/05/16	5. Chernobyl 30 anos: idosos em zona de contaminação se recusam a sair
05/06/16	6. Tremendão Erasmo Carlos comemora 75 anos de vida e canta no Fantástico
03/07/16	7. 'Carinho de família': gêmeos de 100 anos revelam segredo da longevidade
17/07/16	8. Rombo da Previdência só aumenta e cria grande desafio para futuro do país
21/08/16	9. Mundo perde um pouco do brilho com a morte de Elke Maravilha, aos 71 anos
21/08/16	10. Descubra segredo de atletas 'coroas' para se destacarem na Olimpíada
28/08/16	11. Me conta lá no quarto: Rayane explica como é ser criada pela avó
28/08/16	12. Casal que comoveu a internet em despedida pode viver junto outra vez
04/09/16	13. Empresa contrata recepcionista acima de 60 anos e aposentada em Curitiba
04/09/16	14. Veja histórias dos que sobreviveram aos dias mais cruéis da humanidade
02/10/16	15. Campanha mostra desejos de idosos que vivem em asilos no interior de SP
02/10/16	16. Música de Edu Gueda homenageia avó que sofria de Alzheimer; veja clipe
16/10/16	17. Ex-aluno de 102 anos recebe homenagem de 80 anos de formado
06/11/16	18. Asilo divulga pedidos de Natal dos idosos para arrecadar presentes
15/01/17	19. A Gente Envelhece Assim: descubra qual é a receita para envelhecer bem
15/01/17	20. Saiba como Poliana Abritta e Evaristo Costa envelheceram 40 anos
22/01/17	21. A Gente Envelhece Assim: marcas de expressão ajudam a esconder reações
29/01/17	22. Desenhos encurtam distância entre vovô e netos que foram morar longe
12/03/17	23. Comissária de bordo mais velha do mundo completa 60 anos de carreira
23/04/17	24. Roberto Carlos comemora 76 anos com show em Lisboa
30/04/17	25. Belchior morre, aos 70 anos, por rompimento da artéria aorta
28/05/17	26. 'Não vou me cansar', diz avó que busca neto na Cracolândia de SP

Fonte: Dados da pesquisa (2017).

A escolha destes conteúdos se deu não somente pelo título da matéria, mas também pelo texto apresentado na sequência, que introduz o assunto. Desta forma, foi possível identificar assuntos relacionados a lei, saúde, comemorações, irresponsabilidade, tragédia, família, economia, tecnologia, intergeracionalidade, descaso, trabalho, sonhos/desejos, tempo e morte.

### **Exploração do material: Categorização dos dados**

Uma vez escolhido o conteúdo a ser analisado, Luiz (2008) afirma que a categorização dos dados é o ponto crucial da análise de conteúdo e consiste em reagrupar as unidades de registro em um número reduzido de categorias. A definição das categorias, de acordo com Franco (2005), pode ser realizada *a priori*, quando é predeterminada, de acordo com uma busca específica ou *a posteriori*, emergindo a partir dos dados disponíveis. Os critérios para a categorização também podem variar. Conforme Bardin (2011), estes critérios podem ser: semântico, sintático, léxico ou expressivo. Nesta pesquisa, a categorização dos dados foi feita *a posteriori*, seguindo o critério semântico.

Conforme proposto, a Tabela 3 apresenta as categorias criadas a partir dos dados do Estatuto do Idoso:

Tabela 3- Categorias criadas e os artigos relacionados

Categoria	Artigos
Cidadão de direitos (28,5%)	2º, 8º, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 26 e 37
Frágil e dependente (26,2%)	3º, 4º, 9º, 10, 19, 24, 25, 33, 36, 41 e 42
Recursos financeiros limitados (21,4%)	23, 29, 30, 31, 32, 34, 38, 39 e 40
Baixa escolaridade e desvalorizado (4,8%)	21 e 22
Incentivo para continuar trabalhando ou conseguir emprego (4,8%)	27 e 28
Amparo legal para ter seus direitos assegurados (14,3%)	1º, 5º, 6º, 7º, 14 e 35

Fonte: Dados de pesquisa (2017).

Da mesma forma, a Tabela 4 apresenta as categorias criadas a partir dos dados das reportagens analisadas:

Tabela 4- Categorias criadas e as matérias relacionadas

Categoria	Matérias
Fragilidade e dependência (23,1%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fantástico flagra desrespeito de passageiros com assento prioritário</li> <li>- Idosos fazem cirurgia de catarata e perdem a visão</li> <li>- Imagens mostram empresário que atropelou e matou idoso em SP</li> <li>- Rombo da Previdência só aumenta e cria grande desafio para futuro do país</li> <li>- Casal que comoveu a internet em despedida pode viver junto outra vez</li> <li>- Belchior morre, aos 70 anos, por rompimento da artéria aorta</li> </ul>
Experiência de vida (30,8%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empresa contrata recepcionista acima de 60 anos e aposentada em Curitiba</li> <li>- Veja histórias dos que sobreviveram aos dias mais cruéis da humanidade</li> <li>- Berta faz 90 anos e recebe visita dos participantes do ‘Grande Plano’</li> <li>- Tremendão Erasmo Carlos comemora 75 anos de vida e canta no Fantástico</li> <li>- Mundo perde um pouco do brilho com a morte de Elke Maravilha, aos 71 anos</li> <li>- Ex-aluno de 102 anos recebe homenagem de 80 anos de formado</li> <li>- Comissária de bordo mais velha do mundo completa 60 anos de carreira</li> <li>- Roberto Carlos comemora 76 anos com show em Lisboa</li> </ul>
Infantilização da velhice (11,5%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chernobyl 30 anos: idosos em zona de contaminação se recusam a sair</li> <li>- Campanha mostra desejos de idosos que vivem em asilos no interior de SP</li> <li>- Asilo divulga pedidos de Natal dos idosos para arrecadar presentes</li> </ul>
Apoio familiar e intergeracionalidade (19,2%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ‘Carinho de família’: gêmeos de 100 anos revelam segredo da longevidade</li> <li>- Desenhos encurtam distância entre vovô e netos que foram morar longe</li> <li>- Me conta lá no quarto: Rayane explica como é ser criada pela avó</li> <li>- Música de Edu Gueda homenageia avô que sofria de Alzheimer; veja clipe</li> <li>- ‘Não vou me cansar’, diz avó que busca neto na Cracolândia de SP</li> </ul>
Corpo e temporalidade (15,4%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A Gente Envelhece Assim: descubra qual é a receita para envelhecer bem</li> <li>- Saiba como Poliana Abritta e Evaristo Costa envelheceram 40 anos</li> <li>- A Gente Envelhece Assim: marcas de expressão ajudam a esconder reações</li> <li>- Descubra segredo de atletas ‘coroas’ para se destacarem na Olimpíada</li> </ul>

Fonte: Dados de Pesquisa (2017).

As categorias que mais se destacaram no Estatuto do Idoso foram aquelas relacionadas ao tema “Cidadão de direitos”, “Frágil e dependente” e “Recursos financeiros limitados”, seguidas por “Amparo legal para ter seus direitos assegurados”, “Baixa escolaridade e desvalorizado” e “Incentivo para continuar trabalhando ou conseguir emprego”. Já para as reportagens do Fantástico, as categorias que mais se destacaram foram aquelas relacionadas ao tema, “Experiência de Vida”, “Fragilidade e Dependência” e “Apoio familiar e intergeracionalidade” seguidas por “Corpo e temporalidade” e “Infantilização da velhice”.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Após categorização dos dados, os resultados foram discutidos por meio de uma análise comparativa entre as matérias relativas ao dispositivo legal e do senso comum, em termos da percepção sobre envelhecimento e velhice.

### **Representação Social do Envelhecimento e Velhice no Estatuto do Idoso**

Entende-se o Estatuto do Idoso como um dispositivo legal por ser um conjunto de resoluções e regras que norteiam o tratamento devido à pessoa idosa na sociedade, legitimando sua condição e legislando em prol de seus direitos. Verificou-se, dentre outras possibilidades, que a percepção do idoso como cidadão de direitos está na maioria dos artigos analisados.

Além da garantia dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, Pinto (2016) ressalta ainda que os benefícios distribuídos pelo Estado social são direitos adquiridos e exigências da moral social e da cultura. Neste sentido, outro artigo que retrata esta realidade é o artigo 8º, que assegura à pessoa idosa o direito à própria vida e ao envelhecimento.

No Estatuto do Idoso existe um capítulo, com 4 artigos, exclusivamente dedicados a explicitar e regular o direito da pessoa idosa à alimentação. Uma nutrição adequada é primordial para uma velhice saudável, conforme explica Mascaro (2004). Para ela, além de uma alimentação saudável, deve-se considerar também o controle da obesidade, o equilíbrio entre atividades físicas e intelectuais e o cuidado com a saúde, desde as primeiras décadas da vida. O estilo de vida influencia diretamente no declínio que se verifica a partir da idade adulta, conforme ressaltam Silva e Rodrigues (2016), podendo resultar em morbidade precoce que, por sua vez, pode ser reversível em qualquer idade através da adoção de um estilo de vida mais benéfico à saúde.

O direito à saúde, regulamentado no capítulo 4, chama a atenção ao afirmar que:

É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003, p. 17).

Neste aspecto, no estudo conduzido por Silva e Rodrigues (2016), os autores verificaram que a população idosa utiliza mais os serviços de saúde, não somente pelo fato de terem necessidades de saúde acrescidas, mas porque têm mais disponibilidade e procuram nos serviços profissionais desta área o que os serviços sociais poderiam lhe oferecer, como saídas sociais e bem-estar psicológico.

Outro direito que o Estatuto privilegia em suas determinações está explicitado no capítulo 5, artigo 20, e diz respeito à educação, esporte e lazer. Segundo Azeredo (2016), a educação deve acompanhar o indivíduo ao longo da vida, pois, para a autora, trata-se de um processo que visa estabelecer mudanças que levem a atitudes e comportamentos mais saudáveis e dota o indivíduo de habilidades e competências para uma adaptação constante.

Quanto à profissionalização e trabalho, fica claro, no artigo 26, que “O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas” (BRASIL, 2003, p. 20). E, no que diz respeito ao fato de estarem aptos ou não para trabalharem nesta fase da vida, Abreu (2017) adverte que há pessoas que atingem a fase que a sociedade define como velhice, mas, preferem se manter ativas, se sentem úteis, não sofreram perdas cognitivas e não desenvolveram outros interesses, além do próprio trabalho, não encontrando razões para deixarem de trabalhar.

Outro aspecto no qual o Estatuto ressalta ser um direito da pessoa idosa está no capítulo 9, artigo 37, que trata da habitação. A garantia de moradia digna é um aspecto salutar na vida da pessoa idosa, principalmente pelo fato de, como afirmam Silva e Rodrigues (2016), eles preferirem viver em suas casas, mesmo que estas apresentem carências habitacionais. Ressaltam ainda que, até em condição de dependência, preferem se manter no ambiente que conhecem, com algum apoio formal ou informal. Apesar de ter sido um estudo conduzido em Portugal, no Brasil, alguns estudos parecem corroborar com essa realidade, como a pesquisa conduzida por Teston, Carreira e Marcon (2014), que comparou os sintomas depressivos de idosos residentes em condomínio específico e daqueles residentes na comunidade. Elas verificaram que a chance de ocorrência de depressão foi maior para os idosos residentes no condomínio.

Na categoria “pessoa frágil e dependente”, 11 artigos fazem referência a ela, destacando-se a obrigatoriedade do idoso ser cuidado e ter seus direitos assegurados por outros. Importante

ressaltar, como destacou Marques (2011), que o abuso contra pessoas idosas ocorre tanto em meios institucionais quanto pelos próprios familiares ou pessoa próxima, mencionando ainda que estudos internacionais indicam que em torno de 70% dos crimes são cometidos na família.

A necessidade de reafirmar o idoso, como pessoa humana e sujeito de direitos, conforme verificado no artigo 10, ressalta sua fragilidade. A fragilidade do corpo envelhecido também é considerada como algo inerente ao processo de envelhecimento, com perdas consideráveis, como a que se relaciona à visão, conforme explicitado no artigo 25. O corpo frágil e enfraquecido, como característica da pessoa idosa, também se mostra no artigo 41.

A respeito desta fragilidade e dependência, explícitas ou implícitas em tantos artigos, há que se fazer algumas considerações, conforme apontados por alguns pesquisadores, como Abreu (2017), ao afirmar que a velhice é uma fase que não se define por acumular perdas, mas por ter paisagens diferentes das já conhecidas e que requerem adaptação para se tirar delas o melhor que podem proporcionar. Também Marinho et al (2016) deixam claro que a associação entre velhice e incapacidades, doenças e fragilidades não se adequa à realidade de um número crescente de idosos. A explicação para essa realidade está no fato de que, conforme Carmagnanis (2016), não existe, no Brasil, a homogeneidade dos idosos, considerando que as experiências sociais, culturais, afetivas e materiais são as mais variadas. Pode-se dizer ainda que essa realidade – a de heterogeneidade - pode ser percebida em qualquer parte do mundo, uma vez que cada pessoa é única e por mais que um grupo se comporte de maneira parecida, sempre há diferenças, seja por questões biológicas, culturais, sociais ou econômicas.

A pessoa idosa também é notada como alguém que possui recursos financeiros limitados, sendo economicamente instável. O artigo 23, por exemplo, ressalta a necessidade de descontos financeiros para que a pessoa idosa possa participar de atividades culturais e de lazer. Outro exemplo que caracteriza a dependência financeira da pessoa idosa pode ser encontrado no artigo 39 e também no artigo 34, que é mais específico, no que diz respeito à possibilidade da pessoa idosa não ter quaisquer meios de subsistência, ao assegurar que:

Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (BRASIL, 2003, p. 21).

No que diz respeito aos recursos financeiros limitados, vale observar que os idosos constituem uma parcela populacional potencialmente vulnerável a estar em estado de pobreza, levando-se em conta que características, como produtividade e empregabilidade, declinam com a idade. Tal realidade faz com que dependam cada vez mais de outras fontes de renda, como aposentadoria, e dos rendimentos de outros moradores do domicílio. Além disso, há maior

probabilidade de surgimento de gastos elevados e inesperados, principalmente com a saúde. (BARROS; MENDONÇA; SANTOS, 1999).

A categoria semântica “baixa escolaridade e desvalorizado” foi percebida em 2 artigos, que destacam essa condição. Há de se considerar uma ação de extrema relevância, principalmente quando pesquisas apontam para a baixa escolaridade verificada entre os idosos. O estudo de Marinho et al (2016, p.151) constatou essa realidade, destacando que:

o baixo índice de educação formal dos idosos longevos deve-se ao fato de que a maioria nasceu e viveu a infância em áreas rurais. Eles viveram em uma época que havia muita dificuldade de acesso às escolas públicas, baixo poder aquisitivo e desvalorização da educação formal.

Doll, Ramos e Buaes (2015) chamam a atenção para o fato de que pessoas idosas possuem interesses educacionais diversificados e isso não pode ser negligenciado, uma vez que não são um grupo homogêneo de pessoas. Estes autores consideram que há grande diversidade de atividades voltadas à educação de pessoas idosas, como universidades abertas para a terceira idade, grupos de convivência, treinamento de atletas idosos, curso de informática para adultos maduros, dentre outros.

A pessoa idosa também é vista como alguém que precisa de incentivo para continuar trabalhando ou conseguir emprego e os artigos 27 e 28 abordam essa condição, incluindo o estímulo de programas de profissionalização especializada para os idosos e a preparação dos trabalhadores para a aposentadoria. Para Fragoso (2016), este trabalho de preparação para a aposentadoria é um trabalho educativo e deve ser acompanhado de uma preparação para o processo de envelhecimento e para a última fase da vida, considerando três eixos, que correspondem à prática de serviços sociais; educação, como participação dialógica; além do estímulo à autorrealização.

A última categoria percebida nesta análise diz respeito ao idoso, como pessoa que requer amparo legal para ter seus direitos assegurados, 6 artigos permitem essa inferência, com destaque para o primeiro artigo do Estatuto. Esse amparo legal se faz necessário, especialmente ao se considerar, conforme expõem Silva e Rodrigues (2016, p.41), que:

a população idosa mantém-se como o maior grupo de risco de exclusão social porque não faz valer o seu peso demográfico nem reclama os benefícios a que tem direito para a qualidade da sua vida cotidiana, quando estão a ser definidas as prioridades. Isto ocorre porque muitos estão mal informados sobre os seus direitos ou porque se acomodaram aos baixos recursos.

O Estatuto também determina quais os órgãos são responsáveis por dar o amparo legal necessário e assegurar que a pessoa idosa tenha seus direitos respeitados. Também especifica quem deve assisti-lo, quando ele próprio ou sua família não podem dar o devido sustento. Desta forma, encontra-se explícito, nos artigos 7º e 14, que:

“Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei (BRASIL, 2003, p. 16).

Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social”. (BRASIL, 2003, p. 17).

Os resultados da análise realizada mostraram que as 6 categorias criadas, a partir do entendimento de como a pessoa idosa é percebida no Estatuto do Idoso, deixaram a entender que a representação social do envelhecimento e velhice neste dispositivo legal pressupõe a generalização de todos os indivíduos que fazem parte dessa faixa etária. O fato de necessitar de uma lei para regular os seus direitos já denota a fragilidade com que são identificados. Precisou-se afirmar que os cidadãos idosos têm os mesmos direitos inerentes à pessoa humana, o que parece então não ser considerado tão óbvio. Neste contexto, onde há a necessidade de reconhecimento da cidadania da pessoa idosa, considerada frágil, dependente, economicamente instável e com baixa escolaridade, também se percebe que precisa de amparo legal para ter seus direitos assegurados.

Foi neste mesmo sentido que Neri (2005) afirmou que o Estatuto do idoso, embora seja legítimo e pertinente ao dispor sobre princípios e normas no que diz respeito aos direitos da pessoa idosa, reflete uma ideologia em que os idosos devem ser tutelados, pois são incapazes, dependentes, doentes e vulneráveis. Para ela, esse tipo de representação ignora outros aspectos que também podem ser observados na sociedade e que, ao contrário do que o Estatuto reforça, reflete o protagonismo da pessoa idosa, observada na experiência heterogênea, no potencial para um envelhecimento saudável, ativo e produtivo, na solidariedade entre as gerações, na capacidade de poupança, dentre outros.

Sendo o Estatuto do Idoso um dispositivo legal, viu-se nele refletido o que o envelhecimento e a velhice significavam para aqueles que participaram de sua elaboração e aprovação. Torna-se oportuno conhecer também como a pessoa idosa é representada em um dispositivo de senso comum, no caso, a mídia televisiva, capaz de refletir o conhecimento compartilhado pelas pessoas em suas relações sociais e influenciá-las, com o intuito de descobrir qual significado que o envelhecimento e a velhice têm para elas.

### **Representação Social do Envelhecimento e Velhice na Mídia Televisiva**

A mídia ocupa o papel central na vida de muitas pessoas e acaba se tornando ponto de referência ao veicular certas representações dos velhos, da velhice e do envelhecimento, legitimando discursos, comportamentos e ações (CÔRTE, 2009). A mídia televisiva, de acordo com Marques (2011), tem presença diária na vida das pessoas e contribuem na formação das

opiniões e atitudes dos espectadores. Neste sentido, a representação social percebida nas reportagens do Fantástico muito pode contribuir para entender a representação da pessoa idosa na sociedade brasileira, conforme se percebeu no enfoque dado ao assunto e nas categorias que foram identificadas.

A categoria “Fragilidade e Dependência” aborda situações relacionadas diretamente à pessoa idosa, com destaque para quando não podem cuidar de si mesmos sozinhos, como na matéria que tratou de um casal de idosos que foi obrigado a se separar:

Uma história emocionante provocou enorme comoção na internet essa semana: o encontro de um casal de idosos que foi obrigado a se separar. A imagem já foi compartilhada milhares de vezes. Wolf e Anita Gottschalks choram ao se despedirem. Eles vivem no Canadá e estão casados há 62 anos. Por recomendação médica, Wolf foi levado para uma casa de repouso. Na esperança de ficar ao lado do marido, Anita pediu também uma internação, mas acabou sendo admitida em outro local e há oito meses eles só se veem quando a família leva Anita para a casa onde Wolf está vivendo. (FANTÁSTICO, 28/08/2016)

Ainda nesta categoria destacou-se também idosos que foram vítimas em alguma eventualidade, como na matéria em que vários idosos fizeram cirurgia de catarata e perderam a visão, por conta de contaminação por uma bactéria. Neste mesmo dia, uma outra matéria abordou a questão dos idosos precisarem de amparo legal para terem seus direitos respeitados, como no caso do uso do transporte público:

“Quem usa transporte público já cansou de ver essa cena: um idoso ou uma gestante entra no ônibus lotado e tem que esperar um tempão até alguém ceder o lugar. Em Manaus, um decreto da prefeitura quer mudar esse comportamento. A partir da agora, lá todo lugar é prioritário. Ou seja, entrou um idoso, uma gestante, uma pessoa obesa, com deficiência ou com uma criança de colo, você tem que levantar”. (FANTÁSTICO, 14/02/2016)

A pessoa idosa, frágil e dependente, representada nas matérias que constituem essa categoria tende a gerar no telespectador um sentimento de pena e, por vezes, repulsa por essa fase da vida. Mascaro (2004) confirma essa possibilidade afirmando que falar sobre envelhecimento e velhice pode provocar angústia nas pessoas e, até mesmo, medo nos jovens quando chegam a pensar que um dia vão envelhecer e também podem viver uma velhice sofrida, solitária e dependente.

Por outro lado, as matérias que formam a categoria “Experiência de Vida” envolvem valorização da experiência de vida e resiliência da pessoa idosa, como no caso daqueles que sobreviveram ao holocausto. Aquelas matérias que dão destaque para famosos, também estão nesta categoria, reconhecidos como alguém cuja vida pode ser um exemplo a ser seguido, com forte relação com o trabalho desempenhado.

Esse modo de viver a vida e enfrentar as dificuldades do dia-a-dia é algo muito valorizado e necessário. Abreu (2017) considera que a resiliência é a flexibilidade necessária para se adaptar a novas situações, mesmo que não planejadas e nem mesmo desejadas, em vez de se agarrar ao passado e não mais se restabelecer. Para Mascaro (2004), outro assunto que a mídia costuma tratar com admiração e respeito está associada aos idosos centenários. Também no Fantástico foi observado este tipo de matéria, em duas reportagens, das quais uma delas se enquadra nesta categoria. A velhice extrema é considerada um verdadeiro heroísmo e desperta curiosidade no público sobre como desvendar o mistério da longevidade.

Em oposição ao êxito conquistado na velhice, foram exibidas também reportagens cujo conteúdo se dirige à pessoa idosa utilizando um termo infantil, como “velhinho” ou “velhinha”, em situações em que são tratados como crianças ou estereotipados. Tais matérias formam a categoria “Infantilização da velhice”, observada, por exemplo, na matéria sobre os idosos em um asilo, dizendo que:

“Preocupada que os idosos do asilo onde trabalha ficassem sem presentes no Natal, uma enfermeira de Luziânia, a 230 quilômetros de Goiânia, mobilizou a internet. Com o celular, ela tirou fotos dos velhinhos segurando um quadro negro onde estava escrito que presente eles gostariam de ganhar no fim do ano. Coisas simples, como um chinelo, uma boneca e até uma garrafa de água”. (FANTÁSTICO, 06/11/2016)

Infantilizar a pessoa idosa é uma tendência bastante prejudicial, pois, tratá-lo como “vovozinho” ou “velhinho”, dentre outros apelidos carinhosos, pode ocultar sua desvalorização (ABREU, 2017). Ainda nesta perspectiva, Marques (2011) ressaltou que o comportamento de ajuda excessiva e superproteção, podem, muitas vezes, ser um comportamento prejudicial, pois tende a promover a incapacidade e dependência.

Outra categoria destacada está associada ao “Apoio familiar e intergeracionalidade”, naquelas matérias que associam carinho e atenção da família com a vivência de uma velhice feliz, como os irmãos gêmeos que completaram 100 anos de idade. Também nesta categoria estão matérias que dizem respeito à relação afetiva entre avós e netos, com destaque para aquelas em que as avós assumem o papel de mãe, no cuidado dos netos.

Neste sentido, Silva e Rodrigues (2016) apontam para estudos que mostram que idosos, que se sentem inúteis para a família e amigos, têm considerável aumento na incapacidade e dificuldade para realização de atividades de vida diária<sup>2</sup>. Carmagnanis (2016), por sua vez, fala sobre uma pesquisa que mostra a importância das avós para que a família se afirme como um

---

<sup>2</sup> Por atividades de vida diária (AVD) deve-se entender as tarefas básicas de autocuidado, como a capacidade de alimentar-se, ir ao banheiro, escolher a roupa, arrumar-se e cuidar da higiene pessoal, manter-se continente, vestir-se, tomar banho, andar e transferir (da cama para a cadeira de rodas, por exemplo), como exposto pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2015).

valor social. E, para Fragoso (2016), o ser humano existe em coexistência com outros seres humanos e o envelhecimento é uma oportunidade de reestruturação social e equilíbrio intergeracional.

Já a categoria “Corpo e temporalidade” diz respeito ao conteúdo que fala do corpo sofrendo com a ação do tempo. Abordam o fato que a passagem do tempo é inevitável, mas as transformações do corpo podem passar por intervenções para envelhecer bem. As matérias trazidas sob o título “A gente envelhece assim” e “Saiba como Poliana Abritta e Evaristo Costa envelheceram 40 anos”, exibidas em janeiro de 2017, trouxeram conteúdos nesta perspectiva:

“Todos nós estamos vivendo cada vez mais tempo, e pelo menos uma em cada cinco pessoas que estão vivas hoje vai passar dos 100 anos de idade. Você já parou para pensar em como vai estar daqui a 30, 40 anos? A gente não pensa muito nisso, mas a verdade é que todos nós estamos vivendo cada vez mais tempo. Pelo menos uma em cada cinco pessoas que estão vendo o Fantástico agora vai passar dos 100 anos. Então, qual será a receita para envelhecer bem?”. (FANTÁSTICO, 15/01/2017).

No que diz respeito a essa categoria e dando respaldo sobre a impossibilidade de parar o tempo, Laranjeira (2016) afirma que nenhum corpo foge às marcas do tempo, mas considera estranho o fato de que, apesar do envelhecimento começar com o nascimento, não é considerado como tal até que se atinja determinada idade. Além disso, é importante considerar, como afirma Abreu (2017), que a passagem do tempo não gera consequências uniformes em todos e as modificações que ocorrem no corpo e na mente, constituindo um processo complexo e multifacetado.

Além da possibilidade de analisar os temas abordados e distribuí-los em categorias, pôde-se perceber um dado importante a respeito da representação social do envelhecimento e velhice nestas reportagens, que não os vê como pessoas, com características iguais: as palavras “idoso”, “velhinho(a)” e “velhinhos(as)”, na maioria das vezes, não apareceram associadas a pessoas com 60 anos ou mais. Isto porque estas pessoas foram consideradas “ativas” nas reportagens; ou seja, trabalham, fazem atividade física ou se destacam positivamente de alguma outra forma, reforçando a aversão ao velho, a não querer envelhecer, pois esta visão está associada em ser dependente e frágil.

Acerca dessa visão, Caradec (2016) apresenta uma pesquisa em que mostra que as pessoas que envelhecem preferem não se reconhecer nesta identidade estigmatizada e desvalorizada conhecida por “velho”. Da mesma forma, Rougemont (2016) identificou em sua pesquisa que envelhecer bem é estar em forma, não aparentar a idade que tem, ter saúde, manter-se ativo, produtivo e trabalhando. Essa mesma percepção é apresentada na pesquisa conduzida por Marinho et al (2016), constatando-se que a recusa pelo uso do termo “velho” está relacionada à representação negativa relativa às pessoas consideradas velhas, confirmando o

que parece ocorrer com as reportagens exibidas no Fantástico, contribuindo para a manutenção de preconceitos e exclusão daqueles idosos que apresentam alguma fragilidade ou dependência.

No entanto, vale ressaltar aqui que, embora seja uma realidade, outro caminho se faz no sentido da valorização do “velho”, como propõe Goldenberg (2016, p.9), ao reunir em seu livro artigos que buscam enxergar a beleza da velhice, afirmando que “velho está na moda”, que “velho é lindo!”. Da mesma forma, Abreu (2017) traz uma série de informações e estudos sobre o envelhecimento e a velhice usando o termo “velho”, com o propósito de transformar ideias preconcebidas a respeito desta fase da vida.

### **Dispositivo legal e Dispositivo de senso comum: igualdades e diferenças na compreensão do envelhecimento e da velhice**

As categorias criadas na análise de conteúdo, foi importante para se entender a relação entre estes dois dispositivos. A maioria dos artigos analisados no Estatuto se referem à pessoa idosa como cidadã de direitos, o que já era de se esperar em um dispositivo legal. Trata-se de um aspecto positivo, uma vez que proporciona uma maior visibilidade a este grupo etário, chamando atenção para a realidade que vivenciam. De certa forma, essa visibilidade, com características positivas, foi percebida na maioria das reportagens do Fantástico, ao destacarem a experiência de vida e resiliência dos idosos, bem como ao darem ênfase que o tempo passa para todos e que é possível envelhecer com qualidade de vida. Tais destaques corroboram com o argumento de Caradec (2016), ao afirmar que o imaginário de declínio parece ser insatisfatório para apreender o envelhecimento contemporâneo, tornando-se necessário substituir por outras representações.

Neste mesmo sentido, Carmagnanis (2016) salienta que, nas últimas décadas, diversas transformações ocorreram nas imagens associadas à velhice, dando a ela uma maior visibilidade. As novas imagens mais positivas do envelhecimento também proporcionam abertura de espaço onde os idosos podem se expressar e explorar identidades que eram tidas como exclusivas da juventude (DEBERT, 1999).

Entretanto, existem controvérsias sobre os aspectos contemplados no Estatuto, ao reafirmar a posição da pessoa idosa, como sujeito de direito, no sentido de assegurar certos comportamentos e atitudes por parte da sociedade, por considerá-los frágeis e dependentes. Assim, essas duas categorias estariam associadas, representando 54,7% das representações sociais legais. Na visão de Camarano (2013), o Estatuto do Idoso reforça a fragilidade e dependência da pessoa idosa ao lhe assegurar direitos que os privilegiam ou geram preconceitos por causa da idade. Ela declara ser importante que haja políticas diferenciadas para cada fase

da vida, incluindo outros grupos etários também, uma vez que os idosos não vivem isolados na sociedade.

Essa representação negativa no que concerne ao envelhecimento e velhice; em termos de fragilidade e dependência, pode ser vista como uma condição real, mas não geral. As condições físicas e econômicas, bem como a família e o contexto social variam muito. O que se percebeu no Estatuto foi que todos os idosos são vistos sob um prisma de incapacidade e precisam que a família, o Estado e a sociedade garantam o necessário para sua sobrevivência. As reportagens enquadradas na categoria fragilidade e dependência retratam, por exemplo, o desrespeito ao assento prioritário, a perda da visão na cirurgia de catarata, o destaque na idade da morte de um cantor famoso e a condição em que vivia, bem como a separação forçada de um casal de idosos que não podem cuidar de si mesmos.

Neste sentido, a situação de fragilidade e dependência do idoso é situada tanto no marco legal quanto na mídia televisiva, representando, 26,2% e 20,0%, respectivamente.

As reportagens também reforçam o impacto negativo na previdência por conta do envelhecimento populacional e fragilidade econômica. Neste ponto, alguns artigos do Estatuto também retratam essa realidade, principalmente naqueles que definem vaga em estacionamento, descontos em atividades culturais e de lazer e gratuidade no transporte coletivo, com assentos reservados. Esses artigos também tiveram uma frequência considerável, formando a categoria “recursos financeiros escassos”. De certa forma, pode-se inferir que essa obrigatoriedade dos assentos reservados levou à prefeitura de Manaus tomar a decisão de priorizar todos os assentos, pois não se estava respeitando o mínimo exigido, causando as reclamações e descontentamentos, evidenciados na reportagem do Fantástico.

Diante dos aspectos negativos que permeiam o imaginário sobre o envelhecimento e velhice, importante considerar que, de fato, com o passar do tempo, vão ocorrendo perdas. No entanto, Abreu (2017) justifica que perdas ocorrem em todas as idades, não sendo exclusivas da velhice. Há de se ter cuidado, portanto, de não transmitir a ideia de que uma velhice bem-sucedida é só aquela na qual não existe nenhum tipo de perda ou dependência, pois tende a reforçar a representação negativa acerca desta etapa, contribuindo para a negação da velhice. Caradec (2016, p.23) destacou que

“esse modelo de ‘bem envelhecer’ apresenta um duplo perigo. Por um lado, tende a pensar a idade avançada exclusivamente em relação ao modo do desempenho, negando a especificidade e as dificuldades próprias dessa fase da vida. Propõe, assim, um modelo inacessível para a maioria, que pode tornar ainda mais inaceitável a situação dos velhos que vão mal. Por outro lado, ele representa um discurso de responsabilização, que torna os indivíduos os únicos responsáveis pelo ‘bem’ ou ‘mal envelhecer’.”

Além disso, muito do que se considera próprio de uma velhice bem-sucedida não depende exclusivamente do indivíduo, mas também de condições adequadas no que diz respeito a educação, urbanização, habitação, saúde e trabalho (MASCARO, 2004).

Os artigos que se encaixam na categoria “amparo legal para ter seus direitos assegurados”, representando 14,3% das reportagens se distinguem dos outros porque estabelecem quem deve agir, no caso dos idosos terem seus direitos desrespeitados, seja na sociedade como um todo, seja especificamente no âmbito familiar, traduzindo um aspecto positivo, de garantia de direitos. Verificou-se, contudo, que essa realidade de desrespeito no âmbito familiar não foi contemplada em nenhuma das reportagens do Fantástico; embora tenha sido enfatizada, em 16,6% das reportagens, a importância do “apoio familiar e intergeracionalidade”. Todas as matérias realçam o aspecto positivo da formação dessas redes sociais para o bem-estar da pessoa idosa. No entanto, é preciso considerar essa realidade, até mesmo para que seja denunciada. Uma pesquisa conduzida por Barbosa e Mourão (2017) retrata a realidade de violência sofrida por idosos, no âmbito familiar, que se configuram como as maiores vítimas de negligência (ausência de alimentação adequada, falta de cuidados básicos de higiene, administração inadequada de medicamentos) e exploração econômica.

Os artigos que legislam sobre educação e trabalho aparecem com peso igual nas duas categorias em que foram distribuídas, 4,8%. A ênfase em criar oportunidades de acesso à educação e de inserir conteúdo voltado à valorização da pessoa idosa nas escolas mostra, por sua vez, que esta tem baixa escolaridade. No artigo 21, parágrafo 1º, afirma-se que eles precisam de auxílio para se integrarem à vida moderna. Tal consideração, por sua vez, torna possível estabelecer uma relação com as reportagens que foram entendidas sob o tema “infantilização da velhice” (10,0%). Nestas reportagens, os idosos são considerados “velhinhos”, com comportamento infantil e são tratados como criança. Parece que tanto no Estatuto do Idoso quanto na mídia televisiva (Fantástico), no que diz respeito a estes conteúdos específicos, os idosos precisam de auxílio do mesmo modo que as crianças. Analisando por esta perspectiva, Marques (2011) alerta que aceitar e defender uma ideia paternalista em relação à pessoa idosa, tratando-a como afetuosa ou pouco competente não parece ser um problema enquanto se cresce e torna adulto. O problema está em, depois, se assumir como uma pessoa idosa, uma vez que aceitar um comportamento paternalista permeia uma representação negativa da velhice, pois acredita-se em sua inferioridade.

Por outro lado, os artigos que incentivam a atividade profissional, a não discriminação por causa da idade e ainda a preparação para a aposentadoria vêm ao encontro das reportagens que valorizam a experiência de vida da pessoa idosa, (26,7%). As reportagens mostram que os

idosos que permanecem ativos muito podem contribuir para a sociedade, não só no trabalho em si, como também no exemplo e disposição para viver. Tal realidade leva à reflexão de que a estipulação de uma idade cronológica para determinar o que pode ser feito ou não em relação aos idosos não é a mais adequada, pois cada indivíduo tem características exclusivas e reage ao ambiente de modo único. Conforme Beauvoir (1976) já dizia, a hierarquia das idades não é universal e se estabelece conforme os indivíduos e a sociedade valorizam mais as aptidões corporais ou as mentais ou ainda um equilíbrio entre elas.

Assim, há de se questionar, por exemplo, o Artigo 27 do Estatuto do Idoso, que, apesar de inicialmente determinar que é vedada qualquer discriminação e fixação de limite máximo de idade para a admissão da pessoa idosa em qualquer trabalho ou emprego, termina dizendo que esse limite é aceito em caso que a natureza do cargo exigir, que pode se associar à questão do “corpo e temporalidade”, vinculada a 26,7% das representações televisivas. No entanto, se cada indivíduo envelhece e vive a velhice de modo único, considera-se que estabelecer uma idade sem levar em conta outras características, não é critério suficiente para dizer se uma pessoa idosa pode ou não executar determinada tarefa exigida em um cargo.

A partir da comparação, pode-se dizer que a compreensão do envelhecimento e da velhice verificada em um dispositivo legal, especificamente no Estatuto do Idoso e em um dispositivo de senso comum, no caso, na mídia televisiva, com as reportagens do Fantástico, mostrou aspectos positivos e negativos em relação à representação social da pessoa idosa. Ambos contribuem para uma maior visibilidade deste grupo etário e reconhecimento da emergência deste tema, mas acabam por reforçar também alguns estigmas e estereótipos negativos, principalmente por associar a fragilidade, dependência, recursos financeiros escassos e necessidade de amparo legal, para que a pessoa idosa tenha seus direitos assegurados e seja, portanto, um cidadão de direitos. Esta representação social negativa da velhice e do envelhecimento é veiculada na mídia televisiva ao pontuar a relação corpo e temporalidade, a situação de fragilidade e dependência, a infantilização da velhice, a necessidade de apoio familiar e convivência intergeracional, que se contrapõem às experiências de vida bem-sucedidas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Buscou-se identificar a representação social do envelhecimento e velhice em um disposto técnico e em um dispositivo de senso comum, comparando seus resultados. Desta forma, detectou-se que, no Estatuto do Idoso, não há preocupação em distinguir as pessoas

idosas conforme características pessoais, culturais e ambientais e, de um modo geral, são consideradas frágeis e dependentes de auxílio financeiro e de amparo legal, para que sejam cidadãs de direitos. No que concerne às reportagens analisadas, os idosos são vistos distintamente, sob dois ângulos: aqueles que são considerados “ativos”, com experiências de vida e de superação, e que, apesar de terem idade para serem considerados idosos, não apresentam características de “velhos”, comparativamente àqueles que apresentam fragilidades e dependência, que são vistos como idosos “velhos”.

A importância da família como suporte social e a convivência intergeracional foram aspectos retratados em ambos mecanismos de representação, bem como a fragilidade e dependência; embora, nas reportagens, o estereótipo de “velho” como uma representação negativa tenha sido mais visível, comparativamente à legislação trazida no Estatuto, que, por não considerar as características pessoais, impõe normas e comportamentos considerados necessários para assegurar os direitos dos idosos, como cidadãos.

A violência contra a pessoa idosa foi considerada no Estatuto, inclusive no âmbito familiar, sendo passível de punição. As reportagens analisadas, por sua vez, tratam indiretamente sobre essa temática, ao reportarem sobre a infantilização da velhice ou outro conteúdo neste sentido, bem como sobre a necessidade de uma boa convivência intergeracional.

Por fim, não se pretendeu esgotar todas as percepções acerca da representação social do envelhecimento e velhice nos dispositivos analisados, tendo em vista a subjetividade compreendida nas análises. No entanto, acredita-se que os resultados apresentados, considerando também a literatura consultada, permitiram identificar representações sociais negativas tanto no âmbito legal quanto no senso comum, o que pode contribuir para outras pesquisas em torno do tema e para ações mais assertivas direcionadas à população, que venham a auxiliar no processo de envelhecimento e na velhice propriamente dita, como também no delineamento das políticas públicas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ABREU, Maria Celia de. **Velhice: uma nova paisagem**. São Paulo: Ágora, 2017.

APPOLINÁRIO, Fábio. **Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2006.

AZEREDO, Zaida. Plano Educativo Local: preservador da cultura e promotor de saúde e cidadania. In: AZEREDO, Zaida (coord). **Envelhecimento, Cultura e Cidadania**. Lisboa: Edições Piaget, 2016.

BARBOSA, Alline Aragão Pontes; MOURÃO, Rosane Vasconcelos Castelo Branco. Precarização das condições dignas de vida: Idosos configuram as maiores vítimas de violência e violações de direitos. **Revista Portal de Divulgação**, v.1, n. 52, p. 15-25, 2017.

BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Ricardo Paes de; MENDONÇA, Rosane; SANTOS, Daniel. **Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

BEAUVOIR, Simone de. **A Velhice**. São Paulo-Rio de Janeiro: Difel, 1976

BRASIL. Lei nº 1074/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília-DF, outubro de 2003.

CAMARANO, Ana. Amélia. **Estatuto do idoso: avanços com contradições**. Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

CARADEC, Vincent. Da Terceira Idade à Idade Avançada: a conquista da velhice. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Velho é Lindo!**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CARMAGNANIS, Fernanda. Jovens há Mais Tempo. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Velho é Lindo!**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CÔRTE, Beltrina. De olho na mídia. **Kairós**, caderno temático 6, p. 6-11, 2009.

CÔRTE, Beltrina; KHOURY, Hilma Tereza Torres; MUSSI, Luciana Helena. Suicídio de idosos e mídia: o que dizem as notícias?. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 253-261, 2014.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice**. São Paulo: Edusp-FAPESP, 1999.

DOLL, Johannes; RAMOS, Anne Carolina; BUAES, Caroline Stumpf. Apresentação. Educação e Envelhecimento. **Educação & Realidade**, v. 40, n. 1, p. 9-15, 2015.

FANTÁSTICO (Brasil). **Fantástico: O show da vida**. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/fantastico/>>. Acesso em: 11 out. 2017.

FLORES, Gisela Cataldi; BORGES, Zulmira Newlands; DENARDIN-BUDÓ; Maria de Lourdes; MATTIONI, Fernanda Carlise. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 467-474, 2010.

FRAGOSO, Vitor. Gerontologia Crítica como Prática de Emancipação. In: AZEREDO, Zaida (coord). **Envelhecimento, Cultura e Cidadania**. Lisboa: Edições Piaget, 2016.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

FREITAS, Maria Célia; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Aurélia Vieira. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista Escola Enfermagem**, v.44, n.2, p. 407-412, 2010.

GOLDENBERG, Mirian. Apresentação. In: GOLDENBERG, Mirian (org.). **Velho é Lindo!**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO E ESTATÍSTICA IBOPE (Brasil). **Audiência**

**diária do horário nobre.** 2017. Disponível em: <<https://www.kantaribopemedia.com/conteudo/dados-rankings/audiencia-diaria-do-horario-nobre/>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

LARANJEIRA, Carlos. O Lugar do Corpo no Crepúsculo da Idade. In: AZEREDO, Zaida (coord). **Envelhecimento, Cultura e Cidadania**. Lisboa: Edições Piaget, 2016.

LUIZ, Gilberto Venâncio. **Consumo de Telefone Celular: significados e influências na vida cotidiana dos adolescentes.** 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Economia Doméstica, Departamento de Economia Doméstica, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2008.

MARINHO, Maykon dos Santos; CHAVES, Renato Novaes; SOUZA FILHO, Argemiro Ribeiro; REIS, Luciana Araújo. Identidades de Idosos Longevos: significados atribuídos a ser velho. **Argumentum**, v.8, n. 3, p-146-158, 2016.

MARQUES, Sibila. **Discriminação na Terceira Idade**. Lisboa: Fundação Francisco Manoel dos Santos, 2011.

MARTINS, José de Souza. O senso comum e a vida cotidiana. **Tempo social**, v. 10, n. 1, p. 1-8, 1998.

MASCARO, Sonia de Amorim. **O Que é Velhice**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2004.

NERI, Anita Liberalesso. As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressas no estatuto do idoso. **Terceira idade**, v.16, n.34, p.7-24, 2005.

PFÜTZENREUTER, Andréa Holz; ALVIM, Angélica T. Benatti. O direito à cidade: as diretrizes políticas mundiais para o envelhecimento. **Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades**, v. 3, n. 14, p. 112-127, 2015.

PINTO, Fernando Cabral. Paradigmas Sociais do Envelhecimento. In: AZEREDO, Zaida (coord). **Envelhecimento, Cultura e Cidadania**. Lisboa: Edições Piaget, 2016.

SILVA, Silvia Manuela Dias Tavares da; RODRIGUES, Rogério Manuel Clemente Rodrigues. Os Determinantes do Envelhecimento: a ruralidade e a urbanidade. In: AZEREDO, Zaida (coord). **Envelhecimento, Cultura e Cidadania**. Lisboa: Edições Piaget, 2016.

SIQUEIRA, Renata Lopes de; BOTELHO, Maria Izabel Vieira; COELHO, France Maria Gontijo. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GEROTONLOGIA (São Paulo). **Atividades da vida diária – o que são?** 2015. Disponível em: <<http://www.sbgg-sp.com.br/pub/atividades-da-vida-diaria-o-que-sao/>>. Acesso em: 25 mar. 2019.

TESTON, Elen Ferraz; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia Silva. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p.450-456, 2014.

## **EFEITOS DA ESCOLA DE POSTURAS NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DA PESSOA IDOSA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Cícera Patrícia Daniel Montenegro<sup>1</sup>  
Raniêr Santos de Lima<sup>2</sup>  
Maria Socorro de Albuquerque Caldeira<sup>3</sup>  
Maria de Fátima Bezerra do Nascimento<sup>4</sup>

### **RESUMO**

Durante o processo de envelhecimento além da diminuição da força muscular, ocorre incoordenação motora e desequilíbrio corporal, proporcionando risco de quedas e acentuação da dependência de cuidadores e familiares. Nesse contexto, a utilização da escola de posturas surge como alternativa para a prevenção de agravos, manutenção da biomecânica e retardo dos déficits funcionais da pessoa idosa. O estudo visou identificar os efeitos da escola de posturas nas atividades de vida diária dos idosos. Trata-se de uma revisão integrativa de abordagem qualitativa realizada à partir da busca de artigos científicos nas bases de dados, PubMed, Cochrane, Cinahl, Scopus e Web of Science, publicados entre 2010 e 2019. Foi verificado que alguns idosos apresentaram limitações nas atividades de vida diária relacionadas à ausência de orientações posturais básicas. Os dados extraídos das produções selecionadas são discutidos em quadro síntese, configurando uma análise descritiva. A forma intervencionista teórico-prática do programa da escola de posturas associada ao exercício terapêutico não só proporciona a educação postural, diminuindo a tensão muscular e quadro algico, como melhora a consciência corporal da pessoa idosa tornando sua vida menos dependente e mais saudável.

**Palavras-chave:** Envelhecido, Escola da coluna, Postura.

### **INTRODUÇÃO**

A maioria dos idosos são acometidos por algias corporais, principalmente na coluna vertebral, percebendo posteriormente que a intensificação do quadro ocorre em consequência de maus hábitos posturais.

Define-se postura como um arranjo relativo das partes do corpo; e para se alcançar uma boa postura se faz necessário o equilíbrio entre as estruturas de suporte, os músculos e ossos, que protegem o corpo contra uma agressão ou deformidade progressiva. Segundo a Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos, entende-se por má postura aquela em que existe a falta de relacionamento das várias partes corporais, induzindo ao aumento da agressão às estruturas de suporte, resultando em equilíbrio menos eficiente do corpo sobre suas bases (AAOS, 2010).

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [pmontenegro9@gmail.com](mailto:pmontenegro9@gmail.com);

<sup>2</sup> Mestrando do Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [ranierparahyba@hotmail.com](mailto:ranierparahyba@hotmail.com);

<sup>3</sup> Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [socorrocaldeira@hotmail.com](mailto:socorrocaldeira@hotmail.com);

<sup>4</sup> Mestranda do Curso de Gerontologia da Universidade Federal - PB, [fatinhadireto600@gmail.com](mailto:fatinhadireto600@gmail.com);

A postura adequada está associada com saúde e vigor físico, e a postura inadequada com doença e mal-estar. Diversos fatores interferem na dinâmica corporal como: fatores mecânicos de má postura, relacionados com posições inadequadas, repetitivas, de trabalho ou repouso, que, com o passar dos anos, podem causar distúrbios musculoesqueléticos; fatores orgânicos, desvios da coluna vertebral, patologias como lordose, cifose e escoliose, onde o quadro álgico induz ao paciente a adoção de uma postura viciosa para alcançar o alívio dos sintomas; e fatores emocionais que exercem influência significativa na postura corporal adequada (ALMEIDA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, oito em cada dez pessoas terão algum problema de coluna durante a vida, no entanto, a maioria dos casos podem ser evitados (OMS, 2003).

Uma das alterações musculoesqueléticas mais comuns nas sociedades industrializadas é denominada lombalgia, afetando 70% a 80% da população adulta em algum momento da vida, ou seja, consiste em um problema de saúde pública. É também uma das principais causas de absenteísmo ao trabalho, além de causar a incapacidade permanente em uma população economicamente ativa e de ser a segunda causa de procura pela assistência médica em doenças crônicas nos Estados Unidos. Configura-se, portanto, como uma das razões mais comuns para aposentadoria por incapacidade total ou parcial (ZAVARIZE, 2012).

A lombalgia é caracterizada por dor percebida na região lombar ou sacral e que localizada entre os seguintes limites: superiormente por uma linha transversa imaginária que passa pelo processo espinhoso da última vértebra torácica; inferiormente por uma linha transversa imaginária que passa pelas articulações sacrococcígeas posteriores; lateralmente por linhas verticais tangenciais às bordas laterais do músculo elevador da espinha continuando por linhas passando pelas espinhas ilíacas posterior superior e posterior inferior (COSTA, 2013).

A lombalgia crônica dependendo da etiologia, pode ser incapacitante e apresentar grau elevado de dor, que perdura após o terceiro mês a contar do primeiro episódio de dor aguda e pela gradativa instalação da incapacidade, muitas vezes tendo início impreciso, com períodos que oscilam entre melhora e piora (COSTA, 2013).

Apesar das características multifatoriais das lombalgias, lesões nos discos intervertebrais têm sido apontados como alguns dos principais pontos relacionados às dores nas costas (COSTA, 2013). Na maioria das categorias de dor, com ou sem rigidez, que se localizam na região inferior do dorso, entre o último arco costal e a prega glútea, recebem a denominação de lombalgia.

Quando se trata de identificar a etiologia das algias lombares, constata-se que existem inúmeras, destas, a mais frequente são de natureza mecânico-degenerativo produzidos por distúrbios estruturais, desvios biomecânicos ou a interação desses dois fatores. Os exames complementares são utilizados para confirmar o diagnóstico, sendo utilizadas as seguintes nomenclaturas: lombalgia e lombociatalgia (CECIN, 1992).

No entanto, a lombociatalgia é o termo utilizado, quando a dor irradia-se para os glúteos e para um ou ambos os membros inferiores, acompanhando o trajeto do nervo ciático (FERGUSON, 2011).

As disfunções infecciosas as quais são causadas por microrganismo que atingem a coluna vertebral via corrente sanguínea e linfática podem atingir não apenas os discos, mas se proliferar para partes moles, adjacentes e as articulações sacrílicas. Como mais frequentes disfunções metabólicas podem ser citadas, a osteoporose, a osteomalácia e o hiperparatireoidismo, causando várias fraturas nos corpos vertebrais e resultando em alterações biomecânicas. Porém, a dor lombar não é proveniente da diminuição da densidade óssea, mas é consequência de suas alterações mecânicas-posturais (CECIN, 1992).

Ao ser acometido por uma lesão, o disco intervertebral pode resultar em quatro tipos de disfunções. A primeira denomina protrusão discal, na qual o disco salienta-se mas não ocorre ruptura do anel fibroso. A segunda disfunção é caracterizada por um prolapso do disco, onde as fibras mais externas do anel fibroso retêm o núcleo. Na terceira disfunção há uma extrusão do disco, o anel fibroso é perfurado, e material discal (parte do núcleo pulposo) move-se para dentro do espaço epidural. A quarta disfunção seria um disco sequestrado, uma formação de fragmentos discais do anel fibroso e do núcleo pulposo fora do disco propriamente dito (SOUZA, 2015).

Condições emocionais decorrentes de distúrbios psicossomáticos também contribuem no surgimento de dores lombares ou agravam as queixas resultantes de outras queixas, orgânicas, pré-existentes, principalmente na forma crônica da patologia lombar, está comprovada que existe alta incidência de lombalgias psicossomáticas, sendo fundamental a anamnese para identificar os fatos psicogênicos (CECIN, 1992).

Segundo Kisner e Colby (2009) um número de fatores de risco ambientais tem sido sugerido para o aumento da incidência de lombalgias, tais como hábitos de carregar peso, dirigir e fumar, além do processo natural de envelhecimento. Há outros indícios que apontam para a confirmação da herança genética como componente importante na etiopatogênese da hérnia discal. As patologias do disco intervertebral seguem por lesão, degeneração do disco e condições relacionadas ocasionadas por: fadiga por carga e ruptura traumática, sobrecarga

axial, idade, alterações degenerativas, fatores biomecânicos, fratura por compressão, protrusões de disco e estase de fluidos nos tecidos.

Apesar de inúmeras causas e fatores de risco relacionados com a lombalgia, diversos estudos a caracterizam como uma doença de pessoas sedentárias, onde a inatividade física estaria relacionada direta ou indiretamente com algias na coluna vertebral. Esses fatores têm provocado variados temas de pesquisa na área e, portanto, geram a necessidade cada vez maior de investigações referentes à qualidade de vida e ao perfil dos indivíduos acometidos pela doença (SOUZA, 2015).

No Brasil, os números não são diferentes do resto do mundo: aproximadamente 10 milhões de brasileiros ficam incapacitados em razão da dor lombar e pelo menos 70% da população sofrerão uma ocorrência de dor durante a vida. A dor lombar crônica gera sofrimento físico, mental e emocional que contribuem para sua cronicidade, pois o indivíduo acometido, em sua maioria, não possui conhecimento suficiente para amenizar o quadro álgico, evoluindo para limitação funcional ao realizar atividades cotidianas (TOSCANO, 2001).

A educação postural é algo que deve ser priorizada desde a infância, a fim de prevenir agravos de saúde na fase do envelhecimento. Assim, o período de 2001 a 2010 foi instituído como a “Década do osso e da articulação”, para que a sociedade se conscientizasse desse problema e buscasse maior entendimento sobre patologias e algias musculoesqueléticas (MARQUES, 2015).

Dentro desse contexto, surge como alternativa terapêutica a utilização da “Escola da Coluna”, também denominada “Escola de Posturas” ou “Back School” como método de treinamento postural utilizado na prevenção e tratamento de pacientes com dor na coluna vertebral, composto de informações teórico-educativas e prática de exercícios terapêuticos para a coluna (HEYMANS *et al.*, 2011).

A "Escola da Coluna" foi criada na Suécia em 1969, pela fisioterapeuta Mariane Zachrisson-Forssell, com base no conhecimento que se tinha sobre a etiologia da dor nas costas, dos resultados das medidas de pressão intradiscal e de estudos eletroneuromiográficos. O objetivo principal da escola sueca foi educar e aconselhar ergonomicamente a postura de indivíduos com dores nas costas, capacitando-os a se protegerem ativamente de lesões na coluna. Seu programa consistia de quatro aulas ministradas por fisioterapeutas, com frequência de duas vezes por semana, duração de aproximadamente 45 minutos, com a participação de seis a oito pacientes que apresentassem a referida dor, podendo ser aguda, subaguda ou crônica, em qualquer região da coluna (NOLL, 2014).

Na primeira aula do programa eram abordadas noções de anatomia sobre a coluna vertebral com ênfase nas principais patologias, etiologia da dor e posturas de relaxamento. No segundo encontro, eram dadas orientações teóricas sobre atividades da vida diária, enfatizando a postura sentada e em pé, e exercícios que deveriam ser praticados em domicílio. Na terceira explanação, colocaram-se em prática as informações recebidas anteriormente, abordando a transferência e o levantamento de objetos e exercícios para membros inferiores a serem realizados também em domicílio. Na última aula os pacientes eram encorajados à prática regular de exercício físico para diminuição do quadro álgico com ênfase em alongamentos e eram revisados os conteúdos trabalhados durante todas as aulas (NOLL, 2014).

Após a Escola Postural Sueca surgiram diferentes programas, nos quais os objetivos foram similares, mas foram modificados e adequados ao número de encontros e conteúdos trabalhados dependendo da região e do público alvo, respeitando principalmente o aspecto biopsicossocial ao qual estavam inseridos. No Brasil, a Escola Postural foi implementada no ano de 1972, no Hospital do servidor Público de São Paulo, pelo médico José Knoplich, no entanto, apenas em 1998 foi publicada a primeira pesquisa sobre um programa de Escola Postural desenvolvido no Brasil (ANDRADE, 2005).

Segundo Chung (1996) tanto na experiência brasileira como na experiência internacional, a escola de coluna é um recurso que não deve ser desconsiderado ao se estabelecer um tratamento aos pacientes com afecções da coluna. A utilização de uma equipe interdisciplinar de profissionais de saúde oferece a oportunidade de maior integração, tornando a conduta mais ampla do ponto de vista preventivo e terapêutico. Conforme a literatura demonstra que apesar de existirem programas variados de escola de coluna, os melhores resultados são obtidos quando o paciente se conscientiza de que ele próprio é o gerenciador da sua saúde. Neste aspecto, a escola de coluna, por ser educativa, apresenta uma vantagem adicional em relação aos programas terapêuticos convencionais.

Na literatura, encontram-se várias publicações sobre Escolas Posturais, assim como revisões sistemáticas que comparam o resultado de diversos estudos para avaliar a eficácia das Escolas Posturais (HEYMANS, 2011). Entretanto, existem poucos estudos desenvolvidos no Brasil, principalmente artigos de revisão sistemática, o que inviabiliza fazer uma síntese sobre o interesse dos pesquisadores e os estudos que têm sido desenvolvidos no país. Há revisões publicadas em revistas brasileiras que versam sobre as Escolas Posturais e abordam a estrutura de programas desenvolvidos em países da Europa e América do Norte e de alguns programas desenvolvidos no Brasil, entretanto, essas revisões não apresentam dados sobre a produção científica brasileira (VAN MIDDELKOOP, 2011).

Desde sua criação, foram surgindo algumas modificações na forma de aplicação e nos parâmetros de avaliação em diferentes locais onde é adotada, para melhor adaptação de cada realidade, porém, sem se desvincular do seu fundamento principal, que é a compreensão da relação da dor com o aumento de tensão mecânica na realização das atividades de vida diária.

Para isso, os programas de "Escola de Posturas" incluem os seguintes aspectos: noções de anatomia e fisiologia básica da coluna vertebral; epidemiologia e fatores causadores da dor, principalmente lombar; informações sobre como reduzir a intensidade e frequência da dor com modificação da postura nas atividades de vida diária (AVD's) e o aprendizado de exercícios para manutenção de uma coluna saudável (VIEIRA *et al.*, 2017).

Dessa forma, considerou-se relevante analisar o processo histórico da escola de postura no Brasil e no mundo, as patologias decorrentes das alterações posturais e os métodos educacionais utilizados como ferramenta para prevenção de agravos e tratamento das patologias advindas da má postura na pessoa idosa.

Nesse sentido, procurando oferecer subsídios para a construção e/ou aplicação de revisões integrativas sobre o tema abordado, o presente artigo tem como objetivo identificar os efeitos da "Escola de Posturas" nas atividades de vida diária da pessoa idosa.

## **METODOLOGIA**

A maioria dos autores estabelecem ser necessário seguir seis passos para elaboração de uma revisão integrativa: a) identificação da questão de pesquisa, o que inclui a definição dos objetivos do estudo; b) busca na literatura, com elaboração dos critérios de inclusão e exclusão; c) categorização dos estudos, com formação do banco de dados; d) avaliação dos estudos que foram incluídos na revisão; e) interpretação dos resultados; f) síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

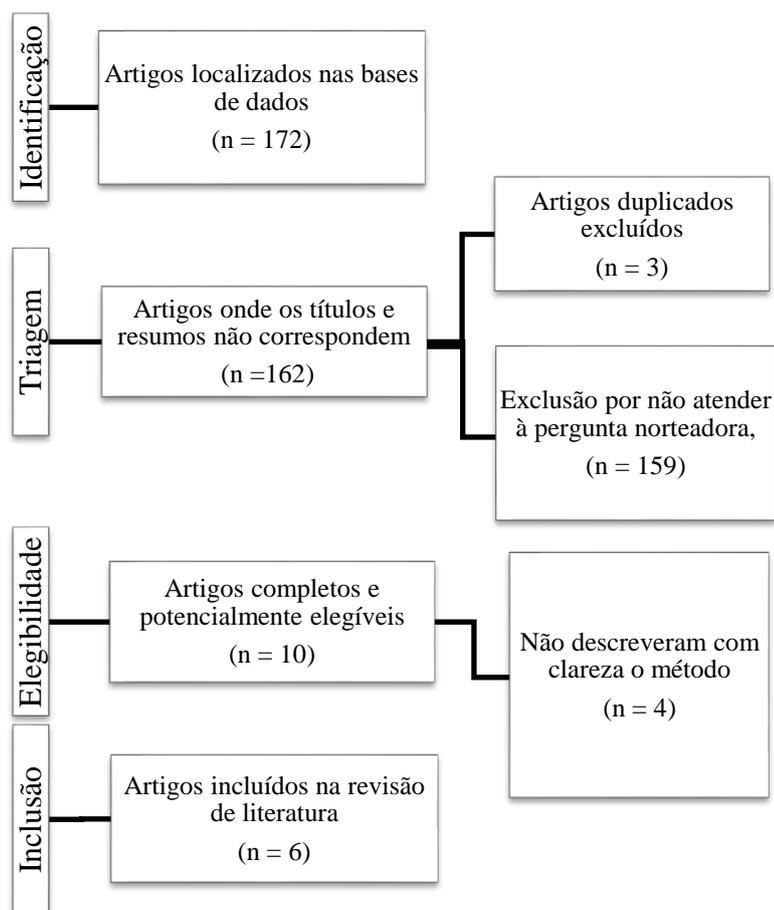
O presente estudo tem por método a revisão integrativa da literatura, escolhida por proporcionar a melhor sistematização de conhecimento sobre o tema pesquisado. Para tanto, seguiu-se as seguintes fases: elaboração da pergunta norteadora, busca em bases de dados, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e conclusão.

A pesquisa foi realizada à partir da busca de artigos científicos nas bases de dados PubMed, Cochrane, Cinahl, Scopus e Web of Science, publicados entre 2010 e 2019, salientando que na base Cinahl surgiu apenas um artigo duplicado. Foram utilizados os descritores indexados "aged", "posture" e a palavra-chave "back school" por ser integrante do objeto de estudo. Realizou-se ajuste na estratégia de busca de acordo com as especificidades de

cada base, utilizando a estratégia PICOS e mantendo adequação à pergunta norteadora: *Quais os efeitos da Escola de Posturas na qualidade de vida da pessoa idosa?*

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos publicados em inglês, que retratassem na íntegra a temática referente à revisão integrativa e indexados nos referidos bancos de dados. Foram excluídos artigos duplicados, anais de congressos, teses e dissertações.

**Figura 1.** Processo de seleção amostral do estudo



**Fonte:** Pesquisa direta, 2019.

A seleção amostral foi inicialmente composta por 172 documentos, assim distribuídos: PubMed (n = 56), Cochrane (n = 10), Cinahl (n = 1), Scopus (n = 100) e Web of Science (n = 5); com posterior redução para (n = 162), após ser aplicada a triagem obedecendo ao critério de exclusão dos manuscritos por leitura de título e resumo. Após esse primeiro recorte, os artigos duplicados foram excluídos (n = 3), junto com os que não correspondiam à pergunta norteadora (n = 159). Desses filtros, restaram 10 artigos completos e possivelmente elegíveis. Depois da exclusão por não descreverem com clareza o método (n = 4), sobraram 6 artigos incluídos na revisão de literatura.

Na etapa da categorização dos estudos, foi utilizado um instrumento para registro dos dados, a fim de organizar as informações obtidas segundo os elementos disponíveis na identificação dos artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Elaborou-se um quadro síntese que contemplou as seguintes assertivas: título do artigo; procedência; periódico e ano; delineamento da pesquisa e temática, conforme demonstrado abaixo no Quadro 1.

**Quadro 1.** Caracterização dos artigos da amostra.

Título	Procedência	Periódico e ano	Delineamento da Pesquisa	Temática
Effectiveness of the back school and mckenzie techniques in patients with chronic non-specific low back pain: a protocol of a randomised controlled trial	PubMed	BMC Musculoskeletal Disorders, 2011	Estudo randomizado, comparativo de ensaio controlado, quanti-qualitativo	148 pacientes submetidos aos métodos McKenzie ou "Back School"
Chronic low back pain and postural rehabilitation exercise: a literature review	PubMed	Journal of Pain Research, 2019	Estudo com método qualitativo	Técnicas posturais analisadas por 26 estudos
Effect of education on non-specific neck and low back pain: a meta-analysis of randomized controlled trials	Scopus	Manual Therapy, 2015	Estudo randomizado de ensaio controlado, qualitativo	36 revisões para verificar a eficácia da educação na prevenção e tratamento de algias em CC e CL
Benefits of a physical training program after back school for chronic low back pain patients	Scopus	Journal of Musculoskeletal Pain, 2015	Estudo controlado, não randomizado e central, quanti-qualitativo	Comparar um programa postural e treinamento com um programa de escola de coluna em 40 pacientes de 25 a 65 anos com dor lombar crônica
Effects of a guidance program to adults with low back pain	Web of Science	Acta Ortop. Bras., 2010	Estudo com método qualitativo	Avaliar o impacto de um programa de "Escola de Posturas" na qualidade de vida, de 41 pacientes adultos com lombalgia crônica
The efficacy of a perceptive rehabilitation on postural control in patients with chronic nonspecific low back pain	Cochrane	International Journal of Rehabilitation Research, 2012	Estudo randomizado, comparativo de ensaio controlado, quantitativo	Comparar a escola da coluna com um programa de estimulação de receptores cutâneos em 30 participantes entre 55 e 62 anos

Fonte: Pesquisa Direta, 2019

No estudo foram identificados 6 artigos sobre escola de posturas e sua intervenção em algias na coluna. A população alvo que participou da pesquisa foi composta por adultos e idosos,

totalizando 259, com idade variando entre 25 e 62 anos. Em 2 artigos foram analisadas as principais técnicas posturais, totalizando 62 revisões. No delineamento da pesquisa dentre os 6 artigos: 1 estudo é quantitativo, 2 são quanti-qualitativos e 3 são qualitativos. Como observa-se no Quadro 1 acima, não foram encontrados artigos atuais sobre o uso da escola de posturas apenas em amostra com idosos, onde os mesmos fizeram parte de estudos juntamente com adultos jovens.

A análise da postura correta de um indivíduo, deve ser baseada na posição de alinhamento estrutural do corpo, considerando-se os diversos segmentos que o compõem para uma atividade específica, podendo ainda ser definida como a forma característica de sustentar o próprio corpo (SILVEIRA *et al.*, 2010).

A manutenção da postura corporal está relacionada com o tônus muscular (estado de ligeira tensão dos músculos no estado de repouso). O tônus muscular exerce o papel na regulação da disposição postural dos segmentos corporais e impede que se desestabilizem. Os agentes do tônus são os fusos neuro-musculares, cuja atividade mantém-se em permanência pelos moto-neurônios-gama. Os motos-neurônios-alfa controlam a contração muscular e atuam em relação aos alongamentos dos fusos. Com um alongamento correspondente a três gramas, os fusos desencadeiam o reflexo miotático, que leva à contração do músculo estriado. Com uma tensão de 100 a 200 gramas, os Corpúsculos de Golgi originam o reflexo miotático inverso, que inibe o músculo alongado e facilita o seu antagonista (SALVE, 2003).

Segundo Massara (1990), na postura corporal convergem todos os elementos que caracterizam o movimento. A postura não é somente a expressão mecânica do equilíbrio corpóreo, mas é a expressão somática da personalidade, a manifestação da unidade psico-física do ser. Partindo desse princípio, não basta haver uma intervenção cinesiológica corretiva, mas devem-se levar em consideração os fatores de ordem psicofísico e socioambientais. É necessário que o indivíduo desenvolva uma consciência da postura, através de uma vivência global da mesma, respeitando as possibilidades biomecânicas. O autor recomenda os seguintes exercícios: relaxamento geral, regulação respiratória, percepções das sensações, percepção de contato, movimentos articulares e a percepção do equilíbrio vertical.

As alterações posturais que mais acometem a população idosa podem estar relacionadas à carga de trabalho acumulada no decorrer dos anos, estresse, movimentos repetitivos e as posições cotidianas adotadas, assumindo uma postura inadequada e favorecendo um quadro álgico, principalmente na coluna lombar. (LOPES; OLIVEIRA, 2011).

Além disso, a vida moderna contribui para os déficits posturais, pois o indivíduo sofre adaptações de seus hábitos de postura, exigindo uma modificação contínua de seu corpo para que estas más posturas não se tornem definitivas. Nos idosos é comum ocorrer desequilíbrios de força e flexibilidade, por isso, existe a maior propensão à queda. É necessário ter bons hábitos de postura para evitar a síndrome dolorosa postural, pois se um indivíduo mantém uma má postura por tempo prolongado os desequilíbrios de força e flexibilidade acentuam-se, prejudicando ainda mais o equilíbrio total do corpo. O fato de um indivíduo ter mais de 60 anos não o impossibilita da reeducação postural. A abordagem profilática de uma reeducação postural tem o intuito de minimizar os efeitos do processo degenerativo e da sobrecarga mecânica pela má postura continuada (ARAUJO, 2005).

Evidências científicas indicam que programas de exercícios posturais baseados em tratamento para lombalgia crônica encorajam o paciente a assumir um papel ativo na sua recuperação, além da sociabilização, alívio da dor e qualidade de vida no processo de envelhecimento (McDONOUGH et al., 2010).

Diante desse contexto, a "Escola de Posturas", originalmente chamada "Back School" surge como uma alternativa no treinamento postural, já que engloba tanto a prevenção como o tratamento das lombalgias. Esse método, criado na Suécia em 1969, visa não apenas amenizar as disfunções da coluna, mas também conscientizar a população atendida, facilitando a aquisição de hábitos posturais mais saudáveis, principalmente nas atividades de vida diária (FERREIRA, 2010). Depois da escola postural sueca surgiram diferentes programas, nos quais os objetivos foram mantidos, mas o número de encontros e os conteúdos trabalhados sofreram alterações (NOLL *et al.*, 2014).

No Brasil, a escola postural foi implementada no ano de 1972, no Hospital do Servidor Público de São Paulo, pelo médico José Knoplich, no entanto, somente em 1998 foi publicada a primeira pesquisa sobre um programa de escola postural desenvolvido no Brasil (NOLL *et al.*, 2014).

Os estudos incluídos na presente revisão buscaram avaliar os efeitos da escola de posturas na qualidade de vida da pessoa idosa considerando a educação em saúde como ponto principal de orientações posturais básicas, englobando aspectos como hábitos posturais adequados, conscientização corporal, capacidade funcional para desenvolver atividades no cotidiano e sociabilização ao participar de um programa terapêutico em grupo. Sabe-se que, uma intervenção é eficaz quando atinge os resultados esperados.

Nesse sentido, intervenções eficazes para a educação em saúde devem promover não só a aprendizagem, mas aspectos como a mudança de comportamentos, alívio do quadro álgico na

coluna vertebral mesmo com a presença de patologias crônico-degenerativas e consequente melhoria na qualidade de vida (AINPRADUB, 2015).

Embora seja adotada essa concepção no presente estudo, é importante ressaltar que uma intervenção educativa, por si só, não garante mudança de comportamentos e melhora na qualidade de vida, devido às questões biopsicossociais envolvidas (GARCIA, 2011).

Dentre os estudos, cinco avaliaram tanto a melhora do nível de conhecimento relacionado às orientações posturais adequadas para atividades cotidianas, como a aptidão física diante de patologias crônicas que limitam a função em decorrência do quadro álgico instalado. Um deles avaliou as principais técnicas posturais existentes, como Reeducação Postural Global (RPG), Escola de Posturas, Mckenzie (MK), Pilates, Yoga, Tai-chi, Feldenkrais; e comprovou que há dificuldade em afirmar a superioridade de uma abordagem em relação à outra; elas são mais ou menos equivalentes na redução da dor, diminuindo a incapacidade e melhorando a qualidade de vida (PAOLUCCI *et al.*, 2019).

Dois dos artigos analisados, indicaram que o programa de educação em saúde não foi eficaz na prevenção da dor na coluna cervical e lombar, esse efeito só seria alcançado quando associado ao treinamento físico (PAOLUCCI, 2012).

Outros três estudos apontaram que houve evolução da capacidade funcional dos pacientes e melhora de forma significativa, da qualidade de vida dos participantes. Corroborando ainda que, a promoção da saúde atinge um âmbito mais global, o que inclui a educação em saúde, que tem como objetivo mudanças no comportamento organizacional, trazendo benefícios em proporções mais amplas que a educação utilizada isoladamente (FERREIRA *et al.*, 2010).

Já o autor Garcia (2011), enfatiza que a dor na região lombar é considerada um importante problema de saúde pública em muitos países, como nos Estados Unidos, Austrália, e países europeus, onde os custos para lombalgia na Austrália são mais de 1 bilhão na moeda australiana, enquanto nos Estados Unidos da América, os custos anuais associados à dor lombar foram estimados em 50 bilhões de dólares americanos. Independentemente das diferenças observadas nos custos, para os sistemas de saúde a dor representa um importante problema econômico mundial. A partir disso, entende-se a necessidade de um programa eficaz para auxiliar o tratamento convencional já existente.

Segundo Paolucci (2012), para alcançar um realinhamento de tronco efetivo durante a cinesioterapia é necessário estabelecer abordagem cognitiva em reabilitação, englobando propriocepção, acuidade tátil e organização cortical.

Ocorre unanimidade entre os autores ao destacar a necessidade de realizar estudos com maior amostragem para determinar o impacto da intervenção; acompanhamento mais longo da

pesquisa; saber se a escola de posturas e um programa de reabilitação tem efeito duradouro e se as diferenças entre os grupos mudariam ao serem analisados no decorrer do tempo.

Mais pesquisas são necessárias para confirmar os efeitos do programa de escolas de posturas específicos para pessoa idosa (DEMOULIN *et al.*, 2015). Entretanto, deve-se considerar se durante a utilização desse programa ocorre retenção do conhecimento e mudanças comportamentais duradouras que terão impacto na qualidade de vida da população estudada. Essa avaliação a longo prazo é especialmente importante para permitir que, com o tempo, o conhecimento novo interaja com as condições biopsicossociais do cotidiano.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas técnicas podem fornecer um efeito positivo importante na postura da pessoa idosa através do fortalecimento muscular, flexibilidade e exercícios de alongamento. No entanto, não há um programa específico para a reabilitação postural ideal.

Nesse contexto surge a Escola de Posturas como programa de prevenção e tratamento para os problemas da coluna lombar. É um método terapêutico-pedagógico de treinamento postural com informações teóricas, prática de exercícios terapêuticos e treino de relaxamento, objetivando as mudanças dos hábitos posturais e o controle da dor lombar, através da auto-educação.

É importante destacar sobre a necessidade em utilizar uma abordagem que sirva de estímulo para a conscientização dos participantes acerca dos conteúdos e práticas desenvolvidas ao longo do programa. Dessa forma, abordagens pedagógicas centradas na conscientização, poderão além de instruir e orientar, viabilizar uma prática transformadora de exercícios terapêuticos, promovendo uma ação em saúde mais eficaz no processo de educação postural. A forma intervencionista teórico-prática do programa em grupo da Escola de Posturas não só proporciona a educação postural, diminuindo a tensão muscular e quadro algico, como melhora, a consciência corporal da pessoa idosa, dentro do contexto biopsicossocial inserido, tornando sua vida menos dependente e mais saudável.

Estudos mostraram que existe união entre técnicas equivalentes na diminuição da dor, reduzindo a incapacidade e melhorando a qualidade de vida em ações do cotidiano onde a Escola de Posturas se mostrou mais eficiente na reeducação postural, conscientização da postura correta em atividades de vida diária e alívio da dor no segmento lombar da coluna vertebral, onde ao ser associada à prática regular de exercícios melhora também a força de

grupos musculares importantes para o desempenho da função, algumas vezes limitada pelo processo de envelhecimento.

Sugere-se a ampliação desta pesquisa, inclusive de forma comparativa entre técnicas posturais existentes no Brasil, buscando compreender a realidade existente em nosso país, contribuindo assim, para um envelhecimento saudável e ativo com maior autonomia, independência e segurança na realização das atividades de vida diária importantes para o desempenho da função, algumas vezes limitada por algia na coluna vertebral ou pelo processo de envelhecimento.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA AMERICANA DE CIRURGIÕES ORTOPÉDICOS (American Academy of Orthopaedic Surgeons, AAOS 2010 Annual Meeting) - Communication, New Orleans, 9-13, mar.2010.

AINPRADUB, Kantheera *et al.* Effect of education on non-specific neck and low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. **Manual Therapy**. Bangkok, p. 1-11. out. 2015.

ALMEIDA, Rogério Moreira de. Comparação entre três tratamentos de fisioterapia em indivíduos com lombalgia. 2010. 110 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2010.

ANDRADE S.C., ARAÚJO A.G., VILAR M.J. Escola de coluna: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. **Rev Bras de Reumatol**. 45(4)224-8. 2005.

CECIN H.A. Espondilodiscites infecciosas; um desafio no diagnóstico das lombociatalgias. **Rev. bras. de reumatologia**. vol. 43:171-177. 1992.

CHUNG T.M. Escola de Coluna - experiência do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. **Acta Fisiatr.**;3(2):13-7. 1996.

COSTA AB. *et al.* Association between facet tropism and lumbar degenerative disc disease. *Coluna/Columna*. 12 (2): 133-37.8. 2013.

DEMOULIN, Christophe *et al.* Benefits of a Physical Training Program After Back School for Chronic Low Back Pain Patients. **Journal Of Musculoskeletal Pain**. Liège, p. 21-31. maio 2015.

FERGUSON F. *DorLombar*. **Elsevier**: Brasil, 2011.

FERREIRA, Mariana Simões; NAVEGA, Marcelo Tavella. Effects of a guidance program to adults with low back pain. **Acta Ortop Bras.**, Marília, p.127-131, jan. 2010.

GARCIA, Alessandra N. *et al.* Effectiveness of the back school and mckenzie techniques in patients with chronic non-specific low back pain: a protocol of a randomised controlled trial. **BMC Musculoskeletal Disorders**. Brazil, p. 172-179. dez. 2011.

HEYMANS, M.W; VAN TULDER, M.W; ESMAIL, R; BOMBARDIER, C; KOES, B.W. Back schools for acute and subacute non-specific low-back pain. **Cochrane database of systematic rev.** 2011.

KISNER C, COLBY L.A. Exercícios terapêuticos, fundamentos e técnicas. 5ªed. Barueri-SP: **Manole**,1000p. 2009.

LOPES, E. das; OLIVEIRA, F. M. de. Avaliação da carga de trabalho físico e da postura de trabalhadores na produção de mudas florestais. **Cerne**, Lavras, v.17, n. 4, out./dez. 2011.

MARQUES, Divina de Oliveira *et al.* El absentismo - La enfermedad de equipo de enfermería de un hospital universitario. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 5, n. 68, p.594-600, out. 2015.

MASSARA, G., BANKOFF, A. D. P., STEFANO, M. Screening antiparaformico in ambito scolastico su tre livelli. **Istituto Superiore Statale** di Ed. Física, 1990.

MCDONOUGH, S.M.; TULLY, M.A.; O'CONNOR, S.R.; BOYD, A.; KERR, D.P.; O'NEILL, S.M. *et al.* The back 2 activity trial: education and advice versus education and advice plus a structured walking programme for chronic low back pain. **BMC Musculoskeletal Disorders**. 2010;11(163):3-8.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C. DE C.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

NOLL, Matias *et al.* Back School developed in Brazil: review about the intervention methodology, assessment tools and results. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 54, n. 1, p.51-58, fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: **Relatório Mundial**. Brasília, 2003.

PAOLUCCI, Teresa *et al.* The efficacy of a perceptive rehabilitation on postural control in patients with chronic nonspecific low back pain. **International Journal Of Rehabilitation Research**. Rome,italy, p. 360-366. maio 2012.

PAOLUCCI, Teresa *et al.* Chronic low back pain and postural rehabilitation exercise: a literature review. **Journal Of Pain Research**. Rome, Italy, p. 95-107. jan. 2019.

SALVE, M.G.C.; BANKOFF, A.D.P. Postura corporal –um problema que aflige os trabalhadores. **Rev. bras. saúde ocup.** vol.28 no.105-106 São Paulo. 2003.

SILVEIRA, M.M. *et al.* Envelhecimento Humano e as Alterações na Postura Corporal do Idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Rio Grande do Sul, v.8, n. 26, p.52-58, 2010.

SOUZA I. C. de S. Acupuntura na lombociatalgia. São Paulo. 2015.

TOSCANO J.J.O., EGYPTO E.P. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. **Rev. Bras. Medicina do Esporte.** 7(4):132-7.2001.

VAN MIDDELKOOP M., RUBINSTEIN S.M., KUIJPERS T., VERHAGEN A.P., OSTELO R., KOES B.W., VAN TULDER M.W. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. **Eur Spine J.**;20:19-39. 2011.

VIEIRA, Adriane *et al.* Efeitos da escola postural e da educação breve nos hábitos de idosos. **Red de Revistas Científicas de América Latina.** Porto Alegre, v. 16, n. 1, p.92-99, mar. 2017.

ZAVARIZE, S. F.; MUGLIA W.S. Perfil criativo e qualidade de vida: implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, vol. 15, núm. 3, julio-septiembre, pp. 403-414. Rio de Janeiro. 2012.

## ENVELHECIMENTO HUMANO E HANSENÍASE: FATORES DE RISCO CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO E DE ATENÇÃO À SAÚDE

Gerlane Cristinne Bertino Vêras<sup>1</sup>  
Evanira Rodrigues Maia<sup>2</sup>

### RESUMO

O envelhecimento da população é fator presente no Brasil. Tem como consequência o aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Contudo, outras patologias podem afligir os idosos, como a hanseníase, que aumenta a vulnerabilidade dos indivíduos apresentar incapacidades físicas. Assim, objetivou-se avaliar os fatores de risco clínico, epidemiológico e de atenção à saúde que contribuem para o desenvolvimento da hanseníase em pessoa idosa. Estudo transversal, de base documental realizada no período de janeiro de 2016 a outubro de 2017, no setor de Vigilância Epidemiológica da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, localizada no município de Cajazeiras. A amostra correspondeu aos 277 casos de hanseníase notificados em pessoas com idade igual ou maior que 60 anos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com auxílio do programa Epi Info. Verificou-se maior predomínio dos casos no sexo biológico masculino, entre 60 a 64 anos de idade, com até nove anos de estudo formal, donas de casa, diagnosticados por encaminhamento, da forma dimorfa e classificação operacional multibacilar, com baciloscopia positiva, grau de incapacidade física zero no diagnóstico e na alta. Ademais, pode-se referir que o diagnóstico foi tardiamente, e que houve falta de registro adequado, e ausência/não registro da avaliação dermatoneurológica. Ressalta-se a necessidade da vigilância ativa da comunidade com diagnóstico precoce e acompanhamento oportuno dos casos de hanseníase, além de capacitação/supervisão das equipes multiprofissionais pelos gestores para o controle/eliminação da hanseníase no intuito de qualificar os serviços prestados à comunidade, em especial aos idosos.

**Palavras-chave:** Hanseníase, Idoso, Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

A população idosa cresce nos países em desenvolvimento. No Brasil, a taxa de crescimento encontra-se acima de 4% ao ano, a saber, passou de 14,2 milhões em 2000 para

<sup>1</sup> Graduada em Enfermagem. Mestra em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri - URCA. Professora da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, gerlaneveras2@gmail.com.

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Professora da Universidade Regional do Cariri - URCA e da Universidade Federal do Cariri - UFCA, evanira@bol.com.br.

O estudo em tela é um recorte da dissertação realizada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Universidade Regional do Cariri (URCA).

19,6 milhões em 2010, e a estimativa é que alcance 41,5 milhões de pessoas em 2030 e 73,5 milhões em 2060, resultado da diminuição da taxa de fecundidade e do aumento da expectativa de vida, além dos fluxos migratórios, em especial nas grandes regiões (BRASIL, 2015).

Em decorrência ao fenômeno de envelhecimento da população e da pessoa idosa, com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento, ocorrem alterações biológicas, psicológicas e sociais (MASCHIO *et al.*, 2011) que interferem diretamente na qualidade de vida e saúde da comunidade.

Acrescido a estes fatos, há a maior possibilidade de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que exige reformulação na organização dos serviços de saúde e das políticas públicas para adequar às necessidades da população (OMS, 2015; NOGUEIRA *et al.*, 2017).-

Ademais, outras doenças podem acelerar a perda funcional na pessoa idosa, como por exemplo a hanseníase, que é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica, que tem como pior consequência, a incapacidade física (BRITO *et al.*, 2014), responsável pelo estigma e preconceito da doença, muito em decorrência da história de isolamento social e das mutilações (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

A hanseníase, doença milenar, infectocontagiosa, de evolução crônica e negligenciada, é considerada problema de saúde pública no Brasil, em especial pela possibilidade de desencadear as deficiências e incapacidades físicas. Vem apresentando regressão na taxa de prevalência, com pouco efeito sobre a redução da transmissão, fazendo com que haja a necessidade de se implantar e implementar ações diversificadas e inovadoras para o seu controle (BARRETO *et al.*, 2011).

Constata-se que no ano de 2014, cerca de 214.000 casos novos de hanseníase foram diagnosticados no mundo, sendo que a Índia, o Brasil e a Indonésia, juntos, apresentaram 81% dos casos novos notificados (OMS, 2016). Em 2017, o Brasil apresentou 25.862 casos novos de hanseníase, sendo 6.389 (24,7%) em idosos; o Nordeste, apresentou 11.292 casos novos, sendo 2.958 (26,2%) em idosos; e a Paraíba, teve incidência de 462 casos novos, sendo 133 (28,8%) em idosos (BRASIL, 2019).

Dentre os aspectos recomendados para o controle da doença, deve-se realizar a classificação operacional de acordo com a quantidade de lesões apresentadas pela pessoa, sendo classificada como paucibacilar (PB) quando apresenta até cinco lesões de pele, subdividindo-se de acordo com a forma clínica em hanseníase indeterminada (HI) e hanseníase tuberculóide (HT); e multibacilar (MB) quando apresenta mais de cinco lesões,

subdividindo-se clinicamente em hanseníase dimorfa (HD) e hanseníase virchowiana (HV) (BRASIL, 2010).

Ressalta-se que pessoas com idade avançada, com a classificação operacional MB, baixo grau de escolaridade e os que não têm acesso aos serviços de saúde são as que apresentam maior risco de desenvolver alguma incapacidade física decorrente da hanseníase (NARDI *et al.*, 2012).

Evidencia-se então a importância da Atenção Primária à Saúde (APS), de preferência por meio da atenção da equipe multidisciplinar, promover ações de educação e promoção da saúde, busca ativa, diagnóstico precoce, e tratamento oportuno, na expectativa de propiciar a reabilitação física, psicológica e social da pessoa idosa acometida por hanseníase. O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, exerce função assistencial e gerencial que possibilita articular saberes e competências para instigar a equipe em prol de uma atenção integral aos usuários do serviço na perspectiva de promover ações preventivas no controle da hanseníase e da prevenção da incapacidade física no intuito de preservar a funcionalidade e qualidade de vida da população que envelhece.

Diante da transição epidemiológica e de saúde da população ao envelhecer, observa-se a necessidade de conhecer e discutir as variáveis descritivas relacionada ao risco de se desenvolver a hanseníase, afim de minimizar o sofrimento referido pelos acometidos decorrentes da própria doença, estigma e preconceito vivenciados, tanto para o paciente quanto para sua família. Assim, formulou-se a seguinte questão norteadora do estudo “Quais os fatores de risco clínico, epidemiológico e de atenção à saúde que podem contribuir para o desenvolvimento da hanseníase em pessoas idosas na 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba?”. Ao respondê-lo, pode-se ter subsídios para qualificar a atenção e cuidado junto a pessoa com hanseníase, em especial, ao idoso, o que evidencia a relevância social e acadêmica da pesquisa em tela.

Sendo assim, objetivou-se avaliar os fatores de risco clínico, epidemiológico e de atenção à saúde que contribuem para o desenvolvimento da hanseníase em pessoa idosa.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo transversal, de base documental realizada no período de janeiro de 2016 a outubro de 2017, no setor de Vigilância Epidemiológica da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, localizada no município de Cajazeiras, a qual é responsável pelo acompanhamento da gestão estadual nos municípios de Poço Dantas, Joca Claudino, Uiraúna,

Bernadino Batista, Triunfo, Poço José de Moura, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, Bom Jesus, Cajazeiras, Cachoeira dos Índios, São José de Piranhas, Carrapateira, Monte Horebe, e Bonito de Santa Fé. Totalizando aproximadamente 168.103 habitantes, com área de 3.404,072 km<sup>2</sup>, e 49,38 habitantes/km<sup>2</sup> (IBGE, 2010).

Utilizou-se o protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), que representa uma sequência de elementos que devem estar presentes em pesquisas observacionais, a saber, título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos. A estratégia STROBE objetiva uniformizar e guiar a organização de resultados de estudos quantitativos, assegurando que os passos metodológicos dos estudos possam ser reproduzidos e aprimorados. Tem o objetivo de esmerar o relato, facilitando a leitura crítica por parte de editores, revisores e leitores em geral (MALTA *et al.*, 2010).

Para a coleta dos dados, utilizou-se os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SISVAN), obtidos por meio do termo de fiel depositário da coordenação do serviço regional.

A população correspondeu aos 277 casos de hanseníase notificados em pessoas com idade igual ou maior que 60 anos, e a amostra contemplou os 100% da população. Como critério de inclusão, os casos notificados de hanseníase em idosos no período de 2001 a 2014, e de exclusão, os casos que tiveram alta por erro de diagnóstico.

O estudo foi composto por variáveis clínicas, epidemiológicas e de atenção à saúde (idade, sexo, escolaridade, ocupação, modo de detecção de caso novo, forma clínica, classificação operacional, resultados da baciloscopia, grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta, e tipo de alta). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva com auxílio do programa Epi Info versão 7.2.2.2.

A escolha do *lócus* da pesquisa deveu-se a 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba apresentar característica endêmica para hanseníase com um coeficiente de detecção de casos novos de 29,29/100.000 habitantes em 2017 (BRASIL, 2019), considerado parâmetro muito alto para força de morbidade, tendência da endemia e magnitude ou gravidade da doença (BRASIL, 2016), o que significa alta endemicidade para a hanseníase, necessitando de pesquisas para analisar os dados que possam interferir positivamente na condução dos casos com vistas a reduzir a incidência de incapacidade física.

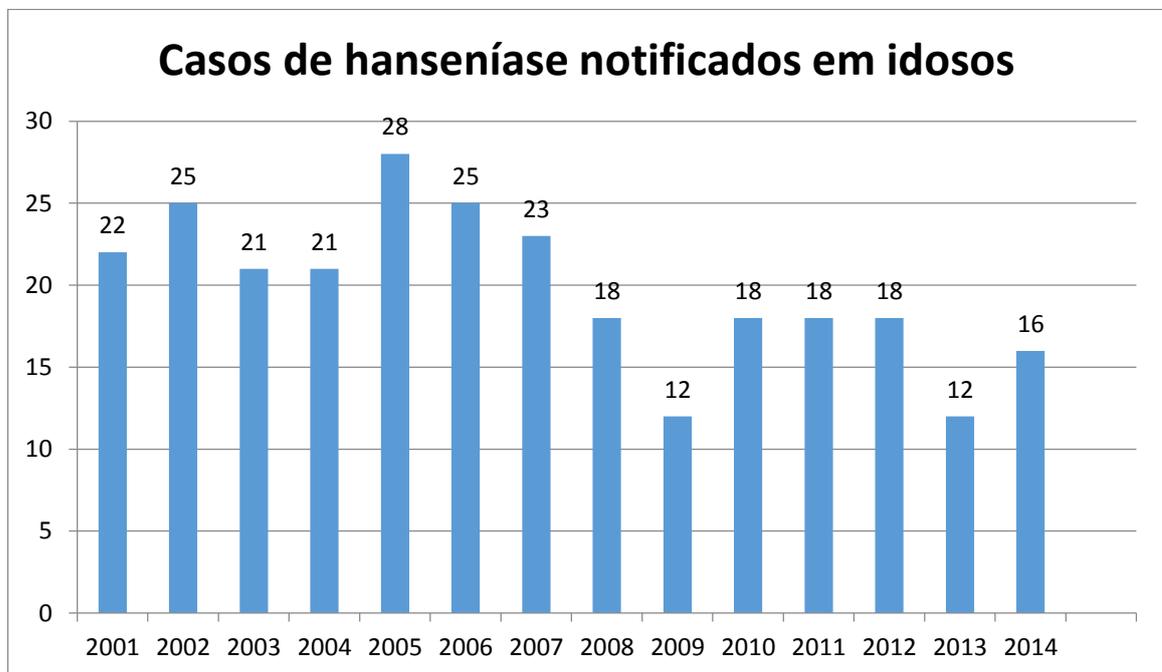
A presente pesquisa é um recorte do estudo “Incapacidade Física em Hanseníase: estudo de caso-controle” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, sob parecer nº 2.259.558. Ressalta-se que foram

obedecidos os preceitos éticos em pesquisas com seres humanos, de acordo com a resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 277 casos de hanseníase em pessoas idosas no período em estudo. No Gráfico 1, distribui-se os casos por ano de notificação.

**GRÁFICO 1** – Distribuição dos casos de hanseníase em pessoas idosas por ano de notificação, 2001 a 2014. Cajazeiras – PB.



Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Verifica-se que o quantitativo de casos de hanseníase em idosos na 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba manteve-se relativamente constante no período em estudo. Contudo, o ano de 2005 apresentou-se com maior número de casos, o que pode ser decorrente de implantação e intensificação de ações para o diagnóstico precoce dos casos para atender a Estratégia Global para atingir a meta do quinquênio 2000-2005 de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública (WHO, 2005). Todavia, a meta não foi alcançada até o momento.

Como se espera, após altas taxas de incidência das doenças, proporcionadas por ações de eliminação, nos anos subsequentes, 2006, 2007 e 2008, os coeficientes tendem a reduzir,

ocorrendo redução significativa da incidência em 2009. Cessando as ações de controle, com vistas à eliminação os coeficientes voltam a subir a partir de 2010.

Atualmente, encontra-se em vigência a “Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase”, que tem como público prioritário as crianças, mulheres e outras populações vulneráveis, e incentivo a qualificação dos serviços de referência, a detecção de casos novos em contatos intradomiciliares, a verificação e análise dos casos de resistência ao tratamento medicamentoso, o esforço para descomplicar a conduta terapêutica e a análise da profilaxia pós-exposição (OMS, 2016).

As estratégias anteriores foram a do ano 2000 a 2005, que se concentrou no tratamento poliquimioterápico e na detecção passiva dos casos. A de 2006 a 2010 consolidou os princípios de detecção precoce e tratamento efetivo nos serviços integrados de controle da hanseníase. A estratégia aprimorada de 2011 a 2015 melhorou as ações conjuntas e aprimorou os esforços para reduzir incapacidades decorrentes da hanseníase (OMS, 2016).

Ressalta-se que as ações de controle da hanseníase devem ser realizadas de forma continuada com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão da doença e eliminá-la como problema de saúde pública, especialmente por meio da educação em saúde, que é tida como componente crucial do processo de cuidar e corresponde ao diálogo estabelecido entre as pessoas, com o objetivo de motivar e intervir positivamente no processo saúde-doença das pessoas (ALMEIDA; SOUZA, 2012). Também é considerada uma tecnologia leve, que utiliza a interação entre profissional e usuário como forma de produção do autocuidado em busca da melhoria nas condições de vida da população, estimulando o empoderamento e autonomia dos sujeitos (PINAFO *et al.*, 2011).

A taxa de prevalência da hanseníase abaixo de um caso por 10.000 habitantes, estabelece que a doença não é mais um problema de saúde pública, a qual foi alcançada em nível global no ano de 2000 e em 2005 na maioria dos países (BRASIL, 2016). Contudo, o Brasil, o Nordeste e em especial a Paraíba, estão longe de atingir esta taxa na população em geral e em particular nas pessoas idosas.

Em relação ao atendimento de enfermagem em hanseníase, constata-se que o profissional possui papel fundamental na prevenção da doença, na busca e diagnóstico dos casos, no tratamento e seguimento das pessoas acometidas, realização do exame dermatoneurológico, exame de contatos, administração da vacina BCG, além de prevenção e tratamento de incapacidades físicas, gerência das atividades de controle, sistema de registro, vigilância epidemiológica e pesquisas (LIMA *et al.*, 2015).

Na Tabela 1, observa-se a distribuição dos dados socioeconômicos dos casos de hanseníase em pessoas idosas.

**TABELA 1** - Distribuição dos dados socioeconômicos dos casos de hanseníase em pessoas idosas de 2001 a 2014, Cajazeiras - PB, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo (biológico)</b>		
Masculino	168	60,6
Feminino	109	39,4
<b>Faixa etária</b>		
60 – 64	82	29,6
65 – 69	63	22,7
70 – 74	49	17,7
75 – 79	44	15,9
80 – 84	27	9,8
85 – 89	10	3,6
≥ 90	2	0,7
Mínima – máxima	60 – 91	
Média ( $\pm$ desvio padrão)	70,2 ( $\pm$ 7,7)	
<b>Escolaridade</b>		
≤ 9anos de estudo formal	218	78,7
> 9anos de estudo formal	4	1,4
Sem registro	55	19,9
<b>Ocupação</b>		
Dona de casa	21	7,6
Aposentado/pensionista	11	4,0
Agricultor	3	1,1
Pedreiro	2	0,7
Vigilante	2	0,7
Costureira	1	0,4
Sem registro	237	85,5
<b>TOTAL</b>	<b>277</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Ressalta-se que a hanseníase pode atingir ambos os sexos, contudo, a maioria dos casos, na maior parte do mundo, é detectada entre os homens, (WHO 2017), o que pode ser decorrente do fato da mulher procurar mais os serviços de saúde, inclusive de forma preventiva (ALENCAR; CUNHA, 2017), além das especificidades culturais de gênero e trabalho (PEREIRA JUNIOR, 2011).

Todavia, verifica-se que em algumas localidades, particularmente na África, há semelhança no quantitativo de casos entre homens e mulheres, ou mesmo uma predominância no sexo biológico feminino (WHO, 2017), como encontrada em pesquisas realizadas na Paraíba e no Maranhão (SIMPSON; FONSÊCA; SANTOS, 2010; SOUSA *et al.*, 2013).

No que se refere à faixa etária, observa-se prevalência no início da fase idosa, semelhante ao estudo de Viana, Aguiar e Aquino (2016) e Souza *et al.* (2017), o que sugere que a transmissão da doença se processou ainda na fase economicamente ativa, em que há maior contato social das pessoas, aumentando a possibilidade de contaminação com o bacilo causador da doença, haja vista seu tempo de incubação e manifestação das alterações orgânicas serem lentos (BRASIL, 2010).

Quanto à escolaridade, verifica-se prevalência da hanseníase em pessoas idosas com nove anos ou menos de estudo formal, o que corrobora com o estudo realizado em uma cidade endêmica de Minas Gerais com a população em geral (RIBEIRO JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012), onde refere que a baixa escolaridade é fator de risco para o desenvolvimento da hanseníase e em Fortaleza – Ceará com o público idoso (NOGUEIRA *et al.*, 2017). Ademais, também compromete o autocuidado e o acesso a serviços de saúde.

Verifica-se que a maioria da população em estudo ainda desenvolve atividade laboral que condiz com o baixo nível de escolaridade detectado, contudo, pode-se inferir que o domicílio além de ser um local de grande suscetibilidade para a transmissão da doença, que se processa pelo contato íntimo e duradouro entre os contatos, favorece o diagnóstico precoce pela possibilidade de maior vigilância dos profissionais de saúde ao realizarem visita domiciliar, além de que, normalmente, o familiar que passa mais tempo em casa, normalmente, é o responsável por cuidar da saúde dos outros membros da família, frequentando mais vezes os serviços de saúde, conseqüentemente, aumenta a possibilidade do diagnóstico de hanseníase.

Sendo assim, o domicílio aparece como *locus* importante para a realização de busca ativa, avaliando-se os contatos intradomiciliares de pacientes já diagnosticados e/ou de novos casos índices.

Pode-se inferir que a hanseníase continua sendo uma doença negligenciada por prevalecer em condições de pobreza além de não despertar o interesse das indústrias farmacêuticas nacional e mundial, em especial pelo baixo nível aquisitivo dos compradores em potencial de seus produtos e ao pouco incentivo financeiro das agências de fomento para investigações sobre o comportamento da doença (BRASIL, 2010; SOUZA, 2010).

Na Tabela 2, verifica-se a distribuição dos casos de hanseníase em pessoas idosas quanto ao modo de detecção, classificação clínica, forma operacional, baciloscopia, e tipo de saída.

**TABELA 2** - Distribuição dos casos de hanseníase em pessoas idosas quanto ao modo de detecção, forma clínica, classificação operacional, baciloscopia, e tipo de saída, 2001 a 2014, Cajazeiras - PB, 2019.

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Modo de detecção de caso novo</b>		
Encaminhamento	73	56,6
Demanda espontânea	37	28,7
Exame coletividade	7	5,4
Exame contatos	1	0,8
Não se aplica	6	4,6
Outros modos	5	3,9
<b>TOTAL</b>	<b>129</b>	<b>100</b>
<b>Forma clínica</b>		
Indeterminada	45	16,2
Tuberculóide	48	17,3
Dimorfa	108	39,0
Virchoviana	49	17,7
Sem registro	16	5,8
Não classificada	11	4,0
<b>Classificação Operacional</b>		
Multibacilar	180	65,0
Paucibacilar	94	34,0
Sem registro	3	1,0
<b>Baciloscopia</b>		
Positiva	26	9,4
Negativa	40	14,4
Sem registro	190	68,6
Não realizada	21	7,6
<b>Grau de Incapacidade Física no diagnóstico</b>		
G0	130	47,0
G1	89	32,1
G2	28	10,1
Não avaliado	15	5,4
Não registrado	15	5,4
<b>Grau de Incapacidade Física na alta</b>		
G0	108	39,0
G1	50	18,0
G2	8	2,9
Não avaliado	70	25,3
Não registrado	41	14,8
<b>Tipo de alta</b>		
Cura	241	87,0
Óbito	9	3,2
Transferências	7	2,6
Abandono	9	3,2
Sem registro	11	4,0
<b>TOTAL</b>	<b>277</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Verifica-se que as pessoas idosas estão sendo diagnosticadas com hanseníase por meio de encaminhamentos, seja por profissionais ou outros serviços, o que pode-se inferir que seu quadro clínico já apresenta sinais e sintomas mais aparentes/graves. Sendo assim, constata-se a fragilidade dos serviços de APS, representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em relação à vigilância epidemiológica na área adscrita para um diagnóstico precoce, por meio principalmente de ações de busca ativa e passiva, e exames de coletividade (GOIABEIRA *et al.*, 2018), além da ausência de ações de educação em saúde com o objetivo de orientar a população acerca da hanseníase com o intuito de serem propagadores de saberes para o controle/eliminação deste agravo.

Ademais, a busca ativa deve ser rotina nos serviços de saúde, em especial dos contatos intradomiciliares dos pacientes diagnosticados com hanseníase. Presume-se que 6 a 8% dos contatos domiciliares desenvolvem a doença em até cinco anos (SOUZA, 2010), período no qual os profissionais devem realizar o acompanhamento com avaliação dermatoneurológica adequada, além de orientações pertinentes.

Observou-se maior predomínio da forma clínica dimorfa e a classificação MB, corroborando com o estudo de Nogueira *et al.* (2017). Ressalta-se que a classificação MB é a responsável pela manutenção da cadeia de transmissão da doença, seja a dimorfa ou a virchowiana, quando não tratadas (RIBEIRO *et al.*, 2014), devido a possibilidade das pessoas apresentarem-se bacilíferos positivos, fonte infectante e mais grave da doença, inclusive proporcionando maior possibilidade de desenvolvimento da incapacidade física (VIEIRA, 2015) e demonstrando que o diagnóstico está sendo feito tardiamente, o que promove a manutenção da transmissão da doença e conseqüentemente da alta taxa de prevalência.

Vale ressaltar que a hanseníase dimorfa apresenta-se em paciente com instabilidade imunológica, com quadro clínico entre as formas tuberculóide e virchowiana (CAMPOS; BATISTA; GUERREIRO, 2018).

Quanto à baciloscopia, é um exame complementar na hanseníase que auxilia na determinação da classificação operacional dos casos independentemente do número de lesões, quando positiva, determina-se como MB, forma infectante da doença, que no caso do estudo em tela foi predominante. Contudo, o resultado negativo não exclui o diagnóstico da hanseníase, sendo assim, baseia-se na quantidade de lesões e sintomatologia do paciente para a definição do caso operacionalmente (BRASIL, 2014).

Evidencia-se que a avaliação do GIF é essencial para o acompanhamento dos casos e conseqüente planejamento de ações individualizadas e coletivas no intuito de prevenir as deficiências e incapacidades físicas. Quando o paciente apresenta GIF 1 ou 2, pode-se

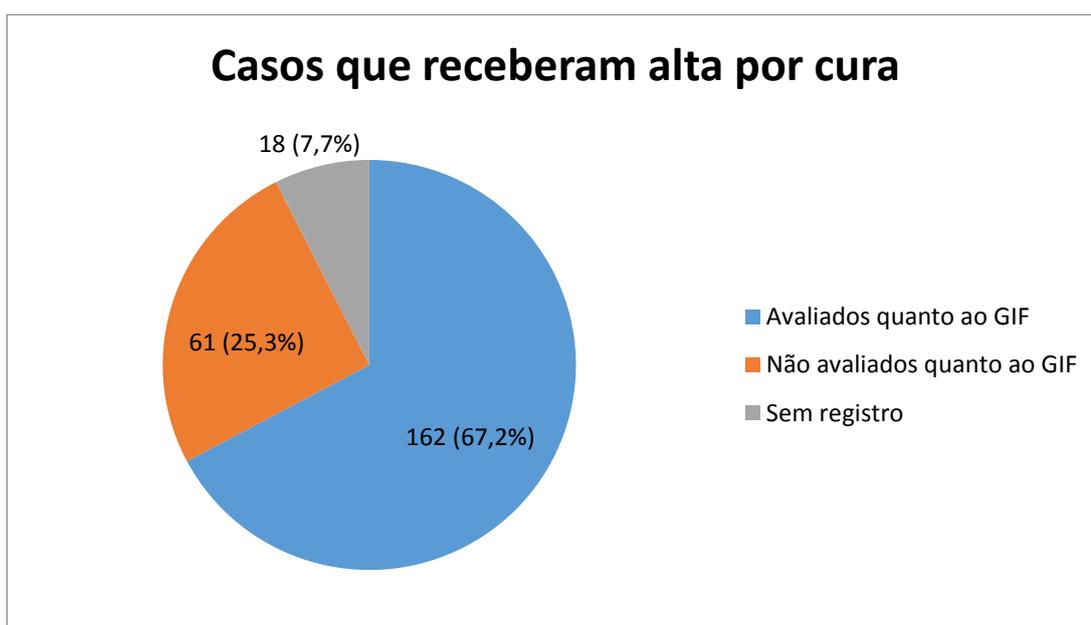
determinar que o diagnóstico ocorreu tardiamente, representando ineficiência dos serviços de saúde para estabelecer controle da doença (SHUMET; DEMISSIE; BEKELE, 2015). Ressalta-se que a falta de conhecimento e de ações de controle da hanseníase faz da doença a maior causa de incapacidade não traumática (SOUZA, 2010).

No estudo em tela, observa-se a negligência no preenchimento dos dados sobre a avaliação do GIF, seja por não ter sido realizada ou não registrada, principalmente na alta, o que demonstra acompanhamento ineficiente das pessoas com não seguimento das recomendações do MS e supervisão frágil da gestão perante a assistência prestada pelos profissionais de saúde da APS, o que afeta diretamente a análise situacional dos pacientes quanto ao GIF (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Todavia, mesmo com as fragilidades apresentadas pelos serviços, em especial a não realização como recomendado da avaliação do GIF, houve evidente redução do número do grau 1 e 2 do diagnóstico para a alta, contudo, a porcentagem de não avaliados e/ou não registrados é grande, o que interfere negativamente na qualidade da assistência prestada aos pacientes, favorecendo a instalação de complicações no pós-alta.

No Gráfico 2, encontram-se distribuídos os casos novos de hanseníase em pessoas idosas notificados que receberam alta por cura e foram avaliados quanto ao GIF na alta.

**GRÁFICO 2** – Distribuição dos casos novos de hanseníase em pessoas idosas notificados que receberam alta por cura e foram avaliados quanto ao GIF na alta, 2001 a 2014. Cajazeiras – PB, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, Cajazeiras – PB, 2019.

Verifica-se que a maioria das pessoas teve alta por cura (n=241), destes 232 (96,3%) eram casos novos e destes, 162 (67,2%) foram avaliados quanto ao GIF na alta, o que indica qualidade do serviço de parâmetro precário de acordo com o MS. A saber, a proporção de casos curados no ano com GIF avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes classifica-se como boa quando encontra-se em valor  $\geq 90\%$ , regular  $\geq 75$  a 89,9%, e precário  $< 75\%$  (BRASIL, 2016).

Vale salientar que no estudo em tela, verifica-se uma quantidade significativa de casos de hanseníase não avaliados para o GIF e ausência de registros, assemelhando-se a pesquisas realizadas na Paraíba e Minas Gerais (UCHÔA *et al.*, 2017; RIBEIRO; LANA, 2015), fatos que interferem para a realização de um diagnóstico situacional real da saúde individual e coletiva da comunidade prejudicando o planejamento de ações mais efetivas e eficazes direcionadas ao perfil da localidade (NEVES; MONTENEGRO; BITTENCOURT, 2014).

Frente aos achados, pode-se inferir que a hanseníase continua sendo uma doença negligenciada, com pouco investimento, e que acomete pessoas de classe socioeconômica menos favorecida, possibilitando sequelas como a incapacidade física, que se torna mais grave e debilitante na pessoa idosa. Sendo assim, é de extrema urgência a sensibilização de profissionais e gestores para o controle/eliminação da doença satisfazendo as recomendações do Sistema Único de Saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Evidencia-se que fatores clínicos, epidemiológicos e da organização do processo de trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde refletem na transmissão da hanseníase e consequente instalação de suas sequelas e incapacidade física entre pessoas idosas.

Mudanças na gestão do processo de trabalho na perspectiva da atenção integral com vistas ao reconhecimento do perfil dos acometidos e da implementação das medidas de prevenção e controle para a eliminação da doença na comunidade estudada são imprescindíveis. Assim, o apoio da gestão é fundamental para efetivar a prestação de serviços de qualidade frente à doença, em especial ao idoso pela maior suscetibilidade as incapacidades e redução da funcionalidade provodados pela doença.

## **REFERÊNCIAS**

ALENCAR, L.; CUNHA, M. Doença de Hansen no Brasil: Monitorização das Incapacidades. **Millenium**. 2(3), 63-73, 2017. Disponível em:  
<http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/viewFile/12062/9417>. Acesso em: 13 ago 2017.

ALMEIDA, F. A.; SOUZA, M. C. M. R. Educação em saúde: concepção e prática no cuidado em enfermagem in: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. (ORG.) **Enf. Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro. Guanabara koogan, 2012.

BARRETO *et al.* Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med**. São Paulo, jul-ago;9(4):283-7, 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n4/a2187.pdf>>. Acesso em: 30 mai 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs). Acesso em 21 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Hanseníase – Indicadores Operacionais e Epidemiológicos**. 2019. Disponível em:  
[http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/ETL\\_hanseniaze/ETL\\_hans\\_indicadores.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/ETL_hanseniaze/ETL_hans_indicadores.htm)Acesso em: 17 abr 2019.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estudos e Análises, Informação Demográfica e Socioeconômica número 3. Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI, Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: MS, 2014. Disponível em:  
[http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/Guia\\_VE.pdf](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/doencas/Guia_VE.pdf). Acesso em: 31 mai 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. Ed. Ver. – Brasília: MS, 2010.

BRITO, K. K. G. *et al.* Epidemiologia da Hanseníase em um Estado do Nordeste Brasileiro. **Rev. Enferm. UFPE on line**. Recife, 8(8): 2686-93, ago, 2014. Disponível em:  
[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6092/pdf\\_5872](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/6092/pdf_5872). Acesso em: 26 set. 2015.

CAMPOS, M. R. M.; BATISTA, A. V. A.; GUERREIRO, J. V. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008 – 2012. **Rev. Bras. de Ciê. da Saú.**, 22(1):79-86, 2018. Disponível em:  
<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/32152/19494>. Acesso em: 26 abr 2019.

GOIABEIRA YNLA *et al.* Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica. **Rev. Enferm UFPE on line.**, Recife, 12(6):1507-13, jun., 2018. Disponível

em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/234693/29168>.  
Acesso em: 27 abr 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 mai 2016.

LANA, F. C. F., CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, Mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 19 set 2017.

LIMA, A. Q. L. *et al.* Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: revisão integrativa. **Rev. Enf. Contemp.** 4(2):199-208, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/387/548>>. Acesso em: 20 ago 2017.

MALTA, M. *et al.* Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 03, p. 559-65, jun. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300021). Acesso em dia: 15 fev. 2017.

MASCHIO, M. B. M. *et al.* Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-589, Sept. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300021&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 mai 2019.

NARDI, S. M. T. *et al.* Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 969-977, dez., 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000600006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600006&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 nov. 2016.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, dez, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000400756&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400756&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 jul 2017.

NOGUEIRA, P. S. F. *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de idosos com Hanseníase. **Rev. Bras Enferm [Internet]**. 2017. Disponível em: Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt\\_0034-7167-reben-70-04-0711.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n4/pt_0034-7167-reben-70-04-0711.pdf). Acesso em: 03 mai 2019.

OMS - Organização Mundial de saúde. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf;jsessionid=AFD7F5CC1E26CA1C32F6CD3278D16128?sequence=17>. Acesso em: 20 abr 2019.

OMS - Organização Mundial de saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde** [Internet]. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMSENVELHECIMENTO-2015-port.pdf> 2. Acesso em: 03 mai 2019.

PALMEIRA, I. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, 66(6): 893-900, dez., 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 ago 2016.

PEREIRA JUNIOR, F. A. C. **Motivos do abandono ou interrupção do tratamento da hanseníase: uma revisão sistemática da literatura** [monograph] [Internet]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011pereira-fac.pdf>. Acesso em: 23 abr 2019.

PINAFO, E. *et al.* Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, out. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 nov 2016.

RIBEIRO, G. de C. *et al.* Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina – Minas Gerais. **Rev. Eletr. de Enf.**, out/dez; 16(4):728-35. 2014. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n4/pdf/v16n4a04.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n4/pdf/v16n4a04.pdf). Acesso em: 31 jul 2018.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**;10(4), jul.-ago. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>. Acesso em: 23 abr 2019.

RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores Relacionados e evolução. **Cogitare Enferm.** 20(3): 496-503, jul/set, 2015. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246/26189>. Acesso em: 13 ago 2017.

SHUMET, T.; DEMISSIE, M.; BEKELE, Y. Prevalence of Disability and Associated Factors among Registered Leprosy Patients in All Africa Tb and Leprosy Rehabilitation and Training Centre (ALERT), Addis Ababa, **Ethiopia. Ethiopian J. Health Sci.** V. 25 (4) 313–320, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4762969/>. Acesso em: 31 jul 2017.

SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T.; SANTOS, V. R. C. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansen Int.** 35(2), p. 33-40, 2010. Disponível em: [http://www.ilsl.br/revista/detalhe\\_artigo.php?id=11244#](http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244#). Acesso em: 17 ago 2017.

SOUSA, A. A. *et al.* 2013. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **Rev. SANARE.** Sobral, V.12, n.1, p. 06-12, jan./jun, 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/322>. Acesso em: 17 ago 2017.

SOUZA, C. D. F. *et al.* Grau de incapacidade física na população idosa afetada pela hanseníase no estado da Bahia, Brasil. **Acta Fisiátr.** 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/144581>. Acesso em: 27 abr 2019.

SOUZA, W (coord.). **Doenças negligenciadas**. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 2010. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-199.pdf>. Acesso em: 03 mai 2019

UCHÔA, R. E. M. N. et al. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Rev. enferm. UFPE on line**;11(supl.3):1464-1472, mar, 2017. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9993/pdf\\_2799](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9993/pdf_2799). Acesso em: 17 ago 2017.

VIANA, L.S.; AGUIAR, M. I. F.; AQUINO, D. M. C. Perfil socioepidemiológico e clínico de idosos afetados por hanseníase: contribuições para a enfermagem. **J Res Fundam Care.** 2016;8(2):4435-46. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4593>. Acesso em: 05 mai 2019.

VIEIRA, N. F. **Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase no município de Betim, Minas Gerais** [dissertation] [Internet]. Belo Horizonte: UFMG; 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dsp/ace/handle/1843/ANDO-9VMJKS>. Acesso em: 06 mai 2019.

WHO - World Health Organization. **Leprosy elimination**, 2017. Disponível em: <http://www.who.int/lep/disease/en/>. Acesso em: 31 mai 2017.

WHO - World Health Organization. **Weekly epidemiological Record**. No. 34, 26 Aug 2005. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2005/wer8034.pdf?ua=1>. Acesso em: 16 ago 2017.

## ESTRATÉGIAS DE AUTOCUIDADO UTILIZADAS POR CUIDADORES IDOSOS

Alessandra Souza de Oliveira <sup>1</sup>  
Arianna Oliveira Santana Lopes <sup>2</sup>  
Renato Novaes Chaves <sup>3</sup>  
Luciana Araújo dos Reis <sup>4</sup>

### RESUMO

Este estudo tem como objetivo apreender as estratégias utilizadas pelos idosos cuidadores para o autocuidado. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa dos dados, tendo como aporte teórico-metodológico a Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais. Participaram da pesquisa 35 idosos que fazem parte do território de abrangência de três Unidades Básicas de Saúde, em um Município de grande porte do sudoeste da Bahia. Foram adotados como critérios de inclusão idosos cuidadores principais, que residiam com o idoso dependente e com condição psíquica para responder aos instrumentos de coleta da pesquisa. Os instrumentos de coleta utilizados foram questionário para caracterização do perfil sociodemográfico do idoso cuidador e a entrevista semiestruturada. A análise e interpretação dos dados sucederam com amparo do método analítico do Discurso do Sujeito Coletivo e do *software* DSCSOFT.V 2.0. Os resultados analisados desvelam que o idoso cuidador utiliza como estratégia para o autocuidado cuidados básicos e de saúde como: cuidados com a alimentação e abstenção do álcool e tabaco, em associação a fé e espiritualidade. Considera-se que essa é uma condição premente para a promoção do envelhecimento, com preservação da máxima independência e autonomia, bem como contribuição para o desenvolvimento de práticas em saúde capazes de intervir na diminuição de danos ao idoso dependente e dos seus respectivos cuidadores idosos.

**Palavras-chave:** Idoso, Cuidador, Autocuidado.

---

<sup>1</sup> Enfermeira Doutoranda em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB, [bahiale23@yahoo.com.br](mailto:bahiale23@yahoo.com.br);

<sup>2</sup> Enfermeira Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia - UFBA, [ariannasantana@fainor.com.br](mailto:ariannasantana@fainor.com.br) ;

<sup>3</sup> Enfermeiro Doutor em Memória: Linguagem e Sociedade pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, [rnc\\_novaes@hotmail.com](mailto:rnc_novaes@hotmail.com);

<sup>4</sup> Fisioterapeuta Pós-Doutoramento em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia-UFBA, [coautorlucianauesb@yahoo.com.br](mailto:coautorlucianauesb@yahoo.com.br);

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional global consiste no principal fenômeno demográfico vigente no século atual. O Brasil tem vivenciado essas transformações demográficas e epidemiológicas de modo vertiginoso, com destaque para o incremento do número de idosos longevos (80 anos ou mais de idade), as projeções para 2030 demonstram que 21% dos idosos serão octogenários (LIMA et al, 2016). Fator que contribui para modificação das principais causas de morbidade, que até então, eram as doenças infecciosas e parasitárias, passando a ser as doenças de caráter crônico-degenerativas que ameaçam a independência e autonomia dos idosos que por elas são acometidos (CONFORTIN et al, 2017).

Por mais que a idade avançada não se traduza em dependência, a combinação do declínio natural das condições físicas, psíquicas ou intelectuais, que acometem a pessoa idosa e as desigualdades no âmbito econômico e biopsicossocial, tem determinado o aumento dependência funcional no domicílio (RODRIGUES; SILVA, 2018).

Nessa perspectiva, adota-se como conceito de dependência funcional à impossibilidade de uma pessoa realizar atividades cotidianas da vida diária, necessitando de assistência ou ajuda, devido à diminuição ou perda da autonomia física, intelectual ou psíquica (REIS et al., 2016).

Nesse cenário, diante de algum evento que comprometa a capacidade funcional da pessoa idosa, e que ocasione numa situação de dependência, a família é responsabilizada como principal fonte de recursos do cuidado continuado, e é de onde precisa emergir a figura do cuidador. Define-se como cuidador a pessoa responsável por assistir, por meio de cuidados, outra pessoa que necessite de suporte, por uma limitação física ou psíquica, sendo este remunerado ou não (BAUAB; EMMEL, 2014).

Estudos descortinam uma realidade em que a inconsistência do suporte dos serviços de apoio formal ao binômio idoso/cuidador e idoso/dependente denuncia um distanciamento entre o que se preconiza com o que de concreto as famílias têm obtido em sua prática de cuidado familiar, por razões de ordem política, social e econômica (DA COSTA et al,2015;). Apesar da falta de amparo da rede formal, pesquisas centradas nas demandas do cuidado em família apontam a rede de suporte informal (amigos, vizinhos, parentes e conhecidos) como a principal fonte de apoio social (ANJOS et al.,2014; OLIVEIRA; PEREIRA et al.,2017).

A pessoa responsável por prestar o cuidado principal ao idoso passa a ser um integrante da sua própria família (ANJOS et al., 2015), e se encontra-se inserido nas múltiplas formações familiares e convivendo com uma infinidade de aspectos que podem influenciar na indisponibilidade dos outros membros em partilhar dos cuidados ao ente em situação de dependência, não sendo possível, em muitas situações, que outro familiar assuma o cuidado, mesmo sendo em caráter temporário (ANJOS et al., 2014; SOUZA, 2016).

Esta realidade desvela a práxis na qual idosos mais jovens e independentes funcionais em sua maioria filhas e cônjuges, têm se ocupado de cuidar dos idosos familiares que se tornaram dependentes funcionalmente no lar (ALMEIDA; BORGES; SHUHAMA, 2016; TOMOMITISU; PERRACINI; NERI, 2014). Grande parte já se encontra aposentada, sem vínculo empregatício, com dedicação exclusiva e em tempo integral ao familiar dependente, o que acarreta o esgotamento físico e mental, à privação do sono, da sua própria liberdade, individualidade, e da sua saúde (PEREIRA et al., 2017).

Sua autonomia é roubada, o que colabora com o déficit no autocuidado, dando vazão aos sentimentos de tristeza, depressão, inatividade, o que culmina em uma dupla carga de tensão que interfere nas relações familiares, no autocuidado e no cuidado ao idoso, sendo habitual o cuidador se sobrecarregar nas atividades de cuidado e ignorar o cuidado de si (BORGES, 2015; GRATÃO et al., 2015).

Diante disso, sem amparo social e com distanciamento visível do poder público na efetivação de políticas de proteção e apoio, o déficit no autocuidado torna-se uma situação normal e amplamente aceita em toda sociedade e no interior do grupo familiar (HEDLER, 2016) que negligencia a situação de dificuldades do cuidador e a sua realidade passa a ser naturalizada como inerente ao próprio processo de cuidado.

Ademais, existe a naturalização de algumas alterações associadas ao cuidado que são provenientes da sobrecarga e da ausência do cuidado de si e que acometem o idoso cuidador e são percebidas por eles como características fisiológicas ou próprias do envelhecimento (MACIEL et al., 2015), o que contribui para progressão de agravos à sua saúde e deficiência no cuidado prestado, visto que, quando se fala em cuidador, a relação de interação com a pessoa que recebe cuidados é imediata, sendo quase impossível dissociá-los (AREOSA et al., 2014).

Em vista disso, ressalta-se a importância da instrumentalização desses cuidadores através de informações e instruções a respeito da doença pela qual seu familiar tenha sido

acometido; do mesmo modo, é necessário que o cuidador tenha a compreensão de que cuidar de si é tão importante quanto cuidar do seu ente dependente (CASTRO et al., 2017).

O cuidado de si aqui posto, sob a lógica Foucaultiana, sendo este uma prática social em que solicita a participação do outro, embora o autor saliente que primeiro deve vir o compromisso consigo mesmo e depois o cuidado com o outro. É necessário se conhecer, saber seus limites e potenciais para cuidar do seu corpo e da sua alma e cuidar dos outros (FOUCAULT, 2010).

Isso quer dizer, que o autocuidado como processo socializador, ou mesmo coletivo acontece porque o cuidado de si impacta diretamente também no cuidado com o outro, uma vez que ao respeitar os limites de atuação para o cuidado com o outro pode ser considerado uma forma de autocuidado.

Assim, é imprescindível que seja fortalecida a rede de cuidado que ampare o idoso e o cuidador familiar em sua integralidade, tornando possível uma organização entre sua ocupação e o cuidado de si, numa parceria intersetorial e entre profissionais de saúde, como âncora da assistência e demais membros do grupo familiar, propiciando o rodízio deste cuidado, com intervalos que possam contribuir para o bem-estar de todos os envolvidos no processo de cuidar e ser cuidado (PATROCINIO, 2015; POLARO et al., 2013).

Logo, a proximidade entre profissionais de saúde e cuidadores deve ter como ferramentas primárias a orientação para o cuidado e acompanhamento, visto que estas ações instrumentalizam o cuidador idoso nas necessidades específicas, segundo cada tipo e grau de dependência do familiar, com melhoria nas habilidades técnicas, reduzindo o acometimento de doenças físicas e psíquicas por parte do cuidador, além de oportunizar tempo para o autocuidado (PATROCINIO, 2015; POLARO et al., 2013).

Por esta razão, estudos que retratam o cuidado na esfera doméstica com relevo as necessidades de autocuidado do cuidador, especialmente quando se trata de um cuidador também idoso são de grande valia na atual conjuntura. Ainda assim, o idoso cuidador de outro idoso dependente no domicílio tem sido uma temática pouco explorada pela literatura gerontológica, principalmente em relação ao seu autocuidado.

Portanto, este estudo tem por pretensão considerar os aspectos biopsicossociais do ser que envelhece e se vê eleito cuidador, convocando ao diálogo as ciências da saúde, humanas e sociais, por entendermos as singularidades das demandas que emergem neste contexto e a natureza emergencial de construção de condutas e ações integrais compartilhadas

Desta maneira, este estudo aborda o autocuidado do idoso cuidador que vivencia o seu próprio processo de declínio funcional, típico do envelhecimento, e apesar disso, assumem os cuidados cada vez mais complexos do seu familiar dependente, muitas vezes, secundarizam o autocuidado, em detrimento do cuidado com o outro. Assim teve como objetivo apreender as estratégias utilizadas pelos idosos cuidadores para o autocuidado.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório com delineamento descritivo e abordagem qualitativa dos dados, tendo como aporte teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais e a Teoria da Memória Coletiva.

A exploração das representações sociais que foram construídas por estes idosos acerca do autocuidado ao longo de sua existência e o modo como elas se apresentam perante o seu cotidiano de cuidador e em seu discurso poderão ser determinantes para nortear ideação de condutas e práticas voltadas ao idoso cuidador no âmbito familiar, inserido em um determinado contexto social. Nessa perspectiva, a Teoria das Representações Sociais proposta pelo psicólogo social Serge Moscovici (2010) apresenta-se como um referencial relevante em razão de seu caráter construtivo, que a torna capaz de direcionar pensamentos, justificar ações e analisar a forma de interação do indivíduo com o meio e a maneira como o mesmo se posiciona em relação às situações cotidianas vivenciadas em seu núcleo social íntimo – a família (JODELET, 2001). Porquanto, segundo Sá (1998), os fenômenos das Representações sociais se encontram espalhados, nas práticas sociais, nas instituições, nas relações interpessoais e de massa, em um movimento contínuo.

A Memória coletiva torna-se primordial na condição de recurso teórico, por ser uma categoria social, que permite a compreensão dos contextos sociais como base para o trabalho de reconstrução da memória, sendo possível a sua construção mediante o convívio social dos indivíduos entre si e com os grupos sociais com os quais se relacionam, sendo diretamente influenciados por estes.

No entanto, a rememoração acontece por uma necessidade da atualidade. Dessa maneira, recordar é reconstruir com imagens e ideias do presente as vivências evocadas em um determinado tempo e espaço no pretérito, em um conjunto de relações sociais (HALBWACHS, 2006). Por essa razão, na lógica halbachiana, a memória é trabalho, construída pelos materiais

que estão a nossa disposição no conjunto de representações que povoam a nossa consciência atual.

Participaram do estudo 35 idosos cuidadores, de ambos os sexos, que fazem parte da área de abrangência de três unidades básicas de saúde de um município de grande porte do sudoeste da Bahia. Utilizou-se como critério para a escolha das unidades, as equipes com o maior contingente de idosos dependentes no domicílio que recebem cuidados de um familiar.

A escolha dos idosos cuidadores foi independente de cor, raça e grupo social. Foram adotados como critérios de inclusão idosos cuidadores principais, que residiam com o idoso dependente e com condição psíquica para responder aos instrumentos de coleta da pesquisa.

Os instrumentos para obtenção dos dados da pesquisa foram organizados em duas partes. No primeiro momento foi realizada a aplicação do Mini exame do estado mental de Pfeiffer-MEEM (FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) para avaliação da condição mental do idoso para responder as questões da pesquisa. Para os participantes aptos a responder em seguida foi aplicado um questionário com questões referentes aos dados do perfil sociodemográfico do idoso cuidador, composto dos seguintes dados: gênero, idade, estado civil, escolaridade, renda, fonte de renda e profissão, no intuito de caracterizar os participantes do estudo. No segundo momento agendado previamente com o cuidador idoso, foi realizada a entrevista semiestruturada com roteiro elaborado pelos pesquisadores com questões sobre o problema da pesquisa e com a utilização de um gravador digital portátil, sendo previamente solicitada autorização para sua gravação.

A análise e interpretação dos dados sucederam com amparo do método analítico do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFEVRE; LEFEVRE, 2006; 2012) associado ao *software Dscsoft v.2.0* e da teoria da Memória Coletiva segundo Halbwachs (2006) e a teoria das Representações Sociais (2010).

A metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) tem como fundamento os pressupostos teóricos das Representações Sociais (JODELET, 1989), ao estabelecer em sua metodologia o agrupamento de representações do senso comum, compartilhadas por meio de diferentes discursos individuais, constituindo um pensamento coletivo, capaz de promover coesão acerca de um tema, fenômeno ou objeto (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

A técnica, compreende uma sequência de operações que são aplicadas à matéria-prima dos depoimentos individuais, obtendo como resultado, ao final desse processo, depoimentos

coletivos, elaborados com partes literais do conteúdo mais representativo dos distintos depoimentos que apresentam ideias semelhantes (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Assim, no DSC, o crivo do conteúdo integral contido nos depoimentos dos respondentes acontece por meio da utilização de seus operadores ou figuras metodológicas, são elas: As expressões-chave que contém extratos dos depoimentos com a essência do conteúdo; A ideia central que revela o sentido das expressões-chave e o Discurso do Sujeito Coletivo redigido na primeira pessoa do singular, o que possibilita que o pensamento coletivo fale diretamente através do discurso (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O *software* DSCsoft é um programa para o desenvolvimento de pesquisas através da utilização do método do DSC, que viabiliza as análises e recortes discursivos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Nesta etapa, para manutenção do anonimato dos participantes, utilizou-se a codificação cuidador idoso (CI), seguido por sua numeração, a fim de distinguir os entrevistados.

A pesquisa atendeu todos os requisitos éticos, sendo o projeto submetido ao Polo de Educação Permanente do município para liberação do campo de pesquisa, e posteriormente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia segundo Parecer de nº 1.875.418, CAAE nº 58813116.3.0000.0055. Todos participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo trata-se de um subprojeto do projeto matriz, denominado Qualificação dos Cuidadores e Aspectos Relacionados à Qualidade de Vida dos Idosos Dependentes na Atenção Primária e Terciária: Proposição, Implementação e Avaliação de Protocolo, do qual originou a dissertação de mestrado intitulada: “Representações Sociais e Memória do Idoso Cuidador sobre o Autocuidado”.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados dos dados sociodemográficos evidenciam o predomínio de idosos cuidadores do sexo feminino (n= 31), faixa etária entre 60 e 80 anos (n=34), estado civil referente a casada (o) (n=16), escolaridade relativa a alfabetizado (n=18), profissão referente à dona de casa (n=23), renda de um salário mínimo (n=27) e tipo de renda relacionados à aposentadoria (n=23). Os dados do perfil sociodemográfico do idoso cuidador identificado replica alguns dados clássicos observados em resultados de outras pesquisas, entretanto, a

presente pesquisa avança por revelar dados acerca de idosos cuidadores de outros idosos no contexto familiar. Embora exista uma multiplicidade de estudos referentes ao cuidador, ainda são incipientes os estudos que tratam das particularidades do cuidador de idoso que também é idoso.

Ao implementar a sistematização metodológica e instrumentos de análise do DSC correspondente as estratégias utilizadas pelos idosos cuidadores para o seu autocuidado emergiu para este eixo temático duas respectivas categorias ou ideias centrais conforme quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Eixo Temático e Categorias da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) da Pesquisa – Brasil, 2017

<b>EIXO TEMÁTICO</b>	<b>CATEGORIAS – IDEIAS CENTRAIS</b>
1 Espiritualidade, cuidados básicos e de saúde	1IC- Cuidados básicos e de saúde 2IC- Fé e Espiritualidade

Fonte: Dados do autor.

#### 1IC Cuidados Básicos e de Saúde

As ideias centrais expressam nos discursos dos participantes a representação dos cuidadores a respeito do autocuidado e do modo em que ela se materializa por meio das práticas desempenhadas para manutenção do seu bem-estar, sua saúde física, mental, e sua vida. Isso demonstra que a informação recebida e experienciada ao longo da vida, presente na memória coletiva desta amostra, têm relação direta com o tempo histórico vivido, suas relações sociais e seus quadros sociais de referência.

Conforme os preceitos de Halbwachs (2006), a rememoração acontece das representações sociais constituídas por suas interações com os grupos do passado, por uma necessidade do presente. Para o autor, os quadros sociais de referência, como família, amigos e demais grupos sociais, determinam o modo de agir, as crenças e valores que influenciarão suas práticas, inclusive acerca do seu autocuidado.

O bem-estar proveniente da adoção de hábitos e comportamentos inerentes ao estilo de vida, como alimentação e hábitos de vida saudável, abstenção de álcool e tabaco e cuidados

com a saúde mental, foram as Representações Sociais que se destacaram, conforme discursos abaixo:

Cuidado com a alimentação [...] eu dou um jeito de dormir bem [...] Alimentação, não comer sal e não comer a gordura, não sou de comer muita carne. (CI-01)

Cuido do essencial mesmo, na alimentação, faço caminhada, tomo muito chá caseiro para não tomar remédio. Comidinha sempre mais leve [...] nunca fumei, nunca bebi na minha vida. (CI-10)

A maneira que eu me cuido no meu dia a dia é... Fazer [...] minha alimentação, ter um tempo para atividade que eu faço também, é caminhada. E vou tentando comer coisa mais saudável né? (CI-18)

Observam-se aspectos subjetivos do cotidiano vivenciados através das práticas e saberes dos idosos marcados em sua memória coletiva. As representações sociais evocadas produzem o empoderamento e se favorecem deste, à medida que os cuidadores se apropriam dos conhecimentos que representam como sendo benéficos para uma vida saudável, registrados em sua memória, e deles se ocupam.

Ressalta-se que esses hábitos e comportamentos descritos influenciam na prevenção de vários agravos à saúde, dentre eles, a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, e desempenham um importante papel na habilidade funcional para a pessoa idosa.

Uma alimentação saudável se define como a oferta, em quantidade adequada, de nutrientes, rica em verduras, legumes e frutas; com controle de gorduras, sal e açúcar; com hidratação adequada e que se distribua entre quatro a seis refeições diárias (DEON et al., 2015). O autor observa, que na atualidade é expressiva a preocupação e divulgação, em todos os meios de comunicação à abordagem de temas relacionados à alimentação adequada e sua importância para o bem estar geral.

Em decorrência disso, os idosos acabam incorporando tais informações em seu cotidiano (BRAGA et al., 2015). Dessa forma, os hábitos alimentares envolvem aspectos biológicos, cognitivos, situacionais e afetivos, e devem ser considerados durante a abordagem profissional acerca de como deve ser uma boa alimentação (ALVARADO GARCÍA; LAMPREA-REYES; MURCIA-TABARES, 2017).

Uma pesquisa de revisão integrativa considerou a representação de um envelhecimento saudável de acordo com os continentes, ao avaliar a dimensão biológica, os idosos representaram a adoção de hábitos e comportamentos, de acordo com o estilo de vida, com relevo para alimentação saudável, prática de atividades físicas, não ser tabagista e nem etilista (TAVARES, et al., 2017), corroborando, assim, as representações do autocuidado dos idosos do presente trabalho. Os autores destacam que esse grupo de hábitos e comportamentos, além de favorecer a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, fazem parte prioritariamente da Política Nacional de Promoção da Saúde, sendo determinada a sua aplicação na Atenção primária à saúde através de práticas educativas coletivas, consultas e atendimentos individuais (BRASIL, 2014).

No tocante ao tabagismo e ao consumo de álcool, estes estão entre os cinco fatores de risco para DCNT, sob o olhar da Saúde Pública, somados à hipertensão arterial, obesidade e dislipidemia (SINGER et al., 2011).

A abstenção do uso de álcool e tabaco faz parte das práticas reguladoras ou restritivas utilizadas pela pessoa idosa, e demonstra que a RS constituída acerca do uso dessas substâncias tem como base o conhecimento adquirido ao longo de sua experiência de vida dos malefícios causados, em consequência do uso de substâncias psicoativas. Estudo que avaliou as práticas de autocuidado em idosos mexicanos identificou que os mesmos evitam o uso de álcool e tabaco por identificarem as consequências do uso e abuso em sua juventude (VARGAS SANTILLÁN, et al., 2018). Essas práticas vêm sendo associadas a uma melhor qualidade de vida, considerada como uma estratégia de autocuidado (FERREIRA; MEIRELES; FERREIRA, 2018).

Em relação à prática de atividade física, esta pode ser considerada como importante estratégia para a manutenção da autonomia, independência funcional e maior socialização grupal do idoso, sendo uma atividade que independe de recursos financeiros e acessíveis a todos (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015). Experiências exitosas têm sido descritas na literatura acerca da prática grupal de atividades físicas, na atenção primária à saúde, o que demonstra uma prática possível de ser replicada (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015; FERREIRA; DIETRICH; PEDRO, 2015).

Os cuidados com a saúde mental também foram apresentados nos discursos e demonstram uma visão ampliada na qual a representação do autocuidado para os idosos vai além da dimensão biológica ou física e se ancora no campo biopsicossocial. Cuidar dos

sentimentos e pensamentos almejando o autocontrole é parte do cuidado com a saúde, conforme discursos:

Cuidado na saúde e bem-estar, estar bem fisicamente e bem emocionalmente para você ter força, ter uma saúde mental para viver. (CI-12)

Não ficar nervosa já é cuidado para comigo [...] Fora isso... tomar banho e comer, quando tenho fome [...] porque nem isso eu tenho. (CI-35)

A preocupação com a saúde mental demonstra que o estado psíquico, de igual modo, sofre impacto de toda situação que permeia o cuidado no domicílio. O fato de conviver com a situação de dependência do ente querido, muitas vezes em situação de adoecimento psíquico, acrescidas a realidade de vulnerabilidade, relacionadas com o perfil sociodemográfico e as condições de saúde dos cuidadores idosos aqui identificados, pode ter relação com situações de estresse e sobrecarga.

Estudos relacionados à influência do estado emocional em processos fisiológicos concluem que as emoções contribuem para situações de adoecimento (VARGAS SANTILLAN et al, 2018).

Os discursos do sujeito coletivo anteriormente citados são carregados de muitos sentimentos que, expressados nas falas: "ter força e saúde mental para viver [...]; Não ficar nervosa já é um cuidado para comigo", revelam o quanto os cuidadores idosos foram sensibilizados para o controle psíquico/emocional, mesmo diante do relato de cuidado com a sua saúde mental como modo de autocuidado. Nas entrelinhas, como no exemplo: "comer quando tenho fome [...] Porque nem isso eu tenho", demonstra com clareza o quanto a sua condição psíquica sofre interferências negativas, provenientes das situações às quais os cuidadores estão expostos.

Os cuidadores idosos vivenciam mudanças constantes por conta do cuidado, como menor tempo para lazer e atividades sociais. Essa situação se agrava quando o cuidador se encontra em situação de vulnerabilidade, o que contribui para desencadear quadros depressivos, ansiedade, insatisfação com a vida, progressão de doenças e adoecimento (JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

O ato de cuidar é uma representação de ocupação e preocupação constante e deflagram sentimentos de ansiedade, angústia, dor, raiva, tristeza e desesperança ou até mesmo leva a sentimentos de frustração, impotência ou apego (SOUZA et al., 2015). Segundo a autora, o

cuidador, inserido nesse contexto, está sujeito a um estado de desorganização psicossocial, e este, quando persiste, impõe maior esforço de adaptação por parte dos envolvidos.

Em razão de o cuidador ser uma pessoa idosa, essa realidade se torna ainda mais preocupante, principalmente quando os estudos demonstram que o cuidador idoso, por conta da sua maturidade, cria estratégias de enfretamento e representa o cuidado de maneira menos estressante (NAGAYOSHI et al., 2018).

Pode-se inferir que tal característica do cuidador idoso de minimizar o sofrimento físico, psíquico e emocional o expõe a uma maior predisposição às psicopatologias e complicações físicas.

## 2IC Fé e Espiritualidade

Uma diversidade de estudos retrata a presença da fé e da espiritualidade de forma positiva na vida das pessoas idosas (NUNES et al, 2017; OLIVEIRA; MENEZES, 2018; REIS; MENEZES, 2017; SOUZA et al., 2017). Estes concluíram que a espiritualidade, a fé, a religião, cada um ao seu modo, fazem parte do ser e devem ser considerados pelos profissionais que assistem a pessoa idosa. As crenças em um ser superior, a fé, a espiritualidade são estratégias amplamente utilizadas pelos cuidadores para amenizar todo estresse e sobrecarga advinda da tarefa de cuidar, representado aqui como uma conduta de autocuidado (CHAVES; GIL, 2015).

As crenças não só auxiliam no enfretamento das adversidades, mas, acima de tudo, dão sentido à vida, à velhice, à dependência e ao cuidar (SOUZA et al., 2017). A fé em Deus se mostrou um componente importante na vida do cuidador idoso, considerado um elemento fundamental para subsistência, segundo os discursos que seguem:

Penso em Deus né, porque a gente [...] Eu penso na saúde [...], na fé que a gente tem porque a gente tem que tá firme pra se cuidar. (CI-15)

Fé em Deus. Firme na Fé em Deus [...] (CI-12)

É por meio da fé e da espiritualidade que muitos cuidadores têm se adaptado à situação de conviver com a doença crônica do seu familiar de maneira menos estressante e a conexão com Deus é considerada a chave para a espiritualidade (REIS; MENEZES, 2017). As autoras destacam que a espiritualidade, através dos ritos e orações, parece, de certo modo, funcionar

como regulador do estresse, da depressão e da ansiedade, e produzem a sensação de paz e felicidade, devido à alteração neuroquímica cerebral.

Isso faz da espiritualidade o “remédio” para todas as circunstâncias conflitantes vivenciadas pelo cuidador idoso. Koenig (2012) define a espiritualidade como o modo de se relacionar com o sagrado (Deus, poder superior) ou ainda a busca por respostas sobre a vida. Os recortes dos discursos abaixo desvelam a espiritualidade dos cuidadores idosos:

Cuidar é dobrar meu joelho e orar e pedir orientação a Deus [...] Só ele que pode me orientar no meu dia a dia, a primeira coisa que eu faço é a oração. (CI-08)

Cuidado com a minha a saúde [...] é mental, física né [...] espiritual essas coisas. Todas [...] pra mim a saúde é... Essas coisas toda agente tem que ter né. (CI-13)

Meus cuidados que eu tenho que tomar primeiramente é Deus. Fé em Deus. Paciência, amor, carinho, fé em Deus [...] não tem outra não. (CI-16)

Os discursos do sujeito coletivo permitiram identificar que ao mencionarem a espiritualidade como uma maneira de cuidado que transcende a necessidade da matéria (corpo) por cuidados, o sujeito se coloca no campo sobrenatural. De certo modo, desobriga-os do cuidado de si. Isso fica claro nos trechos dos discursos “Cuidar é dobrar meu joelho e pedir oração, meus cuidados que eu tenho que tomar é Deus [...] não tem outro não”.

Embora exista uma preocupação com a saúde, a crença na espiritualidade contempla todas as dimensões (biológica, psicológica, espiritual e social). Souza (2017) afirma que a espiritualidade e a religiosidade proporcionam ao cuidador e aos familiares um maior suporte emocional, social e espiritual, colaborando, assim, para que as dificuldades vivenciadas sejam interpretadas de maneira mais positiva e com melhor superação. Dessa forma, ao cuidar da pessoa idosa devem ser consideradas todas as dimensões (físico-biológico, sensorial, emocional, mental e espiritual), inclusive a espiritual, sob o prisma do princípio da integralidade, através da compreensão e respeito aos significados e referências presentes na vida do ser humano e incluí-los no processo de cuidado (OLIVEIRA; MENEZES, 2017; NUNES et al., 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as estratégias utilizadas pelos idosos cuidadores para o autocuidado foram os cuidados básicos e de saúde bem como a fé e a espiritualidade.

As reflexões que se estabelecem, solicitam dos atores sociais que compõem a rede formal e informal concernente ao cuidado, que sejam promovidas ações práticas relativas à informação e motivação para o autocuidado. Constituir o cuidado de si, responsabilizando o ator principal por seu papel na produção do autocuidado. Ainda assim, iluminar trajetos possíveis que considere sua realidade biopsicossocial e potencialize os recursos disponíveis no interior destes grupos sociais.

Na perspectiva do cenário que se apresenta, envolvendo idosos dependentes de outros idosos cuidadores, observa-se a necessidade do fomento de espaços de acolhimento dos aspectos biopsicossociais. Considera-se que essa é uma condição premente para a promoção do envelhecimento, com preservação da máxima independência e autonomia, bem como contribuição para o desenvolvimento de práticas em saúde capazes de intervir na diminuição de danos ao idoso dependente e dos seus respectivos cuidadores idosos.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados a fim de contemplarem outras áreas demográficas em regiões geográficas distintas com a finalidade de conhecer, como os idosos que cuidam estão exercendo o cuidado ao outro e o cuidado de si, surgindo como interesse também de verificar como as políticas públicas podem contribuir para melhoria da qualidade de vida destes que estão envelhecendo com dependência funcional no lar e dos seus respectivos cuidadores familiares .

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. R.; BORGES, C. D; SHUHAMA, R. O processo de cuidar de idosos restritos ao domicílio: percepções de cuidadores familiares. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 7, n. 2, p. 93-105, 2016.
- ALVARADO-GARCÍA, A; LAMPREA-REYES, L; MURCIA-TABARES, K. Nutrição no idoso: uma oportunidade para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Universitária**, v. 14, n. 3, p. 199-206, 2017.
- ANJOS, K. F. et al. Association between social support and quality of life of relative caregivers of elderly dependents. **Ciência&saude coletiva**, v. 20, p. 1321-1330, 2015.
- \_\_\_\_\_. et al. Profile of family caregivers of elderly at home. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 450-461, 2014.
- AREOSA, S. V.C. et al. Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2014.
- BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014.
- BORGES, C. L. et al. Cuidando do cuidador: intervenções para o autocuidado. **Revista de enfermagem UFPE**[online] -ISSN: 1981-8963, v. 9, n. 4, p. 7474-7481, 2015.
- BRAGA, I. B. et al. A percepção do Idoso sobre a Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. **Id on Line Revista de Psicologia**, v. 9, n. 26, p. 211-222, 2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conceitos** [internet]. 2014.[cited 2014 Apr 02]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 12 dez. 2017.
- CASTRO, L. et al. Sentimento de culpa e o suporte social no autocuidado das cuidadoras informais familiares. **Psicologia: Revista da Associação Portuguesa Psicologia**, v. 31, n. 2, 2017.
- CHAVES, L. J.; GIL, C. A. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3641-3652, 2015.
- CONFORTIN, Susana Cararo et al. Condições de vida e saúde de idosos: resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 305-317, 2017.
- DA COSTA, T. F. et al. Qualidade de vida de cuidadores de indivíduos com acidente vascular encefálico: associação com características e sobrecarga. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 245-252, 2015.

DEON, R. G. et al. Consumo de alimentos dos grupos que compõem a pirâmide alimentar americana por idosos brasileiros: uma revisão. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 26-34, 2015.

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1276-1284.

FERREIRA, J. S.; DIETRICH, S. H. C.; PEDRO, D. A. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 792-801, 2015.

FERREIRA, L. K.; MEIRELES, J. F. F.; FERREIRA, M. E. C. **Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos**: uma revisão de literatura. Disponível em: <<http://www.rbgg.com.br/mobile/arquivos/proximas-publicacoes/2018-0028.pdf>>. Acesso em: nov. 2018.

FOUCAULT, M. Hermenêutica do sujeito. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, 2013.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Tradução: Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, [1950]2006.

HEDLER, H. C. et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Revista Katálysis**, v. 19, n. 1, p. 143-153, 2016.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 480-490, 2015.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 2, p. 194-204, 2018.

JODELET, D. Représentation sociale: un domaine en expansion. In: **Les représentations Sociales**. Paris: P.U.F., 1989.

\_\_\_\_\_. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Ed.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17-44.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Pesquisa de Representação Social**. 2. ed. V. 20. Série Pesquisa–Umenfoque qualiquantitativo. Brasília: Liber Livro editora, 2012, 224p.

LIMA, Pollyanna Viana et al. Memória de idosos longevos com dependência funcional a respeito do trabalho. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 9, n. 1, 2016

LOPES, L. O.; CACHIONI, M. Psychoeducational intervention for caregivers of elderly with dementia: a systematic review. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n. 4, p. 252-261, 2012.

MACIEL, A. P. et al. Qualidade de vida e estado nutricional de cuidadores de idosos dependentes. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 179-196, 2015.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em Psicologia Social. Petrópolis: Vozes, 2010.

NAGAYOSHI, B. A. et al. Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 1, p. 44-52, 2018.

OLIVEIRA, A. L. B; MENEZES, T. M. O. The meaning of religion/religiosity for the elderly. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 770-776, 2018.

PATROCINIO, W. P. Autocuidado do cuidador e o cuidado de idosos. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 18, p. 99-113, 2015.

PEREIRA, L. T. S. et al. Um olhar sobre a saúde das mulheres cuidadoras de idosos: desafios e possibilidades. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 1, p. 277-297, 2017.

POLARO, S. H. I. et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2013, vol.66, n.2, pp.228-233. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200012>>. Acesso em: 15 out. 2018.

REIS, L. A.; MENEZES, T. M. O. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longo tempo no cotidiano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, 2017.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M.J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 19-45.

SOUZA, N. R. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes. **Saúde.com**, v. 1, n. 1, 2016.

REIS, L.A. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde do idoso em instituição de longa permanência para idosos em Vitória da Conquista/BA. **Revista InterScientia**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 50-59, dez. 2016. ISSN 2317-7217. Disponível em: <<https://periodicos.unipe.br/index.php/interscientia/article/view/47>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

RODRIGUES, I. C.; SILVA, W. H. F. O envelhecimento na sociabilidade capitalista. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, v. 2, n. Esp., p. 403-421, 2018.

TOMOMITSU, V. et al. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014.

TAVARES, R. E. et al. Healthy aging from the perspective of the elderly: an integrative review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 878-889, 2017.

VARGAS SANTILLÁN, M. L. et al. Prática de autocuidado em idosos: um estudo qualitativo numa população mexicana. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 16, p. 117-126, 2018.

## FATORES RELACIONADOS A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE EM GOIÂNIA- GOIÁS

Márcia Andréa Gonçalves Leite <sup>1</sup>  
Marcilio Sampaio dos Santos <sup>2</sup>  
Adriana Maria de Araújo Lacerda Paz <sup>3</sup>  
Olavo Leite de Macêdo Neto <sup>4</sup>

### RESUMO

**Introdução:** Com o aumento da expectativa de vida no Brasil, observa-se um crescimento no número de idosos com doenças crônicas, dentre elas, a insuficiência renal. Esta acarreta mudanças no cotidiano dos pacientes, cria limitações nas atividades diárias e gera um impacto na sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar os fatores relacionados a qualidade de vida de idosos com Doença Renal Crônica (DRC) em tratamento de hemodiálise (HD), correlacionando-a com aspectos sociodemográficos e de saúde. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa. A amostra foi composta por 50 idosos em tratamento hemodialítico, na cidade de Goiânia, em Goiás. Foram avaliados dados sociodemográficos e de saúde, e para a qualidade de vida dos indivíduos, foi utilizado o questionário genérico SF-36. **Resultados:** Foram encontradas associações entre os dados sociodemográficos com as variáveis, número de medicamentos em uso, atividades realizadas em tempo livre, caminhada e edema e a qualidade de vida. Em destaque, ao comparar as variáveis entre sexos, foram observadas diferenças entre homens e mulheres no que se refere ao tempo de diálise, à capacidade funcional, à dor corporal, à saúde geral e à depressão. **Considerações finais:** A HD afeta aspectos biopsicossociais do indivíduo, com repercussões no cotidiano. Os resultados deste estudo permitirão a criação de protocolos de cuidados na atenção à saúde do paciente dialítico e melhorias da instituição onde os mesmos estão inseridos.

**Palavras-chave:** Idosos, Insuficiência Renal Crônica, Qualidade de vida, Diálise Renal.

### INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida da população, há uma incidência maior de doenças crônicas, o que acarreta frequentemente em alterações funcionais. Dentre as doenças crônicas que acometem o idoso, destaca-se a insuficiência renal crônica (IRC). Esta é caracterizada, como uma síndrome metabólica relacionada à perda lenta, progressiva e irreversível da função renal glomerular, tubular e endócrina, superior a 50% de prejuízo dos

<sup>1</sup> Doutora em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás - UFG, [marciaagleite@hotmail.com](mailto:marciaagleite@hotmail.com);

<sup>2</sup> Doutor em enfermagem fundamental, docente da Universidade Federal do Mato Grosso- UFMT, [sempre.evolutir@gmail.com](mailto:sempre.evolutir@gmail.com);

<sup>3</sup> Mestra em saúde do adulto e da criança da Universidade Federal do Maranhão- UFMA, [adrianamarialacerda@yahoo.com.br](mailto:adrianamarialacerda@yahoo.com.br);

<sup>4</sup>Graduando do Curso de Medicina da Faculdade Estácio do Juazeiro do Norte - UFJ, [olavoleitemacedo@gmail.com](mailto:olavoleitemacedo@gmail.com).

néfrons (LEHMKULH e MAIA, 2009). Sendo que em estágios mais avançados, os rins perdem a capacidade de manter a homeostasia corporal. (PADULLA et al., 2009).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) a IRC é considerada uma doença de elevada morbidade e mortalidade, atualmente, essa doença afeta 5-10% da população mundial e sua incidência no Brasil tem aumentado, em especial, devido ao número crescente de pacientes diagnosticados, principalmente os portadores de diabetes mellitus, hipertensão arterial, bem como pelo aumento da longevidade da população. E os idosos em terapia de diálise compreenderam uma média de 31,6%, como causa da doença renal primária, 33,8% tinham hipertensão arterial e 28,5% diabetes mellitus. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2015).

A insuficiência renal crônica é atualmente um problema de saúde pública, além de prejudicar a qualidade de vida (QV) e desencadear limitações para as atividades de vida diária dos pacientes. Segundo o censo de diálise, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, em julho de 2016, o número total estimado de pacientes em diálise foi de 122.825, dentre esses, 92,0% em tratamento hemodialítico. (CINTRA et al., 2016). Compreende-se que o tratamento para o paciente com IRC não pode objetivar apenas a longevidade, mas também o fortalecimento da QV, pois não basta sobreviver, é necessário viver bem. (JOSLAND, 2013; JOSHI, 2014).

O tratamento dos pacientes portadores de IRC é fundamentado em diversos fatores, entre eles a doença de base, o estágio em que a doença se encontra, a velocidade da diminuição da filtração glomerular (controle glicêmico, pressão arterial, restrição proteica), a percepção de complicações (infecções, desequilíbrio eletrolítico, anemia, acidose, distúrbios minerais e ósseos), e controle de comorbidades, principalmente as cardiovasculares. (BASTOS, BREGMAN e KIRSZTAJN, 2010).

A hemodiálise, uma das opções para o tratamento da insuficiência renal crônica, consiste na filtração extracorpórea do sangue por intermédio de uma máquina provocando uma série de circunstâncias para o portador de IRC, afetando não só aspectos físicos, como psicológicos e sociais, e com repercussão na vida pessoal e familiar. (TAKEMOTO et al., 2011). Trata-se de um processo de filtragem e depuração do sangue de substâncias tóxicas como ureia e creatinina por meio de um filtro de hemodiálise ou capilar devido a deficiência do mecanismo no organismo do paciente com IRC. (NASCIMENTO et al., 2012). Esse processo contínuo leva a conflitos psicossociais, como alteração da imagem corporal, dependência,

perspectiva de uma morte potencial, restrições dietéticas e hídricas e alterações na interação social não só do paciente, como também da sua família.

Através da hemodiálise (HD) e de outros métodos substitutivos, pode-se assegurar a vida de pacientes por períodos indeterminados de tempo. Porém, a terapêutica da HD provoca mudanças inevitáveis na vida do paciente, como dependência de máquinas para substituir o papel dos rins, o que pode afetar a sua qualidade de vida. (LEHMKULH e MAIA, 2009). Assim, durante o processo de HD, cabe aos profissionais de saúde oferecer uma assistência integral à saúde do idoso, proporcionando ao mesmo, maiores informações sobre a doença e seu tratamento e incentivando a busca de autonomia e autocuidado, fatores esses, importantes para uma melhor QV.

O doente renal crônico (DRC) submetido à hemodiálise passa, em média, 40 horas mensais na unidade de terapia renal substitutiva, o que compromete a sua condição física e psicológica e pode causar problemas pessoais, familiares e sociais. (CASTRO et al., 2018). Com o tratamento e progressão da doença a ocorrência de limitações e prejuízo no estado mental, físico, funcional, assim como no bem estar geral e nas interações sociais é cada vez mais frequente na vida do paciente. A funcionalidade do paciente é prejudicada gerando complicações no cotidiano, restringindo as atividades diárias e comprometendo a sua qualidade de vida. Além disso, os pacientes com insuficiência renal crônica estão expostos a estresse crônico grave, pois requerem um longo período de tratamento, sem cura permanente, além de a descontinuação do tratamento é potencialmente fatal. (BASTOS et al., 2010).

Segundo Takemoto et al. (2011), 96% dos atendimentos dialíticos são realizados em unidades vinculadas ao Sistema Único de Saúde. Segundo a sociedade brasileira de nefrologia (SBN, 2015), entre as terapias de substituição da função renal, destaca-se a hemodiálise. Esta modalidade é considerada a mais utilizada na atualidade, correspondendo a aproximadamente 92,8% do tratamento de escolha, seguido de diálise peritoneal, correspondente a 7,2%. O objetivo da hemodiálise é manter ou alcançar a homeostasia do organismo proporcionando uma melhora na qualidade de vida ao indivíduo. (REIS, GUIRANDELLO e CAMPOS, 2008).

A IRC, acarreta expressivas mudanças de vida e autopercepção, implicando impactos na Qualidade de Vida (QV). Considerada um problema de saúde pública, esta afecção de caráter progressivo e irreversível, acarreta uma série de desarranjos bioquímicos, clínicos e metabólicos, responsáveis direta ou indiretamente por altas taxas de hospitalização, morbidade e mortalidade em idosos. Estas condições clínicas, somadas às suas repercussões psicossociais,

constituem-se como estressores para os pacientes, podendo causar impacto em sua qualidade de vida.

O confronto com uma doença crônica, a perspectiva de dependência de uma terapia invasiva como a hemodiálise, assim como as restrições alimentares, uso de polifarmácia e a sintomatologia para pacientes em tratamento conservador, podem gerar grandes conflitos e dificuldades de enfrentamento. Tais aspectos levam a crer que QV de pacientes possam estar prejudicadas.

O paciente renal crônico, em hemodiálise, convive constantemente com a negação e as consequências da evolução da doença, além de um tratamento doloroso e com as limitações e alterações que repercutem na sua própria QV. O enfrentamento da doença é influenciado pelas percepções da QV de cada indivíduo. As percepções positivas estão relacionadas às estratégias de como traçar uma meta ou buscar conhecimento relacionados à patologia, já as negativas são manifestadas pela negação da mesma, agindo como se ela não existisse. (FERREIRA e SILVA FILHO, 2011).

Deve-se considerar ainda que, o próprio processo de envelhecimento pode provocar modificações na condição de saúde, tornando o indivíduo mais fragilizado. Assim, durante o processo de HD, cabe aos profissionais de saúde oferecer uma assistência integral à saúde do idoso, proporcionando ao mesmo, maiores informações sobre a doença e seu tratamento e incentivando a busca de autonomia e autocuidado, fatores esses, importante para uma melhor qualidade de vida.

O termo QV é apresentado com uma ampla dimensionalidade, constituída por aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a QV é definida como a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. (FERREIRA e SILVA FILHO, 2011).

Alterações na QV, como depressão e ansiedade são problemas psiquiátricos frequentes nos pacientes em tratamento. A piora na qualidade de vida de pacientes em tratamento de hemodiálise, está relacionada ao aumento da morbidade e mortalidade por desencadear recusa do tratamento, recusa de terapia dietética que pode induzir a desnutrição, com consequente aumento da resposta inflamatória sistêmica. A literatura demonstra ainda, que pacientes portadores de doenças crônicas graves, tendem a apresentar alteração na função cognitiva e risco de autoextermínio. (AGGANIS et al., 2010; KU et al., 2012).

Conhecendo a realidade dos pacientes portadores de IRC, seus desafios e limitações, se objetivou analisar os fatores que influenciam a qualidade de vida de pacientes renais crônicos. O aprofundamento da temática se consolida uma fase essencial, a definir caminhos que venham a contribuir com a criação de protocolos clínicos e estratégias que venham suprir as necessidades desta população, maior autonomia e qualidade de vida em suas diferentes dimensões.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativa, desenvolvido na clínica de hemodiálise São Bernardo na cidade de Goiânia, estado de Goiás. A amostra foi selecionada por conveniência, de acordo com o período de coleta de dados, respeitando os critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais, ter DRC e estar em hemodiálise.

### **Protocolo do estudo**

Para a coleta, foram realizadas entrevistas que duraram em média 40 minutos, enquanto os pacientes aguardavam por consulta e pré agendados. O período de coleta dos dados se deu entre julho e dezembro de 2017.

Para a obtenção dos dados foi aplicado um questionário semiestruturado, com dados sobre o perfil sociodemográfico e questões relacionadas a saúde e hábitos de vida (fumar e beber), relação social (religião), comorbidades associadas autorrelatadas (ostearticulares, geniturinárias, cardiovasculares, respiratórias, endócrinas, neurológicas, labirintite e depressão), uso de medicamentos, atividades físicas realizadas, a sintomatologia apresentada durante ou após a hemodiálise (edemas, câimbra, hipotensão), o tempo de diagnóstico de IRC, tempo de tratamento, se fazia acompanhamento médico antes do diagnóstico clínico IRC, e a frequência semanal ao tratamento.

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário genérico SF-36, traduzido e validado no Brasil por Ciconelli et al. (1999). Este questionário é composto por 36 itens que avaliam oito dimensões: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os resultados de cada item variam de 0 a 100, sendo 0 (zero) equivalente ao maior comprometimento e 100 (cem) a nenhum comprometimento.

### **Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer (1.685.513). Todos os pacientes

assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo a Resolução CNS 466/12.

#### **Análise dos resultados e estatística:**

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica para os dados descritivos foi utilizado o programa Microsoft Office Excel e com os dados obtidos das questões sobre QV construído um banco de dados no programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 20.0.

Foi realizado o teste de normalidade de *Shapiro wilk* e, diante do comportamento não paramétrico dos dados, foram utilizados os testes não paramétricos. Para correlação geral dos dados avaliados entre as variáveis caracterizadoras e os resultados dos domínios da avaliação da qualidade de vida, foi realizado o teste de correlação de *Spearman*. Com as variáveis que resultaram em correlações significativas, os dados foram separados por sexo e comparados, com o teste de *Mann Whitney*. Em seguida feita correlação de Spearman dessas variáveis significativas com os domínios da qualidade de vida, para cada sexo. O nível de significância foi fixado em  $p \leq 0,05$ .

#### **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A amostra do estudo foi composta por 50 participantes, observou-se a predominância do sexo masculino (72,3%), média de idade (65,2) anos, estado civil (52%) relatou viver sem companheiro, e com nível de escolaridade (78%) referiram ter o ensino fundamental incompleto e (60%) dos participantes mencionaram receber apenas um salário mínimo como renda mensal e ser proveniente de aposentadoria. Observou-se que os dados sociodemográficos da pesquisa, correspondem ao que é comumente encontrado na população em tratamento da doença renal crônica, tal seja, um grupo composto por maioria masculina, nos meados de 65 anos, em maior parte aposentados ou afastados do emprego.

Quanto ao tempo de tratamento hemodialítico, apresentaram média de 4,6 anos, e uso de medicamentos, um total de (46%) da amostra do estudo, referiu fazer uso de quatro ou mais medicamentos. E quanto as comorbidades referidas (72%) apresentavam problemas cardiovasculares. No que se refere ao tempo de hemodiálise, constatou-se no estudo variação entre 2 a 192 meses, uma média de 55,80 meses (correspondendo a 4,6 anos). Similar a estes resultados encontra-se o estudo de Silva et. al. (2012) onde o tempo médio de tratamento hemodialítico foi de 5 anos.

Em relação ao número de sessões realizadas semanalmente pelos participantes do estudo, 100% da amostra relatou fazer três sessões, corroborando aos estudos de Rocha e

Araújo, (2010); TERRA, (2010). Segunda a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2015) o número de sessões varia de acordo com o estado clínico do paciente, podendo ser feita 2 a 4 vezes por semana ou até mesmo diariamente.

**Tabela 1.** Caracterização das variáveis sociodemográficas e de saúde dos pacientes renais crônicos da clínica São Bernardo. Goiânia, (GO), 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	27	54
Feminino	23	46
<b>Idade</b>		
60– 70 anos	33	66
71 – 80 anos	16	32
Acima 80 anos	1	2
<b>Anos de estudo</b>		
Menos de um ano	8	16
1 - 4 anos	13	26
5 – 8 anos	18	36
9 – ou mais	11	22
<b>Estado Conjugal</b>		
Com companheiro	24	48
Sem companheiro	26	52
<b>Renda</b>		
Não tenho	4	8
Menos de 1 salário mínimo	3	6
1 salário mínimo	30	60

**Tabela 1.** Caracterização das variáveis sociodemográficas e de saúde dos pacientes renais crônicos da clínica São Bernardo. Goiânia, (GO), 2017. Continuação

Variáveis	%	
<b>Renda</b>		
2 à 5 salários mínimo	13	26
<b>Nº medicamentos</b>		
Nenhum	4	8
Um	7	14
Dois	8	16
Três	8	16
Quatro ou mais	23	46
<b>Problemas de saúde associados</b>		
Sim	47	94
Não	3	6
<b>Comorbidades</b>		
Osteoarticulares	15	30
Geniturinárias	2	4
Cardiovasculares	36	72
Respiratórias	3	6
Gastrointestinais	21	42
Endócrinas	15	30
Neurológicas	1	2
Labirintite	6	12
Depressão	5	10

Fonte: Autor, 2017. N= (número de respondentes de cada item avaliado), dados estão apresentados em percentual.

A IRC, juntamente como tratamento hemodialítico, causa forte impacto na vida dos pacientes, uma vez que a alimentação, a vida social, a condição física, mental e também os valores que os orientam são alterados, podendo vir a comprometer outras dimensões de suas

vidas. Quando realizada a correlação dos dados do instrumento de qualidade de vida SF-36, com o questionário sociodemográfico por sexo, de acordo com as variáveis que apresentaram significância estatística, detectou-se que quatro variáveis, tiveram relação com a qualidade de vida: número de medicamentos, atividades tempo livre, caminhada e edema. Ou seja, independente do indivíduo ser homem ou mulher não existe diferença estatística entre os demais itens avaliados.

Com a diversidade de doenças apresentadas pelos idosos, é comum encontrarmos a polifarmácia (uso de 4 ou mais fármacos), que é considerada um fator intrínseco de forte relação com a IRC. A variável número de medicamentos neste estudo não revelou diferença do uso entre homens e mulheres, e apresentou moderada associação negativa nos domínios: capacidade funcional ( $r = -0,41$ ;  $p = 0,003$ ); saúde geral ( $r = -0,40$ ;  $p = 0,003$ ); e saúde mental ( $r = -0,46$ ;  $p = 0,001$ ). Sugerindo que o uso prolongado de medicamentos nas doenças crônicas compromete significativamente a qualidade de vida do indivíduo.

Em relação à prática de atividades no tempo livre, a análise estatística apresentou moderada significância no domínio capacidade funcional ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,002$ ). Sugerindo que a prática de atividades no tempo livre pode trazer benefícios na capacidade funcional e consequentemente à qualidade de vida dos indivíduos. Corroborando com o estudo de Freitas, Meereis e Gonçalves, (2014), que utilizou o SF-36 e observou que a capacidade funcional de idosos que praticavam atividade física era melhor do que dos que não praticavam ( $p = 0,000$ ). (NASCIMENTO et al, 2012).

A caminhada além de ser uma atividade acessível à todas as pessoas e não requerer habilidade especializada foi uma das modalidades em destaque, na análise de correlação foi observada moderada associação positiva ( $r = 0,56$ ;  $p = 0,00$ ) com a capacidade funcional. Quanto maior o tempo gasto em caminhada, maior foi a capacidade funcional dos pacientes entrevistados. Esses achados sugerem que os benefícios da vida ativa se estendem também para essa população de pacientes portadores de insuficiência renal crônica, corroborando com o estudo de Krug et al. (2011), que ao analisar as contribuições da caminhada como atividade física de lazer na percepção de idosos, concluiu que a caminhada contribui tanto na capacidade funcional, quanto nos estados psicológico e social.

Quando investigada a variável edema nos participantes com IRC, o resultado mostrou uma moderada correlação negativa entre edema e dor corporal ( $r = -0,44$ ;  $p = 0,001$ ). Considerando que o edema é um sinal característico de portadores de IRC, a dor pode ser consequência do um acúmulo de líquido nos espaços intersticiais, o que nos sugere que os

medicamentos podem ter minimizado a dor. Nesse contexto, sabe-se que o paciente renal crônico refere sentir diferentes tipos de dor, de intensidade e localização variáveis. Essa queixa associa-se a elevada incidência de doença óssea, a perda progressiva de massa muscular, a incidência de doenças crônicas debilitantes como o diabetes mellitus, a doenças neurológicas e a obstruções vasculares. (SILVA et al., 2013).

Os resultados do estudo de Grasseli et al. (2012); Takemoto et al. (2011), obtidos também evidenciaram correlação positiva entre os escores de bem-estar emocional com: função social, saúde geral, sintomas/ problemas e dor. Pode-se pensar que esses aspectos são mutuamente influenciáveis, não sendo possível separá-los entre causador e consequência. Assim, tanto os aspectos físicos influenciarão os psicológicos quanto os psicológicos podem afetar o físico.

Em relação ao gênero, o estudo apresentou resultados estatisticamente significativos para o gênero feminino em relação às variáveis: tempo de hemodiálise ( $p=0,029$ ); depressão ( $p=0,011$ ); capacidade funcional ( $p=0,001$ ) e saúde geral ( $p=0,022$ ), exceto o item dor corporal ( $p=0,002$ ) que obteve diferenças ao gênero masculino.

**Tabela 2.** Comparação das variáveis que apresentaram correlação entre os sexos com QV, dos pacientes renais crônico da clínica São Bernardo. Goiânia (GO), 2017.

	HOMENS	MULHERES	P
<b>Número de medicamentos em uso</b>	3,00(2,00-5,00)	5,00(4,00-5,00)	0,099
<b>Tempo de hemodiálise</b>	36,00(12,00-48,00)	60,00(30,00-96,00)*	0,029
<b>Capacidade funcional</b>	60,00(35,00-85,00)	25,00(12,50-45,000)*	0,001
<b>Dor corporal</b>	52,00(36,00-100,00)	30,00(10,00-40,50)*	0,002
<b>Saúde geral</b>	45,00(38,50-56,00)	40,00(25,00-47,00)*	0,022

Fonte: Autor, 2017. Dados apresentados como mediana (quartil1-quartil3) para dados categóricos. Estratificação por gênero com análise comparativa realizada através do teste Mann Whitney. \*,  $p<0,05$  versus gênero masculino.

Em relação ao tempo de hemodiálise as mulheres apresentaram maior tempo em tratamento dialítico ( $p=0,029$ ). O tempo de tratamento é um importante agravante de comorbidades, e estas têm sido apontadas como sendo determinantes na sobrevivência de pacientes em tratamento dialítico. (MADEIRO et al., 2010). Pacientes em HD são submetidos a inúmeras pressões psicológicas e limitações; podem-se destacar: a dependência e restrições impostas pelo

tratamento, o medo da morte, as complicações físicas da doença e as mudanças da imagem corporal.

No que diz respeito à capacidade funcional, avaliada através das atividades diárias, tais como tomar banho, vestir, levantar objetos, varrer a casa e subir escadas, avaliada entre os pacientes pesquisados de ambos os sexos, os homens apresentaram melhores escores comparado às mulheres ( $p=0,001$ ); sendo a mediana de capacidade funcional 60,00 para os homens, enquanto as mulheres 25,00. Corroborando ao resultado encontrado no estudo de Lopes et al., (2007); Poersch et al., (2015), onde se investigou a qualidade de vida de pacientes com IRC em diálise e fez a correlação entre o gênero, ambos descreveram em seus resultados que mulheres apresentaram capacidade funcional inferior comparado aos homens. Este resultado se deve às alterações hormonais e à depressão, reduzindo a QV de forma mais acentuada em mulheres. Vale ressaltar que a população era composta de idosos, e que, com o avançar da idade, as atividades do cotidiano se tornam cada vez mais difíceis de serem realizadas.

Quando avaliada o domínio dor corporal, capaz de causar limitações funcionais, tornando a execução de atividades cotidianas cada vez mais complicadas, observou-se diferença estatisticamente significativa  $p=0,002$  mostrando que homens apresentaram mais dor comparado as mulheres, de acordo com Poersch et al., (2015), que utilizando o SF-36 e comparando os escores da qualidade de vida de doentes renais crônicos apontaram associação significativa ao gênero.

Em relação à saúde geral, em ambos os sexos, quando comparado obteve-se se uma significância  $p=0,022$ ; revelando que a saúde dos homens é melhor que a das mulheres e corroborando com estudos similares com a mesma população. (CAMPOLINA, DINI e CICONELLI, 2011). O componente estado geral de saúde é avaliado através da percepção do indivíduo em relação à sua própria saúde no presente, comparando-a com os demais e o futuro da sua saúde. Nos pacientes em hemodiálise, o comprometimento do estado geral torna-se visível através dos sinais e sintomas evidenciados externamente.

Comparando o índice de depressão entre homens e mulheres, obtivemos uma significância comparando os gêneros onde  $p=0,011$ , e revelou que mulheres apresentam mais depressão que os homens. Corroborando com o estudo de (SILVA et al., 2011, NIFA e RUDNICKI, 2010). Além disso, mostrou que o índice de mulheres com depressão foi superior comparado aos homens. Assim como no estudo de Moura Junior et al., (2008), a depressão revelou ser uma das síndromes mais frequentes entre pacientes em diálise, devido às inúmeras

pressões psicológicas e as limitações na qualidade de vida impostas pelas alterações das novas condições da doença.

**Cont. Tabela 2.** Comparação das variáveis que apresentaram correlação entre os sexos com QV, dos pacientes renais crônico da clínica São Bernardo. Goiânia (GO), 2017.

		HOMENS (n)	MULHERES (n)	P
<b>Atividade no tempo livre*</b>	Não	13	13	0,744
	Sim	14	10	
<b>Caminhada*</b>	Não	15	16	0,182
	Sim	12	7	
<b>Edema*</b>	Não	20	15	0,500
	Sim	6	8	
<b>Depressão**</b>	Não	27	18	0,011
	Sim	0	5	

\* variáveis que, na avaliação de correlação geral, apresentaram significância.

\*\* variáveis que, na comparação entre os sexos, apresentaram diferença estatística.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a crescente incidência da IRC na população idosa e a necessidade do tratamento hemodialítico que contemple a QV, frente aos resultados, são necessárias intervenções no tratamento dos pacientes em hemodiálise. A contribuição deste estudo é de relevância tanto para os profissionais de saúde que lidam com esse grupo, como para o próprio paciente. O objetivo não só de garantir aumento da sobrevida, mas também proporcionar uma melhor qualidade de vida, necessitando de um incentivo aos gestores institucionais com políticas públicas eficazes para melhoria na QV dos portadores de IRC.

A pesquisa permitiu o levantamento e análise de componentes da QV de pessoas com doença renal crônica em hemodiálise, proporcionando avanços para a bibliografia na área. As mulheres do estudo apresentaram níveis mais baixos, nas variáveis: maior tempo de hemodiálise ( $p=0,029$ ); depressão ( $p=0,011$ ); capacidade funcional ( $p=0,001$ ) e saúde geral ( $p=0,022$ ), em relação aos homens. Destaca-se que a literatura evidencia a maior tendência em mulheres para depressão e a ansiedade, ponto que deve ser observado atentamente.

Quando realizada a correlação dos dados do instrumento de qualidade de vida SF-36 com o questionário sociodemográfico por sexo, de acordo com as variáveis que apresentaram significância estatística, detectou-se que quatro variáveis, tiveram relação com a qualidade de vida: número de medicamentos, atividades tempo livre, caminhada e edema. Ou seja,

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

independente do indivíduo ser homem ou mulher não existe diferença estatística entre os demais itens avaliados.

Espera-se com este estudo melhorias na elaboração de estratégias que auxiliem o planejamento e a implementação de intervenções para a manutenção e assistência prestada, aumentando a qualidade de vida dos idosos, em hemodiálise. Convém destacar como fator de limitação deste estudo, o fato de ter sido realizada uma pesquisa transversal, já que estudos longitudinais seriam importantes na investigação, sobre a contribuição dos diferentes domínios na qualidade de vida e/ou no estado de saúde do indivíduo ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

AGGANIS, Brian; WEINER, Daniel; GIANG, Lena; SCOTT, Tammy, TIGHIOUART, Hocine, GRIFFITH, John and SARNAK, Mark. Depression and cognitive function in maintenance hemodialysis patients. **American Journal Kidney Diseases**, Filadélfia, 2010.

BASTOS, Marcus Gomes; BREGMAN, Rachel; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, 2010.

CINTRA, Ricardo Sesso; LOPES, Antônio Alberto; SALDANHA, Fernando Thomé; RONALDO, Jocemir, TZANNO, Carmem Martins. Brazilian Chronic Dialysis Survey. **J Bras Nefrolo Brazilian Chronic Dial Surv**, v.39, n.3, p.261-6, 2017. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v39n3/0101-2800-jbn-39-03-0261.pdf>. Acesso 20 mar. 2019.

TAKEMOTO, Angélica Yucari; OKUBO, Patrícia; BEDENDO, João; CARREIRA, Lígia. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, 2011.

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves; DINI, Patrícia Skolaude; CICONELLI, Rozana Mesquita. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 2011.

CASTRO, Renata Ventura Ricoy de Souza; ROCHA, Renata Lacerda Prata; ARAÚJO, Bruna Fernanda Macedo; PRADO, Karen Fraga do; CARVALHO, Thais Fernanda Soares de. A Percepção do Paciente Renal Crônico Sobre a Vivência em Hemodiálise. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Belo Horizonte, 2018.

CICONELLI, Rozana Mesquita; FERRAZ, Marcos Bosi; SANTOS, Wilton; MEINÃO, Ivone; QUARESMA, Maria Rodrigues. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira Reumatologia**, São Paulo, 1999.

FERREIRA, Ricardo Correa; SILVA FILHO, Carlos. Rodrigues da. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, 2011.

FREITAS, Caroline Silva; MEEREIS, Estele Caroline Welter; GONÇALVES, Marisa Pereira. Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, 2014.

HIGA, Karina; KOST, Michele Tavares; SOARES, Dora Mian, MORAIS, Marcos César de; POLINS, Bianca Regina Guarino. Qualidade de vida de pacientes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 2008.

JOSLAND, Elizabeth. Quality of Life: what information is already available and what evidence is this based on? **Nephrology**, 2013. Disponível em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nep.12072/epdf10>. Acesso em :19 abr. 2019.

JOSHI, Veena. Quality of life in end stage renal disease patients. **World J Nephrol**, v. 3,n.4, p.308-16, 2014. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4220366/pdf/WJN-3-308.p>. Acesso em:19 abr. 2019.

MOURA JUNIOR, José; SOUZA, Carlos Marcílio de; OLIVEIRA, Irismar Reis de; MIRANDA, Roberta Oliveira; TELES, Carlos; MOURA NETO, José. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, 2008.

KU, Do Yub; PARK, Young Sook; CHANG, Hyun Jung; KIM, Sung Rok; RYU, Jeoung Whan; KIM, Woo Jim. Depression and Life Quality in Chronic Renal Failure Patients with Polyneuropathy on Hemodialysis. **Annals of Rehabilitation Medicine**, Korea, 2012.

KRUG, Rodrigo de Rosso; MARCHESAN, Moane; CONCEIÇÃO, Júlio César Rodrigues da; MAZO, Giovana Zarpellon; ANTUNES, Gabriel Aguiar; ROMITTI, Jamile Centenaro. Contribuições da caminhada como atividade física de lazer para idosos. **Licere**, Belo Horizonte, 2011.

LEHMKUHL, Adelita; MAIA, Alfredo José Moreira; MACHADO, Marcos de Oliveira. Estudo da prevalência de óbitos de pacientes com doença renal crônica associada à doença mineral óssea. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, 2009;

LOPES, Gildete Barreto; MARTINS, Maria Tereza Silveira; MATOS, Cácia Mendes; AMORIM, Josete Leão de; LEITE, Eneida Barreto; MIRANDA, Eva Alves; LOPES, Antônio Alberto. Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens em hemodiálise. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, 2007.

MADEIRO, Antônio Claudio; MACHADO, Pâmmela Dayana Lopes Carrilho; BONFIM, Isabela Melo; BRAQUEAIS, Adna Ribeiro; LIMA, Francisca Elisângela Teixeira. Adesão de portadores de insuficiência renal crônica ao tratamento de hemodiálise. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, 2010.

NASCIMENTO, Leilane Cristielle de Alencar; COUTINHO Erika Bona; SILVA, Kelson Nonato Gomes da. Efetividade do exercício físico na insuficiência renal crônica. **Fisioterapia Movimento**, Curitiba, 2012.

NIFA, Sabrina; RUDNICKI, Tânia. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, 2010.

PADULLA, Susimary Aparecida Trevisan; BURNEIKO, Regina de Miranda; BORTOLATTO, Carolina Rodrigues; MAEDA, Flávia Lieko; MORIMOTO, Juliana; SILVA, Mirian Ribeiro da; HIRAI, Patrícia Miyuki; GONÇALVES, Tatiana Manguetti; SATO, Kátia Terumi. Tempo de hemodiálise relacionado ao nível de estresse e depressão em pacientes do instituto do rim da Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente. **Revista Eletrônica de Fisioterapia da FCT/UNESP**, São Paulo, 2009.

POERSCH, Ricardo Ferreira; ANDRADE, Francini Porcher; BOSCO, Adriane Dal; ROVEDDER, Paula Maria Edit. Qualidade de vida em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise, **ConScientiae Saúde**, Portugal, 2015.

REIS, Carla. Klava dos; GUIRARDELLO, Edneis de Brito; CAMPOS, Claudinei José Gomes. O indivíduo renal crônico e as demandas de atenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 2008.

SILVA, Gabriela Escobar; ARAUJO, Marcos Antônio Nunes de; PEREZ, Fabiana; SOUZA, José Carlos. Qualidade de vida do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico em Dourados – MS. **Psicólogo informação**, São Paulo, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Censo Geral 2015. Disponível em: <http://sbn.org.br/censo-de-dialise-sbn-2015>. Acesso: 06 abr. 2019.

## Fisioterapia em idosos com zumbido: Revisão Integrativa

JULIANA CORDEIRO CARVALHO<sup>1</sup>

MONIQUE DE FREITAS GONÇALVES LIMA<sup>2</sup>

GERMANA MARIA SOARES DA CUNHA<sup>3</sup>

### Resumo

**Objetivo:** analisar os tipos de tratamentos utilizados pelos fisioterapeutas em pacientes com Zumbido. **Método:** Revisão integrativa realizada nas bases de dados: Pubmed, Scopus e Web of Science, entre 2014 a 2019 utilizando os descritores Tinnitus, Aged and Physiotherapy. **Resultados:** Foram avaliados quatro artigos, incluindo apenas estudos randomizados evidenciando-se o TENS, a acupuntura, a eletroacupuntura, técnicas de liberação miofascial na região do pescoço e jogos interativos, como estratégias de fisioterapia utilizada para auxiliar a diminuição e até o término do zumbido em idosos **Conclusão:** Evidencia-se a incipiência de artigos que abordam tratamentos fisioterapêuticos em pacientes idosos e com sintoma de zumbido, porém nos estudos encontrados percebeu-se que as estratégias de fisioterapias conseguem tratar de forma eficaz o zumbido nessa população.

Palavras-chave: Adulto Idoso. Zumbido. Fisioterapia.

### Abstract

Objective: to analyze the types of treatments used by physical therapists in patients with tinnitus. Method: Integrative review carried out in the databases: Pubmed, Scopus and Web of Science, between 2014 and 2019 using the descriptors tinnitus, aged and physiotherapy. RESULTS: Four articles were evaluated, including only randomized studies evidencing TENS, acupuncture, electroacupuncture, myofascial release techniques in the neck region and interactive games, such as physiotherapy strategies used to aid in the reduction and termination of tinnitus in the elderly Conclusion: The incipience of articles that address physiotherapeutic

<sup>1</sup> Mestranda em Gerontologia pela UFPE – E-mail: [julianacordeirocarvalho@hotmail.com](mailto:julianacordeirocarvalho@hotmail.com) ; <sup>2</sup>Mestranda em Gerontologia pela UFPE - E-mail: [monique\\_freitas@hotmail.com](mailto:monique_freitas@hotmail.com) ; <sup>3</sup> Mestranda em Ciência e Tecnologia em Saúde pela UEPB - E-mail: [germanamscunha@hotmail.com](mailto:germanamscunha@hotmail.com)

treatments in elderly patients with tinnitus symptom is evident, but in the studies found that physical therapy strategies can effectively treat tinnitus in this population.

Key-words: Aged. Tinnitus. Physiotherapy

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil está ocorrendo de modo acelerado. O número de idosos ( $\geq 60$  anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos) e deverá alcançar 32 milhões em 2020 (Veras et al., 2018). Porém envelhecer por envelhecer não basta, a longevidade é alcançado/a desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Com o envelhecimento populacional, há um aumento significativo na prevalência de doenças crônico-degenerativas. Alguns estudos populacionais têm demonstrado que no Brasil, a grande maioria dos idosos (85%) apresenta ao menos uma enfermidade crônica e, cerca de 20%, com pelo menos cinco doenças concomitantes (Silvestre et al., 2012).

Dentre essas comorbidades, podemos citar as alterações auditivas, podendo se associar ou não com sintomas do zumbido. Dentro desse contexto, o zumbido é definido como um sintoma de percepção de um som nos ouvidos ou na cabeça sem que haja produção do som por uma fonte externa. Afeta aproximadamente 15% da população mundial e esta prevalência aumenta para 33% entre os indivíduos com mais de 60 anos de idade (Pinto et al., 2010). O zumbido é um fator de intensa insatisfação no paciente idoso, por prejudicar suas atividades diárias além de proporcionar alterações emocionais e do sono (Melo et al., 2012).

Existem várias modalidades terapêuticas que tem o objetivo de eliminar e, na maioria das vezes, amenizar o sintoma do zumbido, tais como medicamentosa, Tinnitus Retraining Therapy, próteses auditivas, estimulação elétrica com implantes cocleares, biofeedback, psicoterapia e a fisioterapia (Okada et al., 2006).

Dentre os tratamentos fisioterapêuticos para o zumbido, independente da idade, inclui: agulhamento a seco dos pontos-gatilhos, miofasciaterapia, osteopatia, quiropraxia, Terapia do Atlas (Arlen's Atlas), RPG (reeducação postural global), eletroterapia (TENS, laser), alongamento, massagem, orientações posturais e exercícios domiciliares (Kaute et al., 1998; Kessiger et al., 2000; Sanchez et al., 2000).

O problema do estudo se estabelece em encontrar o tratamento através da fisioterapia que minimizem o sintoma do zumbido em idosos, a fim de desenvolver intervenções apropriadas. Na tentativa de contribuir para a ampliação do conhecimento das ações na saúde, este estudo objetivou analisar na literatura quais são as estratégias propostas pela fisioterapia para diminuir o zumbido em idosos.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão integrativa, considerada um método de estudo que possibilita a síntese do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas, que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (Polit, et al., 2006). Neste artigo, procuramos contextualizar o conhecimento entre o zumbido e a fisioterapia no público idoso.

Para o desenvolvimento da presente revisão foram percorridas as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora; definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos; busca dos artigos e seleção da amostra; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; discussão e apresentação da revisão integrativa (Beyea, et al., 2002).

Para orientar a pesquisa, elaborou-se a seguinte pergunta: Quais as evidências científicas publicadas entre os anos de 2014 à 2019 que apresentam a fisioterapia como proposta de tratamento para o zumbido em idosos?

A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2019 e foram utilizadas na seleção dos artigos, as seguintes bases de dados eletrônicas: US National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed), Scopus e Web of Science. Os artigos foram selecionados nas seguintes línguas: inglês, espanhol e português. Empregaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Aged, Physiotherapy, Tinnitus.

Os critérios de inclusão estabelecidos para a seleção dos artigos foram: estudos que abordem idosos, incluindo adultos velhos a partir dos 45 anos, artigo original; responder a questão norteadora; ter disponibilidade eletrônica na forma de texto completo, ter sido publicado no período supracitado nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos: pesquisas que consideraram indivíduos com idade inferior a 60 anos e estudos repetidos em uma ou mais bases de dados.

Seguindo critérios de exclusão, foram desconsideradas publicações referentes a teses, dissertações, resumos de congressos, anais, editoriais, comentários e opiniões, artigos de revisão.

Ainda nesta etapa, foi realizada leitura criteriosa dos títulos e resumos a fim de verificar a adequação aos seguintes critérios de inclusão: texto completo disponível online, dos quais, os resumos descrevessem os tratamentos fisioterapêuticos utilizados em pacientes com zumbido e incluísse idosos nos resultados.

Descartaram-se artigos que não trabalharam com idosos, artigos que não seguiam a temática proposta e que não estavam na íntegra. Ao final, foram selecionados 4 artigos.

Para avaliar a qualidade dos estudos selecionados foram utilizados dois instrumentos: o primeiro, adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) – Programa de habilidades em leitura crítica, integrante do “*Public Health Resource Unit*” (PHRU). O instrumento é composto por 10 itens (máximo 10 pontos), abrangendo: 1) objetivo; 2) adequação metodológica; 3) apresentação dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção da amostra; 5) procedimento para a coleta de dados; 6) relação entre o pesquisador e pesquisados; 7) consideração dos aspectos éticos; 8) procedimento para a análise dos dados; 9) apresentação dos resultados; 10) importância da pesquisa. Os estudos foram classificados de acordo com as seguintes pontuações: 06 a 10 pontos, boa qualidade metodológica e viés reduzido, e mínima de 5 pontos, qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado (Keynes, et al., 2002).

O segundo instrumento utilizado correspondeu à Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação dos Estudos (Stillwell et al., 2010), e contempla os seguintes níveis: 1) revisão sistemática ou metá análise; 2) ensaios clínicos randomizados; 3) ensaio clínico sem randomização; 4) estudos de coorte e de caso-controle; 5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; 6) único estudo descritivo ou qualitativo; 7) opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialidades. Ao final da análise destes dois instrumentos, totalizaram-se quatro artigos.

## **RESULTADOS**

Na Tabela 1, verificam-se os resultados encontrados a partir da busca pelos descritores, conforme cada base de dados.

TABELA 1- Relação dos artigos selecionados conforme Base de dados. 2019.

			ARTIGOS	
Bases de Dados	Encontrados	Pré-Selecionados	Excluídos	Analizados
PUBMED	65	4	2	2
WEB OF SCIENCE	3	0	0	0
SCOPUS	53	2	0	2
TOTAL	121	6	2	4

A base de dados que recuperou o maior número de publicações foi a Pubmed (65), Scopus (53) e em seguida o Web of Science (3). Tanto a Pubmed como a Scopus obtiveram 2 artigos cada.

Os idiomas encontrados nos artigos foram apenas em inglês. As revistas foram: BMC Complementary and Alternative Medicine, Medicine, Trials, Eur Arch Otorhinolaryngol, Musculoskeletal Science and Practice e o Games for Health Journal. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa, evidenciou-se na amostra: Ensaio Clínico Randomizado. Dessa forma, em relação à força das evidências obtidas nos artigos, quatro artigos encontraram-se com nível de evidencia II.

Os artigos foram caracterizados a partir de variáveis: título, autor, ano, país, objetivo, tipo de estudo, metodologia e resultados sendo resumidos no quadro 01.

**Quadro 02** – Apresentação da síntese dos artigos sobre a fisioterapia para o zumbido em idosos Recife, 2019.

Título/Autor/Ano/Pais	Objetivo/Tipo de Estudo/Metodologia	Resultado/ Conclusão
1. <b>Título:</b> A comparative study on the effects of systemic manual acupuncture, periauricular electroacupuncture, and digital electroacupuncture to treat tinnitus: A randomized, paralleled,	<b>Objetivo:</b> Avaliar e Comparar os efeitos de acupuntura manual, da eletroacupuntura periauricular e da eletroacupuntura distal para o tratamento de pacientes com zumbido. <b>Tipo de Estudo:</b> Randomizado de caráter exploratório. <b>Metodologia:</b> Indivíduos que tinha sofrido de zumbido idiopático durante > 2 semanas foram recrutados a partir de Maio de 2013 a Abril de 2014. Os	Trinta e nove indivíduos, com média de idade 55 anos (DP: ± 13) eram elegíveis. Nenhuma diferença da sonoridade do zumbido foi observada entre os grupos. Mas percebeu que o desconforto do zumbido diminuiu significativamente em

<p>open-labeled exploratory trial.</p> <p><b>Autores:</b> BONG, H.K.; KYUSEOK, K.; HAE, J.N.</p> <p><b>Ano:</b> 2017</p> <p><b>País:</b> Coreia</p>	<p>indivíduos foram divididos em três grupos: grupo sistêmico manual de acupuntura (MA), grupo eletroacupuntura periauricular (PE), e grupo eletroacupuntura distal (DE). Os grupos foram selecionados por sorteio. Nove pontos (TE 17, TE21, SI19, GB2, GB8, ST36, ST37, TE3 e TE9), (TE3, TE9, ST36, ST37 e) foram selecionados dois pontos de acupuntura periauriculares (TE17 e TE21), e quatro pontos distais. As sessões de tratamento foram realizadas duas vezes por semana para um total de oito sessões ao longo de 4 semanas. Utilizaram o Tinnitus Handicap Inventory (THI) para marcar o nível do zumbido e as escalas analógicas visuais altas e desconfortáveis (VAS).</p>	<p>MA e DE comparados com aqueles em PE.</p>
<p>2.</p> <p><b>Título:</b> A Pilot Randomized Controlled Trial of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Patients With Acute Tinnitus</p> <p><b>Autores:</b> Li Li,; Hao Shi ; Min Wang</p> <p><b>País:</b> China</p>	<p><b>Objetivo:</b> avaliar a eficácia do TENS para o tratamento de pacientes com zumbido agudo.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Randomizado Controlado</p> <p><b>Métodos:</b> Foram incluídos na pesquisa 46 pacientes, ambos os sexos, elegíveis com sintoma de zumbido agudo de causa não medicamentosa. Todos os pacientes eram igualmente e aleatoriamente divididos em um grupo utilizando o TENS verdadeiro e um segundo grupo utilizou um TENS falso.</p>	<p><b>Resultados:</b> Foram incluídos na pesquisa pacientes com média de idade de 50 anos (DP: ±15). Depois do tratamento de 4 semanas, os pacientes que foram submetidos a utilização do TENS verdadeiro mostrou estatisticamente eficaz no alívio de sintomas, pelos questionários TSS</p>

<p>ANO: 2018</p>	<p>Cada grupo continha 23 participantes. Todos os pacientes receberam terapia parentérica intramuscular de 1 ml de vitamina B12 por semana durante um total de 4 semanas. Já foi dito Os dois grupos ficaram por 30 min ao dia, 3 vezes por semana durante 4 semanas. Os questionários utilizados para avaliar o zumbido foram: Tinnitus Severity Scale (TSS) and Tinnitus Questionnaire (TQ). Em seguida aplicou-se o Tinnitus Handicap Inventory (THI) e o Short Form Health Survey (SF-12). Foram avaliados no início e após 4 semanas do tratamento.</p>	<p>( P &lt;. 01), TQ ( P &lt;. 01), e THI ( P &lt;. 01), e melhoria da qualidade de vida, avaliada pelo SF-12 ( P &lt;. 01), em comparação com pacientes que receberam TENS falso. <b>Conclusões:</b> Os resultados deste estudo mostraram que a TENS podem beneficiar pacientes com zumbido aguda após 4 semanas de tratamento.</p>
<p><b>3. Título:</b> Prognostic indicators for decrease in tinnitus severity after cervical physical therapy in patients with cervicogenic somatic tinnitus.</p> <p><b>Autores:</b> S. Michiels, P. Van de Heyning, S. Truijen, A. Halleman, W. De Hertogh.</p> <p><b>Ano:</b> 2017</p> <p><b>País:</b> Bélgica</p>	<p><b>Objetivo:</b> Identificar os indicadores de prognóstico para diminuição da gravidade do zumbido após fisioterapia cervical em pacientes com zumbido somático cervicogênico.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo Randomizado</p> <p><b>Metodologia:</b> Foram incluídos na pesquisa pacientes com zumbido subjetivo moderado a grave (Índice Funcional de Zumbido (TFI): 25–90 pontos) e com queixas cervicais (Neck Bournemouth Questionnaire (NBQ) &gt; 14 pontos). Todos os pacientes receberam fisioterapia multimodal cervical por 6 semanas (12 sessões). Os escores TFI e NBQ foram documentados no início do estudo,</p>	<p><b>Resultados:</b> Foram incluídos na pesquisa pacientes com média de idade de 55 anos (DP: ±10). Após as técnicas aplicadas no pescoço, percebeu-se uma melhora de 86% dos casos. Houve redução de 13 pontos em TFI. Além de descobrirem o aumento do barulho no zumbido, nas pessoas que ficavam em posturas inadequadas enquanto descansava e</p>

	<p>após o tratamento e após algumas semanas de acompanhamento. Deficiências na mobilidade da coluna cervical e função muscular foram identificados no início e após 6 semanas de intervenção.</p> <p>Tiveram uma média de idade de 50 anos (<math>\pm 15</math>)</p>	<p>também enquanto dormiam.</p>
<p><b>4. Título:</b> Randomized Controlled Trial of a Perceptual Training Game for Tinnitus Therapy.</p> <p><b>Autores:</b> WISE, K.; KOBAYASHI, K.; MAGNUSSON J.; WELCH, D.; SEARCHFIELD, GD.</p> <p><b>Ano:</b> 2016</p> <p><b>País:</b> Nova Zelândia</p>	<p><b>Objetivo:</b> Testar a viabilidade de um jogo-treino de atenção auditiva para tratar o zumbido.</p> <p><b>Metodologia:</b> Medidas de zumbido, assim como medidas comportamentais e eletrofisiológicas de atenção, foram comparados antes e após 20 dias consecutivos de sessões de treinamento de 30 minutos, utilizando um jogo desenvolvido com o LabVIEW software (National Instruments Corp., Austin, TX). Quinze participantes desempenharam um jogo-treino de atenção experimental ("Earthin"), e 16 participantes jogaram um jogo de controle ("Tetris") em seus computadores domésticos.</p>	<p><b>Resultados:</b> A média de idade variou de no grupo controle de 52.3 (<math>\pm 10.6</math>) e no segundo grupo de 62.3 (<math>\pm 4.6</math>) Houve reduções clinicamente significativas na medida da escala Tinnitus Functional Index (TFI), do Tinnitus Handicap Inventory e escalas de classificação (capacidade para ignorar e aborrecimento do zumbido).</p> <p><b>Conclusão:</b> Os resultados sugerem que o jogo de treinamento pode ter reduzido o foco no zumbido, potencialmente através de uma atenção seletiva.</p>

		<p>O "Earthin" foi superior a " Tetris " na população testada e, portanto, mostra uma opção promissora de terapia para o zumbido. Sugere-se que realizem novos trabalhos com um número maior de participantes proporcionariam melhora das evidências científicas.</p>
--	--	---

## DISCUSSÃO

Nesta revisão, foram identificadas as estratégias utilizadas para o tratamento de zumbido no âmbito da fisioterapia. Dentre elas destacaram-se a acupuntura, a eletroacupuntura, a Estimulação Elétrica Trans-Cutânea (TENS), jogos virtuais e de técnicas manuais na cervical. Foi observado que todos os artigos selecionados são estudos do tipo ensaio clínico randomizado. Houveram redução do zumbido utilizando as técnicas de jogos virtuais, fisioterapia manual na cervical e o TENS. Já a pesquisa que comparou as técnicas de acupuntura, eletroacupuntura e o TENS tiveram uma redução do desconforto do barulho mas não se alterou a sonoridade do zumbido.

Também se evidenciou que as pesquisas sobre zumbido foram realizadas em países distintos: Coreia, China, Bélgica e Nova Zelândia. McCormack, et al., (2016) realizaram uma revisão sistemática sobre a prevalência e a severidade dos zumbidos existentes na literatura. Incluíram um total de trinta e nove artigos dos mais diversos países: Estados Unidos, Egito, Nigéria, Brasil, Coreia, Japão, China, Austrália, Inglaterra, Suíça, Escócia, Noruega, Finlândia.

Rocha, et al. (2013) utilizaram a miofasciaterapia e TENS, seguido de RPG, orientações posturais e exercícios de alongamentos domiciliares em uma paciente do sexo feminino com 60 anos de idade. Acrescenta que após 10 sessões de tratamento a paciente não se queixava mais do zumbido. Uma particularidade deste estudo citado é a utilização de mais de uma técnica

para o tratamento de zumbido, contrapondo com os artigos encontrados na revisão, onde utilizaram técnicas isoladas.

Com relação a melhora do zumbido utilizando o TENS, Herraiz, et al. (2007) relatam em sua pesquisa, que os pacientes que tinham zumbido somatosensorial melhoraram 46%, dos seus sintomas, houve também a redução dos escores EVA (Escala Visual Analógica) após 2 semanas de tratamento. Corroborando com Shi, et al. (2018) onde também comprovou que em 4 semanas de tratamento, o TENS pode beneficiar pacientes com zumbido aguda.

Em uma revisão sistemática realizada por Kim, et al. (2014) mostrou que a acupuntura não trouxe uma melhora estatística nos pacientes idosos que apresentavam zumbido. Park, et al. (2019) corrobora do mesmo pensamento, onde dos 6 estudos analisados, 2 tiveram efeitos benéficos e 4 não tiveram efeitos benéficos com a utilização da acupuntura em pacientes com zumbido.

Latifpour, et al. (2019) cita que, nos pacientes com zumbido, utilizaram técnicas de alongamento do pescoço e também da mandíbula, em seguida técnicas do RPG e concluí com a utilização da acupuntura.

Com relação a função dos jogos na diminuição do zumbido, existem poucos artigos que relatam a respeito desse assunto, porém Hoare, et al. (2014) relataram que não houve diminuição do zumbido, nos pacientes, utilizando o treino de discriminação de frequência (FDT). Já no artigo de Wise et al. (2016) desenvolveram um jogo através do software LabVIEW (National Instruments Corp., Austin, TX), no qual houve uma melhora na diminuição do zumbido dos seus pacientes. É provável que o tipo de jogo, possa ou não influenciar no zumbido, já que nos dois artigos estudaram programas distintos.

No que se refere ao tempo de fisioterapia, os artigos avaliados variaram entre 12 sessões (75%) e em 20 sessões (25%). Com duração entre 30 minutos a 1 hora.

Em uma revisão sistemática realizada por Park, J. et al. (2019), selecionaram 6 artigos e concluiu que não existe um padrão de tratamento fisioterapêutico, utilizando a acupuntura e a eletroacupuntura nos pacientes que apresentam zumbido. Só um dos artigos citados na revisão de Park explicou como foi realizado a fisioterapia, no qual utilizou a eletroacupuntura por 30 min, 3 vezes por semana em 5 semanas, posicionou na orelha, mão e perna. Utilizou-se uma frequência baixa de 2hz.

Muitos artigos também citam a relação entre a Articulação Temporo Mandibular (ATM) com o zumbido, relevando a importância de avaliar essa região e conseqüentemente trata-la. Tullberg, et al.(2006) cita que utilizou técnicas da fisioterapia como: o relaxamento da

mandíbula, a retirada de pontos de tensão, exercícios isométricos e isotônicos e o laser, onde ajudaram tanto a aliviar às Disfunções Temporomandibulares (DTM) como na diminuição e até no cessamento do zumbido.

Além da fisioterapia, o ortodontista utiliza aparatos de ortopedia funcional e posteriormente a uma reabilitação oral, com o objetivo de garantir a normatização de todo o aparelho estomatognático (equilíbrio entre a musculatura e dimensão vertical e função mastigatória) (Ornellas, 2013). Por isso a importância de se realizar um trabalho multidisciplinar nos pacientes com zumbido. Nem sempre, só a fisioterapia irá tratar o zumbido.

Desta forma, demonstramos que o zumbido está sendo um assunto em alta e bastante estudado no mundo inteiro, porém em relação à fisioterapia no zumbido em idosos, ainda é um assunto escasso e pouco abordado. Necessitando mais ainda de pesquisas sobre essa temática.

Foi observado também que os instrumentos utilizados para avaliar o zumbido, no artigo foram: Tinnitus Functional Index (TFI), Tinnitus Severity Scale (TSS) and Tinnitus Questionnaire (TQ). Tinnitus Handicap Inventory (THI) e Escala Visual Analógica (EVA). Destaca-se a aplicação multiprofissional desses questionários. Deste modo, a avaliação das conseqüências do zumbido pode ser realizada de forma multidisciplinar, atenuando os déficits psicoemocionais e funcionais provocados pelo sintoma. (Dias, 2006).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Devido à alta prevalência de alterações auditivas, como o zumbido, na população idosa, há uma necessidade de compreender sua natureza e causas, a fim de melhorar a prevenção e desenvolvimento de intervenções apropriadas.

Uma das formas de tratar o zumbido seria a utilização de algumas técnicas da fisioterapia, como por exemplo, o uso do TENS, a acupuntura, a eletroacupuntura, técnicas miofasciais no pescoço e através de jogos interativos.

Através desta revisão, percebeu-se a insipiência de publicações realizadas nos últimos cinco anos com idosos que apresentavam o zumbido e as utilizações da fisioterapia para tratar esses pacientes. Portanto, é essencial o desenvolvimento de outros estudos com iniciativas diversificadas para adequar a estratégia fisioterapêutica para este público, visando melhores resultados na produção do cuidado a esta população.

## REFERENCIAS

Dias, A.; Cordeiro, R.; Corrente, J. E. Incômodo causado pelo zumbido medido pelo Questionário de Gravidade do Zumbido. Rev Saúde Pública, Vol. 40, Ed. 4, Pg. 706-11, 2006.

Herraiz, C.; Toledano, A.; Diges, I. Trans-electrical nerve stimulation (TENS) for somatic tinnitus. Progress in Brain Research, Vol. 166. 2007

Hoare, D.J. Labeke, N.V.; Cormack, A.; Sere, M. Gameplay as a Source of Intrinsic Motivation in a Randomized Controlled Trial of Auditory Training for Tinnitus. PLOS ONE. Vol. 9, Ed. 9, September 2014.

Kaute, B.B. The influence of atlas therapy on tinnitus. Int. Tinnitus J. Vol. 4, p. 165-67, 1998.

Kim, I.; Choi, J.Y.; Lee, D.H.; Choi, T.Y.; Lee, M.S.; Ernst, E. Acupuncture for the treatment of tinnitus: a systematic review of randomized clinical trials. BMC Complementary and Alternative Medicine, vol. 12, ed. 97, 2012.

Kessinger R.C.; Boneva D.V. Vertigo, Tinnitus, and hearing loss in the geriatric patient. J Manipulative Physiol Ther, vol. 23, p. 352-62, 2000.

Keynes M. Primary Care Trust. Critical Appraisal Skills Programme. London: Oxford; 2002.

Tullberg, M.; Ernberg, M. Long-term effect on tinnitus by treatment of temporomandibular disorders: A two-year follow-up by questionnaire. Acta Odontologica Scandinavica, vol. 64, ed. 89, 2006.

Marchiori L.L.M., Melo J.J., Meneses C.L. Comparison of hearing loss in Elderly with and without history of occupational noise exposure. Proceeding of the 10th International Congress on Noise as a Public Health, London, 2011.

Melo, J.J.; Meneses, C.L.; Marchiori, L.L.M. Prevalencia de zumbido, em idosos com e sem história de exposição ao ruído ocupacional. Int. Arch. Otorhinolaryngol., São Paulo - Brasil, v.16, n.2, p. 222-225, Abr/Mai/Junho - 2012

McCormack, A.A.; Edmondson, M.J.B.; Somerset, S.C. ; Hall, D. A systematic review of the reporting of tinnitus prevalence and severity. *Hearing Research*, vol. 33, ed. 7, p. 70 e 79, 2016.

Pinto P.C.L., Sanchez TG, Tomita S. Avaliação da relação entre severidade do zumbido e perda auditiva, sexo e idade do paciente. *Braz J Otorhinolaryngol*. Vol. 76, n. 1, 18-24, 2010.

Latifpour, D.H.; Grenner, J.; Sjödah, C. The Effect of a New Treatment Based on Somatosensory Stimulation in a Group of Patients with Somatically Related Tinnitus. *International Tinnitus Journal*, vol. 15, no. 1, p. 94–99, 2009.

Okada, D.M.; Onishi, E.T.; Chami, F.I.; Bornin, A.; Cassola, N.; Guerreiro, V.M. O uso da acupuntura para alívio imediato do zumbido. *Revista brasileira de otorrinolaringologia*, vol. 72, Ed. 2, março/abril 2006.

Ornellas, F. Zumbido e Disfunção das articulações ou dor temporomandibulares. Cap.7. Livro: *Zumbido – Revinter*, 2013.

Park, J.; White, A.M.A.; Ernst, E.M.D. Efficacy of Acupuncture as a Treatment for Tinnitus A Systematic Review. *Arch otolaryngol head neck surg*. Vol 124, Jan 2019.

Polit, D.F., Beck, C.T., Hungler, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Rocha, C.B.; Delgado, V. Zumbido Somatossensorial. Cap. 8. Livro: *Zumbido – Revinter*, 2013.

Sanchez TG; Rocha CB. Diagnosis of somatosensory Tinnitus. In: Moller A, Kleinjung T, Langguth B et al. (Eds.). *Textbook of tinnitus*. New York: Humana-Springer, vol. 33, p. 429-33, 2010.

Silvestre J.A. Diagnóstico sobre o processo de envelhecimento populacional e a situação do idoso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Stillwell S., Melnyk B.M., FINEOUT-OVERHOLT E, WILLIAMSON K. Evidence-based practice: step by step. *Am J Nurs*. Vol. 5, ed. 11, p. 41-7.2017

Veras, R.P.; Oliveira, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc. saúde colet. Vol. 23, ed. 6, Jun 2018.

# HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS: UMA ANÁLISE DO ESTILO DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO

Allan Batista Silva <sup>1</sup>

## RESUMO

O crescimento populacional dos idosos tem se caracterizado como uma realidade demográfica importante em todo o mundo. Com isso, verifica-se também que paralelo a esse crescimento, há um aumento em doenças crônicas e multifatoriais. A hipertensão é umas das principais causas para as doenças cardiovasculares. Portanto, o presente estudo tem como objetivo analisar o estilo de vida e a adesão ao tratamento medicamentos de idosos portadores da HAS, residentes nas capitais brasileiras. Trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados na base do VIGITEL, sendo considerados para o presente trabalho aqueles referentes as entrevistas realizadas em 2017. Neste mesmo ano foram entrevistados 12.117 idosos hipertensos. A maioria destes idosos eram do sexo feminino (69,5%), entre 65 e 69 anos (24,1%) e estudaram de 0 a 8 anos (50,6%). Quanto ao estilo de vida, observou-se que a maioria não consomem regularmente frutas e verduras, não realizam exercício físico e estão acima do peso. Outro fator preocupante é que uma parte considerável dos idosos não realizam o tratamento adequado. Desse modo, é importante que sejam realizadas ações educativas que ressaltem a importância de um estilo de vida mais saudável e da adesão adequada ao tratamento.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso, Hipertensão, Estilo de vida.

## INTRODUÇÃO

No Brasil e no mundo, o crescimento populacional dos idosos tem se caracterizado como uma realidade demográfica importante (SANTOS; COUTO; BASTONE, 2018). Segundo suas projeções estatísticas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta que há cerca de 18 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil. Para o ano de 2025, esta organização também estima que o Brasil contará com cerca de 32 milhões de idosos, tornando-se o sexto país de maior população idosa do mundo (SOUSA et al, 2018).

O aumento contingencial da população da terceira idade está relacionada a melhores condições de educação, saúde, alimentação, avanços e desenvolvimento da medicina, que refletem na melhoria da expectativa de vida, redução da mortalidade e fecundidade (OLIVEIRA et al, 2017). No entanto, verifica-se que há um aumento em doenças crônicas e multifatoriais, que geram preocupações na saúde pública em todos os níveis de atenção à

---

<sup>1</sup> Doutorando em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, allandobu@gmail.com;

saúde, devido a necessidade de cuidados integrais, uso de medicamentos contínuos e assistência médica especializada (SOUSA et al, 2018).

As doenças cardiovasculares constituem o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e são uma das principais causas de incapacidade e dependência no idoso (HORTENCIO et al, 2018; SOUSA et al, 2018). As doenças cardiovasculares são causadas principalmente pela Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), que é uma condição clínica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. A HAS aumenta os riscos do indivíduo evoluir para eventos cardiovasculares fatais e não fatais, devido as alterações funcionais e estruturais que esta doença ocasiona em órgãos, como o coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos, entre outros (ALMEIDA et al, 2017).

No Brasil, mais de 60% dos idosos são hipertensos (FALCÃO et al, 2018). Os fatores de risco para a hipertensão estão relacionados a hábitos modificáveis – como o tabagismo, obesidade, sedentarismo, uso abusivo de álcool, alimentação inadequadas, entre outros – e as características não modificáveis – como idade, sexo, histórico familiar, entre outros (SILVA; SAKON, 2018).

O controle da HAS, que tem como principal objetivo a redução da morbimortalidade de doenças cardiovasculares, conta com o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso (ALMEIDA et al, 2017; SOUSA et al, 2018). No primeiro tipo de tratamento, o indivíduo consumirá continuamente antidiuréticos que baixarão os níveis da pressão arterial sistêmica e diastólica. Já o tratamento não medicamentoso está associado as mudanças no estilo de vida e deve ser indicada como a primeira proposta terapêutica (FALCÃO et al, 2018).

A adesão terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, é tida como um comportamento complexo, pois envolve o meio ambiente, indivíduo, profissionais de saúde e assistência médica nas suas diferentes dimensões (PINHEIRO et al, 2018). Contudo, de acordo com Machado et al (2017), estudos apontam que a taxa de adesão terapêutica por parte dos idosos ao tratamento hipertensivo é baixo. Esta não adesão é um fator preocupante para a saúde pública, pois os riscos de desenvolver doenças cardiovasculares é ainda maior, além de gerar hospitalizações desnecessárias ou levar o hipertenso ao óbito, nos casos mais graves (SOUSA et al, 2018).

Estudos que buscam conhecer o estilo de vida e a prevalência da adesão ao tratamento de doenças hipertensivas em grupos vulneráveis, como os idosos, são de grande importância para direcionar as ações de atenção à saúde (GIROTTO et al, 2013). Desse modo, o presente estudo tem como objetivo analisar o estilo de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso de idosos que autorrelataram serem portadores da HAS, residentes nas capitais brasileiras.

## METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de um estudo ecológico com abordagem quantitativa. Onde os dados foram coletados na base do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL ([http://svs.aids.gov.br/bases\\_vigitel\\_viva/vigitel.php](http://svs.aids.gov.br/bases_vigitel_viva/vigitel.php)), sendo considerados para o presente trabalho os dados referentes as entrevistas realizadas entre Janeiro e Dezembro de 2017.

O VIGITEL foi implantado nas capitais das 27 Unidades Federativas do Brasil, com o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT por inquérito telefônico. Desde 2006, este inquérito é realizado anualmente e continuamente pelo Ministério da Saúde (MS), em todas as capitais dos 26 estado brasileiros e Distrito Federal, por meio de entrevistas telefônicas realizadas em amostras probabilísticas da população adulta ( $\geq 18$  anos), residentes em domicílios servidos por linhas fixas de telefone em cada cidade (BRASIL, 2018).

Em 2017 foram realizadas 53.034 entrevistas, sendo que desses foram entrevistados 21.172 idosos, onde 12.117 (57,23%) autorrelataram serem hipertensos. Dessa forma, o presente estudo conta apenas com os dados referentes aos idosos hipertensos entrevistados no ano em estudo.

Na base de dados do VIGITEL foram coletadas informações referentes as: característica demográfica e socioeconômicas dos idosos hipertensos (sexo; idade – transformada em faixa etária; estado civil; e nível de escolaridade); características do padrão de alimentação e de atividade física (consumo regular de frutas e verduras; realização, tipo e frequência de exercício físico); frequência do consumo de cigarros e de bebidas alcoólicas; autoavaliação do estado de saúde, fazendo referência ao diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial e diabetes, assim como a sua adesão ao tratamento. Além disso, a partir do peso e da altura referida, foram coletadas as informações sobre o excesso de peso e obesidade dos idosos entrevistados.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Office Excel* e submetidos ao *software SPSS – Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20. Para avaliar a possível associação entre as variáveis (consumo regular de frutas e verduras; exercício físico; fumante; fumante passivo no domicílio; consumo de bebida alcoólica, excesso de peso; obesidade; e diagnóstico de Diabetes Mellitus) e o sexo dos idosos hipertensos entrevistados, utilizou-se o teste não-paramétrico Qui-quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%.

Por se tratar de dados de domínio público, onde não há identificação dos participantes da pesquisa, não se faz necessária a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução n° 466/12 e Resolução n° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A população brasileira está passando por um rápido processo de envelhecimento e com esse crescimento, aumenta também o risco de desenvolver DCNT, principalmente a HAS. Contribuindo com boa parte das mortes por doença cardiovascular no Brasil, há cerca de 36 milhões de adultos com diagnóstico de HAS, sendo 60% idosos (CAVALCANTI et al, 2019).

O VIGITEL é um dos inquéritos que permite monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT, contribuindo assim para embasar a elaboração de políticas públicas de saúde, segundo a situação de saúde da população (ISER et al, 2012; ANDRADE et al, 2014).

Os resultados do presente trabalho revelaram que dentre os 12.117 idosos que autorrelaram serem hipertensos, 3.934 (32,5%) eram da Região Nordeste, 2.344 (19,3%) da Região Centro-Oeste, 2.018 (16,7%) Região Sudeste, 1.927 (15,9%) Região Norte e 1.894 (15,6%) Região Sul do país.

Tida como uma doença vascular de maior magnitude no mundo, a hipertensão também gera um grande impacto social, em especial no Brasil, onde esta condição é a primeira causa de óbito por doenças cardiovasculares (ANDRADE et al, 2014). Reforçando assim a importância e a necessidade de avaliar o estilo de vida dos idosos hipertensos no país, assim como da sua adesão ao tratamento, afim de traçar metas para evitar complicações severas.

### ***Características demográficas e socioeconômicas***

No presente trabalho, observou-se que a maioria dos idosos hipertensos eram do sexo feminino (69,5%), entre 65 e 69 anos (24,1%) e estudaram de 0 a 8 anos (50,6%), como pode ser visto na Tabela 1. Ainda na Tabela 1 é possível observar que 11.921 idosos que informaram o estado civil, 44,9% estavam casados legalmente.

**Tabela 1:** Características demográficas e socioeconômicas dos idosos entrevistados, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	3.692	30,5
Feminino	8.425	69,5
Total	12.117	100
<b>Faixa Etária</b>		
60 a 64 anos	2.716	22,4
65 a 69 anos	2.916	24,1
70 a 74 anos	2.619	21,6
75 a 79 anos	1.911	15,8
80 anos ou mais	1.955	16,1
Total	12.117	100
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>		
0 a 8 anos	6.133	50,6
9 a 11 anos	3.056	25,2
12 anos ou mais	2.928	24,2
Total	12.117	100
<b>Estado Civil</b>		
Solteiro	1.397	11,7
Casado legalmente	5.357	44,9
União estável	531	4,5
Viúvo	3.458	29
Separado	1.178	9,9
<b>Total</b>	<b>11.921</b>	<b>100</b>

Fonte: VIGITEL, 2017.

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto de Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a esperança de vida ao nascer para as mulheres é 77,31 anos, enquanto que no homem esse valor é de 69,77 anos (ALTAS BRASIL, 2013). Além disso, a prevalência da HAS entre o sexo feminino pode ser explicado pelo fato deste grupo utilizarem os serviços de saúde com maior frequência, resultando assim numa proporção maior de diagnóstico médico entre as mulheres (MURARO et al, 2013).

### *Alimentação e atividade física*

Quanto as características do padrão de alimentação, observou-se que 6.570 não consomem regularmente frutas e verduras, ou seja, a maioria dos idosos com hipertensão consomem esses alimentos cinco vezes ou mais por semana. Além disso, foi possível verificar que ao nível de 95% de confiança, houve diferença estatística significativa entre o sexo e o consumo regular de frutas e verduras, com p-valor<0,001 (TABELA 2).

Durante o envelhecimento o organismo do idoso apresenta alterações que podem influenciar na sua nutrição. Além disso, outros fatores como as baixas condições financeiras,

presença de enfermidade, uso de medicamentos, incapacidade física e isolamento social podem dificultar o acesso aos alimentos (FERREIRA; MONTEIRO; SIMÕES, 2018).

Em relação a prática de exercício físico, verificou-se que houve diferença estatística significativa entre os sexos ( $p$ -valor $<0,001$ ), sendo que a inatividade física foi maior entre as mulheres do que entre os homens, como pode ser visto na Tabela 2.

Segundo dados da OMS (2018), as mulheres são menos ativas do que os homens em todo o mundo. Em alguns países, como Bangladesh, Índia, Iraque, Estados Unidos e Reino Unido, essa diferença é considerável, chegando a registrar até 40% em mulheres contra 16% em homens. Ainda de acordo com a OMS, em 2016, uma em cada 3 mulheres e um em cada quatro homens não realizavam atividade física recomendada.

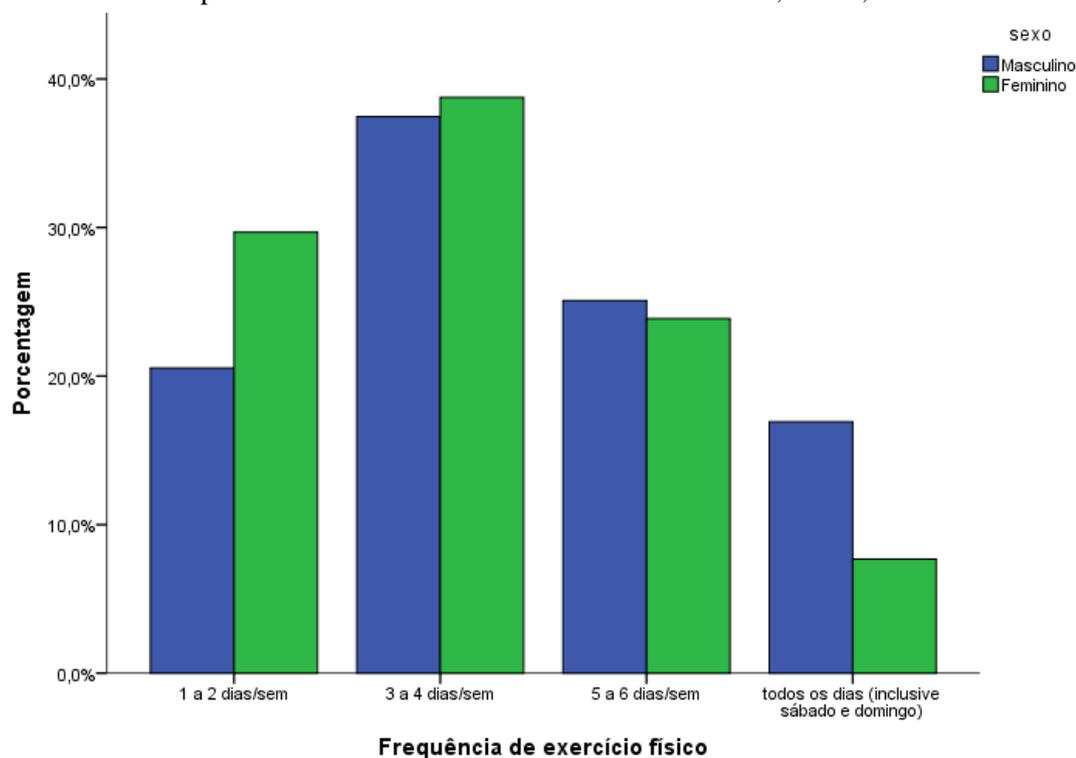
**Tabela 2:** Distribuição do consumo regular de frutas e verduras, e da prática de exercício físico, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
Consumo regular de frutas e verduras	n	%	n	%	n	%	
Sim	1.442	26	4.105	74	5.547	100	<0,001
Não	2.250	34,2	4.320	65,8	6.570	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	
Exercício físico	n	%	n	%	n	%	
Sim	2.018	35,7	3.636	64,3	5.654	100	<0,001
Não	1.674	25,9	4.789	74,1	6.463	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

Do total, a maioria das pessoas de ambos os sexos realizam exercício físico de 3 a 4 dias por semana, registrando um percentual de 38,8% entre as mulheres e 37,5% entre os homens (GRÁFICO 1). Os cinco tipos de exercício físico mais prevalente foram: caminhada (56,2%), ginástica em geral (12,4%), hidroginástica (9,8%), musculação (4,7%) e bicicleta (3,4%).

**Gráfico 1:** Frequência da prática de exercício físico, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

Com o envelhecimento, o nível de atividade física reduz, fazendo com que o gasto de energia seja menor do que a ingesta de alimentos (MALTA et al, 2016). A literatura também traz que pequenas mudanças nos hábitos e estilo de vida dos idosos, representa mudanças fundamentais para o tratamento da hipertensão (HORTENCIO et al, 2018). Portanto, é importante que o idoso seja inserido em programas de exercícios físicos para a aumentar o gasto energético e assim diminuir os risco da obesidade e dislipidemia.

No Brasil o MS adota as recomendações da OMS, que de acordo com a última atualização, de 2011, orienta que os adultos com 65 anos ou mais devem realizar pelo menos 150 minutos de atividade física aeróbica de intensidade moderada por semana ou 75 minutos de atividade aeróbica de intensidade vigorosa por semana. Além de melhorar a aptidão cardiovascular, muscular, óssea e funcional desse grupo etário, essas recomendações promovem uma redução de risco da DCNT, depressão e déficit cognitivo (OMS, 2011).

### ***Excesso de peso e obesidade***

A partir do peso e da altura relatada pelos idosos, foi possível calcular o Índice de Massa Corpórea (IMC) e assim classifica-los como com excesso de peso ou obesos. Desse

modo, os resultados do presente estudo revelaram que dentre os idosos que autorrelataram serem hipertensos, 7.193 estavam com excesso de peso ( $25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$ ) e 2.761 obesos ( $30 \leq \text{IMC} \leq 115$ ). Ressalta-se ainda que, ao nível de 95% de confiança, é possível afirmar que há associação significativa entre a variável sexo e as variáveis excesso de peso e obesidade, com p-valor=0,032 e p-valor<0,001, respectivamente (TABELA 3).

**Tabela 3:** Distribuição do excesso de peso e obesidade, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais do estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino				
	n	%	n	%	n	%	
<b>Excesso de peso</b>							
Sim	2.484	34,5	4.709	65,5	7.193	100	0,032
Não	1.075	32,4	2.242	67,6	3.317	100	
Total	3.559	33,9	6.951	66,1	10.510	100	
<b>Obesidade</b>							
Sim	853	30,9	1.908	69,1	2.761	100	<0,001
Não	2.706	34,9	5.043	65,1	7.749	100	
Total	3.559	33,9	6.951	66,1	10.510	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

Muraro et al (2013) estima que o excesso de peso está associado em 20 a 30% com o aumento do risco da HAS, aumentando assim o risco de desenvolverem complicações mais severas das DCNT. Esse risco aumenta nas mulheres, pois esse grupo acumula mais gordura visceral e subcutânea do que os homens, além disso a menopausa é acompanhada pela adiposidade e aumento do peso (SILVEIRA; VIEIRA; SOUZA, 2018). Reforçando assim a necessidade dos idosos, principalmente as mulheres, de realizarem atividades físicas dentro do recomendado pelo MS.

### ***Fumo e bebidas alcoólicas***

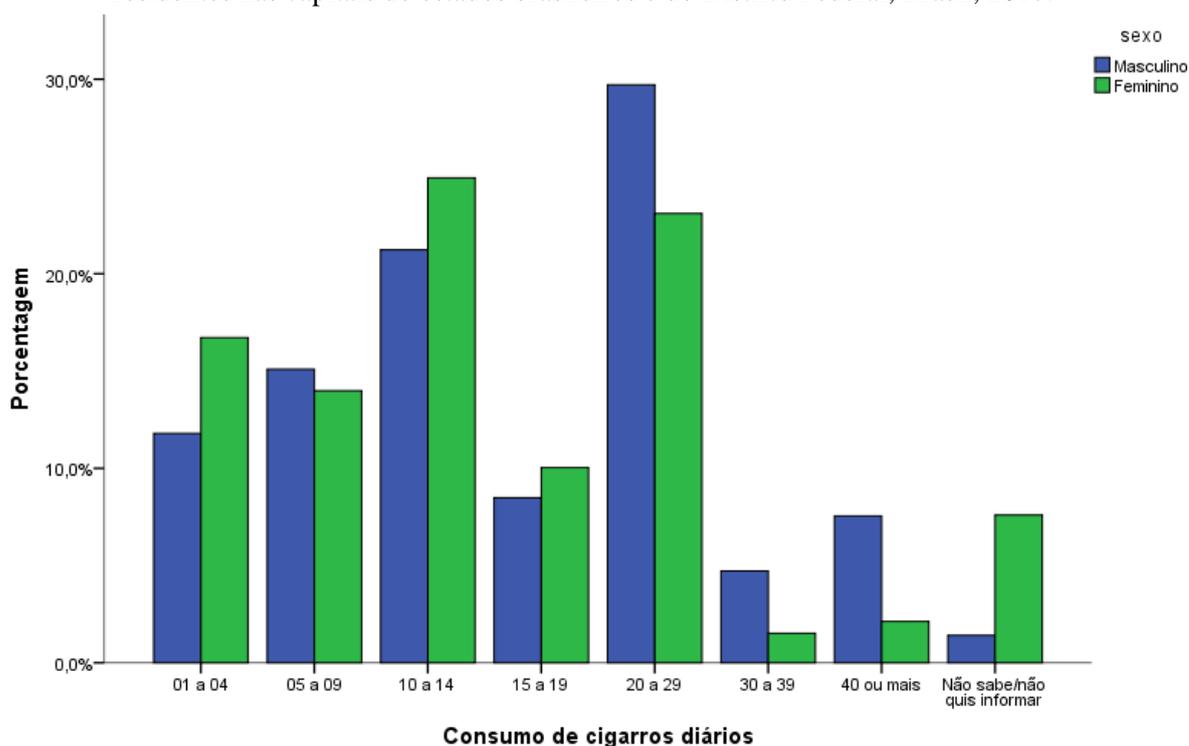
Quanto ao fumo, observou-se que a maioria dos idosos hipertensos não eram fumantes. No entanto, dentre os 611 idosos que fumavam, 59,7% eram do sexo feminino. Além disso, verificou-se que, ao nível de 95% de confiança, há diferença estatística significativa entre o sexo e ser ou não fumante, com p-valor<0,001 (TABELA 4). O número de cigarros consumidos diariamente pelo idosos hipertensos pode ser visto no Gráfico 2.

**Tabela 4:** Distribuição dos fumantes e fumantes passivo em domicílio, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
<b>Fumante</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	246	40,3	365	59,7	611	100	<0,001
Não	3.446	29,9	8.060	70,1	11.506	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	
<b>Fumante passivo no domicílio</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
Sim	136	28	350	72	486	100	<0,001
Não	3.556	30,6	8.075	69,4	11.632	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

**Gráfico 2:** Frequência do consumo de cigarros diários, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

Além disso, ainda na Tabela 4, foi possível observar que 486 idosos são fumantes passivos no domicílio, sendo que houve diferença estatística significativa entre os sexos (p-valor<0,001).

Acredita-se que a maior prevalência de mulheres idosas fumantes, se dá devido as práticas e estilos de vida de quando mais jovens, influenciadas principalmente pela sua maior participação na sociedade e pela mídia. Segundo Malta et al (2017), no início do século XX, além das mensagens de força, virilidade e poder associada ao uso da erva, as propagandas de

cigarro buscavam favorecer a igualdade entre os gêneros e consolidar a emancipação das mulheres e a autoafirmação. Porém, já foi comprado que o consumo de tabaco é considerada um importante fator de risco para as DCNT, sendo o combate ao seu consumo um dos principais focos das políticas públicas vigentes (OMS, 2019).

No Brasil a sua utilização está relacionado a cerca de 13% das mortes, principalmente as relacionadas às DCNT, gerando para o Sistema Único de Saúde (SUS) um custo anual de cerca de 21 bilhões de reais (MALTA et al, 2013). Além do mais, Cavalcanti et al (2019), afirmam que a não ocorrência de picos hipertensivos são influenciados significativamente pela abstenção ao tabagismo. Enfatizando assim a necessidade de reduzir ou de se abster do hábito de fumar para controlar os valores da pressão arterial.

Ao serem questionados sobre o consumo de bebidas alcoólicas, 2.935 idosos relataram que sim, sendo que este consumo é mais frequente no sexo masculino, com um percentual de 56,3%. Ao nível de 95% de confiança, é possível afirmar que há diferença estatística significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e o sexo ( $p$ -valor $<0,001$ ), como pode ser verificado na Tabela 5. A frequência semanal deste consumo pode ser observado no Gráfico 3.

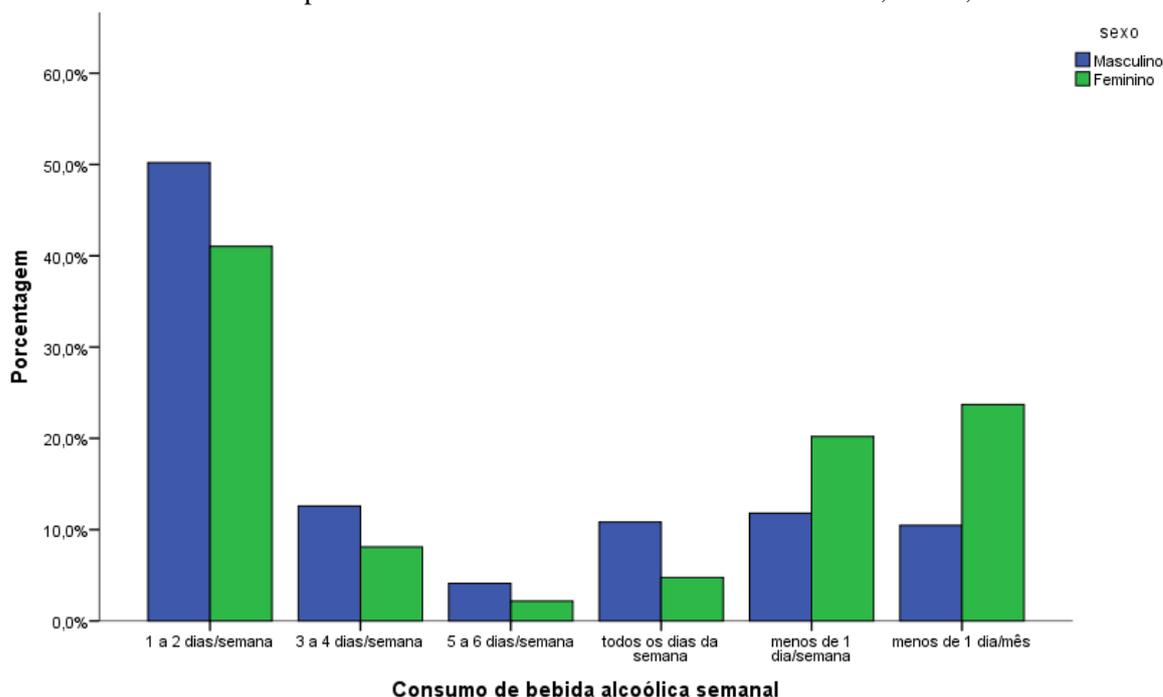
**Tabela 5:** Distribuição do consumo de bebidas alcoólicas, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
Consumo de bebida alcoólica	n	%	n	%	n	%	
Sim	1.653	56,3	1.282	43,7	2.935	100	<0,001
Não	2.038	22,2	7.140	77,8	9.178	100	
Total	3.691	30,5	8.422	69,5	12.113	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

Um fator preocupante é que de acordo com a literatura, o consumo de bebidas alcoólicas vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos entre os idosos de ambos os sexos. Munhoz et al (2017), mostraram que entre 2006 e 2013, o consumo abusivo de álcool aumentou em pessoas com idade acima de 60 anos, sendo que o incremento ao longo dos anos foi maior entre as mulheres do que nos homens. Estes autores apontam que as mulheres com idade de 60 a 69 anos e de 70 anos ou mais, apresentaram um aumento no consumo de álcool de 11,3% e 12,7% ao ano, respectivamente. Enquanto que os homens de 60 a 69 anos foi identificado um incremento de 5,3% ao ano e os com idade acima de 70 anos, o aumento de 10,2% ao ano.

**Gráfico 3:** Frequência do consumo semanal de bebida alcoólica, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

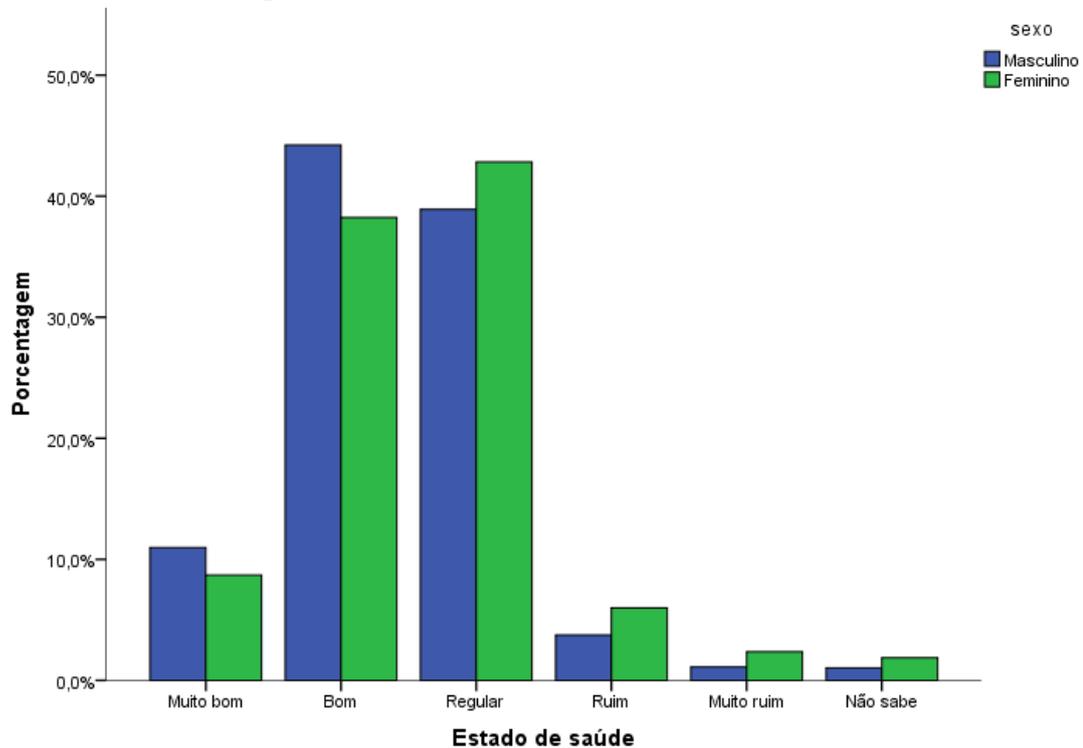


Fonte: VIGITEL, 2017.

### *Autoavaliação do estado de saúde*

Ao serem questionados sobre a percepção do estado atual de saúde, a maioria das mulheres idosas responderam que autoavaliam o estado da sua saúde como regular, enquanto que a maioria dos homens relataram considerar bom, como pode ser visto no Gráfico 4. Dessa forma, faz-se necessário a realização de intervenções educativas que possam mostrar ao idoso a importância do autocuidado, assim como da sua responsabilidade quanto a manutenção de uma boa saúde (MACHADO et al, 2017).

**Gráfico 4:** Frequência da autoavaliação do estado de saúde, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

Em relação ao diagnóstico médico prévio de Diabetes Mellitus, observou-se que 8.894 dos idosos entrevistados não são diabeticos e 3.223 são diabeticos e hipertensos. Além disso, ao nível de 95% de confiança, é possível afirmar que não há diferença estatística significativa entre o diagnóstico de Diabetes Mellitus e o sexo dos entrevistados ( $p$ -valor=0,061), como pode ser verificado na Tabela 6.

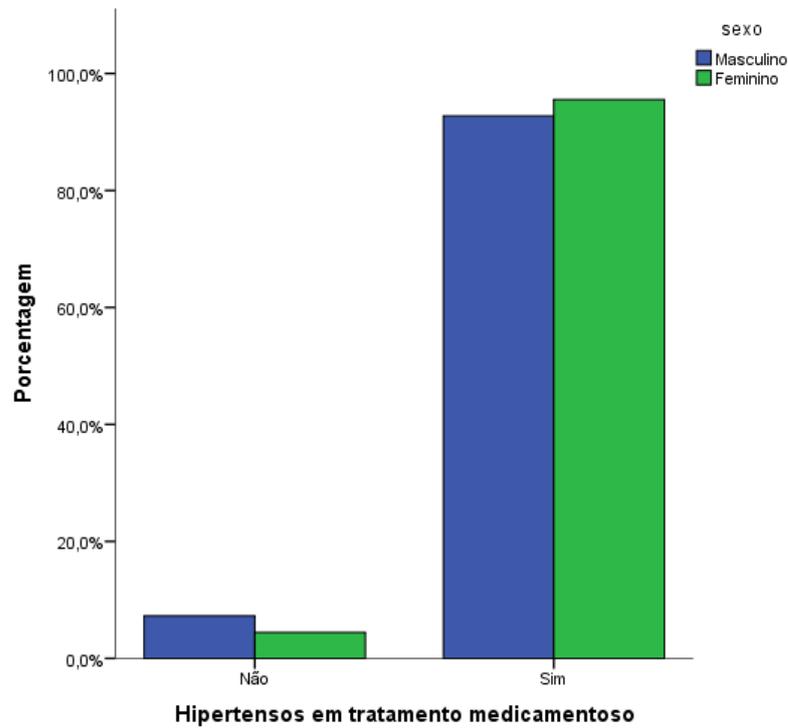
**Tabela 6:** Distribuição do diagnóstico médico de Diabetes Mellitus, segundo sexo dos idosos hipertensos, residentes nas capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal, Brasil, 2017.

Variável	Sexo				Total		p-valor*
	Masculino		Feminino		n	%	
Diabetes Mellitus	n	%	n	%	n	%	
Sim	1.024	31,8	2.199	68,2	3.223	100	0,061
Não	2.668	30	6.226	70	8.894	100	
Total	3.692	30,5	8.425	69,5	12.117	100	

\*p-valor do Teste Qui-quadrado de Pearson. Fonte: VIGITEL, 2017.

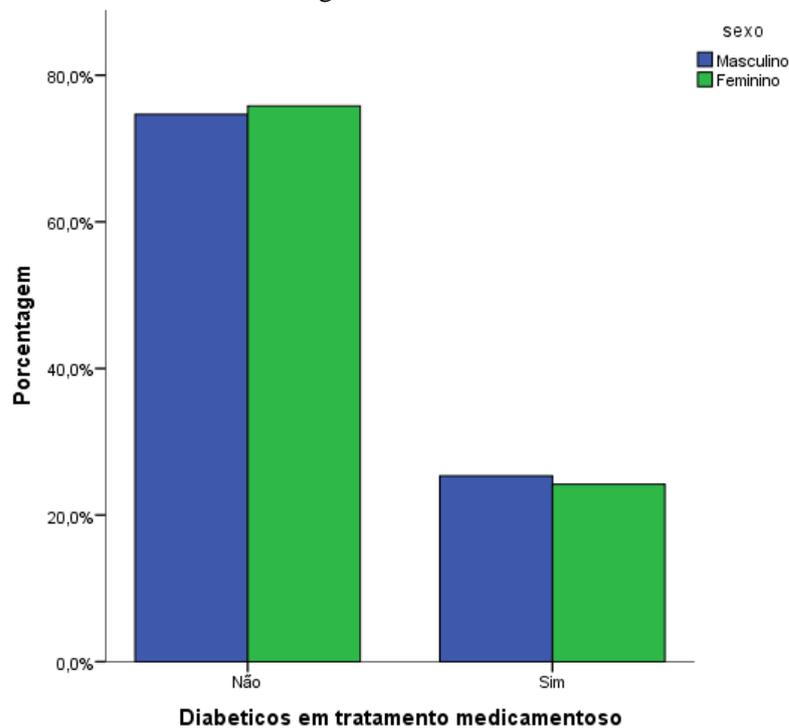
Apesar da maioria dos idosos hipertensos estarem em tratamento medicamentoso, 642 pessoas relataram que não fazem o tratamento medicamentoso (GRÁFICO 5). Já em relação aos idosos que, além da hipertensão também são diabeticos, 9.143 não fazem o tratamento medicamentoso, como pode ser visto no Gráfico 6.

**Gráfico 5:** Distribuição dos idosos hipertensos em tratamento medicamentoso, segundo sexo, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

**Gráfico 6:** Distribuição dos idosos hipertensos e diabéticos em tratamento medicamentoso para diabetes, segundo sexo, Brasil, 2017.



Fonte: VIGITEL, 2017.

A não adesão ao tratamento para a hipertensão e a diabetes aumentam os riscos de desenvolver lesões de órgãos e outras complicações mais severas para a saúde do idoso (CAVALCANTI et al, 2017). Sendo que a maior dificuldade na adesão ao tratamento da hipertensão se dá pelas mudanças no estilo de vida, que envolvem cuidados com a dieta, controle na ingestão de álcool, cessação do fumo, redução e manutenção do peso, e realização regular de atividades físicas (MACHADO et al, 2017; PINHEIRO et al, 2018).

Para o tratamento medicamentoso, uma alternativa para melhorar a adesão a esse tipo de tratamento, seria a escolha de um medicamento com menor número de doses diárias (DALLACOSTA; RESTELATTO; TURRA, 2019). Como o tratamento para a HAS se trata de uma questão complexa, que envolve a pessoa, doença/tratamento, serviço de saúde e ambiente (PINHEIRO et al, 2018). É importante que os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, tenham uma rotina de atendimento e acompanhamento desses idosos hipertensos, afim de detectar precocemente os riscos cardiovasculares, traçar metas para mudanças de estilo de vida e encorajar a participação do idoso no autocuidado (ANDRADE et al, 2014; MACHADO et al, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do que foi exposto no presente trabalho, observa-se que os idosos residentes das capitais brasileiras e Distrito Federal apresentam estilos de vida inadequados – como o não consumo regular de frutas e verduras, inatividade física, tabagismo, consumo de bebidas alcólicas, excesso de peso e obesidade, que podem levá-los ao desenvolvimento de outras doenças cardiovasculares ou de complicações mais severas da hipertensão. Também verificou-se que há uma considerável não adesão ao tratamento recomendado para a hipertensão e diabetes.

Esta atual situação é bastante preocupante, considerando que tais comportamentos e fatores se somam ao fato de que os idosos já são hipertensos e, conseqüentemente, possuem um risco considerável de apresentarem problemas cardiovasculares indesejáveis.

Dessa forma, é importante que os profissionais de saúde alertem os idosos hipertensos quanto a importância das mudanças dos hábitos de vida e da adesão ao tratamento, durante os atendimentos individuais e através de ações educativas lúdicas realizadas em grupo. Reforçando a importância do idoso na participação das ações de prevenção e controle das doenças, o que promove a autonomia e o autocuidado, além do envelhecimento saudável.

Destaca-se ainda que, esta conscientização deve ser intensificada principalmente entre as mulheres, pois o presente trabalho detectou que esse grupo apresenta uma frequência ainda maior dos hábitos de vida considerados inadequados.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S. et al. Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.11, n.12, p.4826-37, 2017.

ANDRADE, S. S. C. A. et al. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, vol.17, suppl.1, p.215-226, 2014.

ATLAS BRASIL, Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. **Esperança de vida ao nascer, Brasil**. 2013. Disponível em: < <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>> Acesso em: 28 de Abril de 2019.

BRASIL, MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2017: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal em 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CAVALCANTI, M. V. A. et al. Hábitos de vida de homens idosos hipertensos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.40, p.e20180115, 2019.

DALLACOSTA, F. M.; RESTELATTO, M. T. R.; TURRA, L. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. **Revista On Line de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.11, n.1, p.113-7, 2019.

FALCÃO, A. S. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n.2, p.1-10, 2018.

FERREIRA, C. C. D. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos: evidências com base em inquérito telefônico. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n.1, p.1-10, 2018.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1763-72, 2013.

HORTENCIO, M. N. S. et al. Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.31, n.2, p.1-9, 2018.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil – principais resultados do Vigitel 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p.2343-56, 2012.

MACHADO, A. L. G. et al. Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento de idosos com hipertensão. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.11, n.12, p.4906-12, 2017.

MALTA, D. C. et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, sup.3, p.e00134915, 2017.

MALTA, D. C. et al. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1061-69, 2016.

MALTA, D. C. et al. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.4, p.812-22, 2013.

MUNHOZ, T. N. et al. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos de Saúde Pública**, v.33, n.7, p.e00104516, 2017.

MURARO, NA. P. et al. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.5, p.1387-98, 2013.

OLIVEIRA, M. S. N. et al. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.7, n.3, p.490-503, 2017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Determinantes sociais e riscos para a saúde, doenças crônicas não transmissíveis e saúde mental**, 2018. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5753:mais-de-1-4-bilhao-de-adultos-correm-risco-de-desenvolver-doencas-por-inatividade-fisica-em-todo-o-mundo&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5753:mais-de-1-4-bilhao-de-adultos-correm-risco-de-desenvolver-doencas-por-inatividade-fisica-em-todo-o-mundo&Itemid=839)> Acesso em: 30 de Abril de 2019.

\_\_\_\_\_, Organização Mundial da Saúde. **Global recommendations on physical activity for health**, 2011. Disponível em: <<https://www.who.int/dietphysicalactivity/physical-activity-recommendations-65years.pdf?ua=1>> Acesso em: 30 de Abril de 2019.

\_\_\_\_\_, Organização Mundial da Saúde. **Tabagismo**, 2019. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=574:tabagismo&Itemid=463](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=574:tabagismo&Itemid=463)> Acesso em: 30 de Abril de 2019.

PINHEIRO, F. M. et al. Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste**, v.8, n.e1938, 2018.

SANTOS, E.C.; COUTO, B. M.; BASTONE, A. C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde e idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sciences**, v.43, n.1, p.47-54, 2018.

SILVA, R. A. R.; SAKON, P. O. R. Auto percepção dos estado de saúde de hipertensos. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.12, n.7, p.1826-34, 2018.

SILVEIRA, E. A.; VIEIRA, L. L.; SOUZA, J. D. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.3, 903-12, 2018.

SOUSA, R. C. et al. Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.12, n.1, p.216-23, 2018.

## HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NO PROJETO DE EXTENSÃO ATIVA IDADE - A PRÁTICA LÚDICA COMO FATOR POTENCIALIZADOR

Renata Cardoso Rocha-Madruga<sup>1</sup>  
Antares Silveira Santos<sup>2</sup>  
Adilson Avelino da Silva Filho<sup>3</sup>  
Gabriella Barreto Soares<sup>4</sup>

### RESUMO

O processo de envelhecimento traz consigo mudanças fisiológicas, existindo a necessidade de cuidados crescentes voltados para a prática de promoção e prevenção, através da humanização da saúde, tendo como uma das ferramentas a utilização de atividades lúdicas. A formação dos profissionais mostra-se deficiente nesse aspecto, colocando a realização de projetos de extensão como meio de suprir essa necessidade. Esse Relato de Experiência tem como objetivo descrever as vivências de graduandos de diversos cursos no projeto de extensão da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade. Foram realizadas atividades trabalhadas com idosos de forma lúdica, com metodologias ativas, sobre temáticas relacionadas ao envelhecimento saudável. Buscou-se, dessa forma, suprir as necessidades em saúde existentes, fornecendo informações e cuidados para a comunidade de duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). O projeto também ofertou aos graduandos a experiência do trabalho humanizado no sistema de saúde público, capacitando-os para a vida profissional. Observou-se que a partir das atividades realizadas, houve a criação do vínculo entre a comunidade e estudantes, além de ter aumentado o interesse dos idosos acerca de assuntos relacionados com a saúde e, dessa forma, empoderando-os.

**Palavras-chave:** Humanização da assistência, Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Atenção Primária à Saúde, Saúde do idoso.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo progressivo, em que há alterações morfológicas, bioquímicas e funcionais, com redução na capacidade homeostática, dessa forma, concomitantemente com a necessidade de novas pesquisas, há a necessidade de que uma nova concepção do idoso em termos de promoção e prevenção, seja formada visando contribuir para um envelhecimento saudável (PADOIN et al, 2010).

A prática de promoção a saúde e prevenção de doenças deve ser atrelada aos cuidados humanizados em saúde, de modo a contribuir de forma eficaz na disseminação de

<sup>1</sup> Doutor pelo Curso de Odontologia da Universidade Universidade de Pernambuco - UPE, [renatacardosorochemadruga@gmail.com](mailto:renatacardosorochemadruga@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduando pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [antaressantos@gmail.com](mailto:antaressantos@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduando pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, [adilsoninga@hotmail.com](mailto:adilsoninga@hotmail.com);

<sup>4</sup> Doutor pelo Curso de Odontologia da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP, [gabriella.barreto@yahoo.com.br](mailto:gabriella.barreto@yahoo.com.br);

informações. Para isso, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, impulsionou a inserção de diversas práticas no cuidado em saúde, contribuindo para o acolhimento adequado do usuário, do incentivo da coparticipação e na criação de vínculos entre profissionais e usuários (BRASIL, 2003).

Nessa perspectiva, a inserção de atividades lúdicas no cuidado em saúde torna-se uma ferramenta adicional para a manutenção da humanização, podendo ser utilizada com diversos grupos. Porém, observa-se que durante a formação dos profissionais existem poucas discussões e reflexões acerca dessa prática, favorecendo a permanência do desconhecimento por parte dos profissionais atuantes no sistema de saúde, levando a uma limitação de meios utilizados para implantação do cuidado humanizado (BATAGLION; MARINHO, 2019).

Assim, a realização de projetos de extensão voltados para promoção da saúde e cuidado humanizado, torna-se um meio de suprir essa deficiência das matrizes curriculares dos cursos de saúde. Um projeto de extensão deve contemplar fatores relacionados à cidadania e empoderamento dos sujeitos e coletividades, assim a vivência extensionista revela-se essencial na formação acadêmica por proporcionar experiências aos graduandos muito além das obtidas sob os moldes tradicionais de formação (BISCARDE; PEREIRA-SANTOS; SILVA, 2014; DE DEUS et al, 2012).

Compreendendo-se a importância de compartilhar experiências exitosas, esse trabalho busca descrever, através de um Relato de Experiência, as vivências de graduandos de diversos cursos a partir do projeto de extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade. Desse modo, busca-se contemplar a relação ensino/extensão com práticas de promoção de saúde, tendo como base as atividades educativas, interativas e lúdicas, com o objetivo de trocar conhecimento com a comunidade, e para os graduandos, a experiência de vivenciar estratégias de promoção da saúde e humanização transformadoras para formação.

## **METODOLOGIA**

O projeto de extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade é desenvolvido pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), *campus I* e tem como proposta metodológica e de ação a integração da pesquisa e extensão, em que este, através do desenvolvimento de atividades educativas de saúde para a comunidade, busca promover o envelhecimento saudável e empoderamento social dos idosos ao abordar temáticas importantes para o processo do envelhecimento. Já a partir da pesquisa, busca-se obter

informações sobre o perfil sócio-bio-demográfico do público-alvo, bem como o acesso aos serviços de saúde bucal, além de informações acerca da autopercepção de saúde bucal ao utilizar o questionário *Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI)*. Assim, possibilita o diagnóstico de problemas de saúde bucal dos idosos participantes e avalia informações referentes ao acesso aos serviços de saúde bucal, autopercepção e morbidade referida.

### **Objetivos e Atores do Ativa Idade – Desenvolvimento Saudável na Comunidade**

Esse projeto tem como objetivo principal estimular os graduandos de diferentes cursos no trabalho humanizado em saúde, contribuindo com a melhoria da qualidade de vida de idosos em uma Unidade Básica de Saúde da Família sem cobertura de Equipe de Saúde Bucal no município de Campina Grande – PB, proporcionando a oportunidade de aperfeiçoar o desenvolvimento de medidas educativas em saúde. Assim, é almejado que a criatividade e a habilidade do trabalho integral e interprofissional sejam desenvolvidas na prática dos extensionistas, permitindo uma formação em consonância às Diretrizes Curriculares dos cursos da saúde.

Ademais, com o desenvolvimento do projeto, busca-se motivar e capacitar os idosos a serem agentes multiplicadores de saúde ao realizar trocas de conhecimento, bem como permitir uma maior integração dos demais profissionais de saúde através da inserção dos extensionistas no ambiente da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), ao mesmo tempo em que há o favorecimento da integração ensino-serviço no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, percebe-se o fortalecimento do cuidado em saúde prestada aos idosos e da qualificação dos futuros profissionais para uma atuação humanizada, integrativa e interprofissional.

O projeto teve início em 2016, com a realização de suas atividades na UBSF Conceição, contando com a atuação de 23 estudantes dos cursos de Odontologia e Enfermagem. Nesse período, foram realizadas ações com 111 idosos adstritos à unidade. Em 2017, observou-se a importância da inclusão de mais cursos para contemplar de forma efetiva os objetivos do projeto. Assim, contou com a presença de 29 estudantes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Psicologia e Direito. Além disso, contou com a ampliação das ações, incluindo também, a UBSF Bonald Filho, alcançando, nesse período, 137 idosos.

**Tabela 1. Distribuição dos extensionistas do Projeto de Extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade de acordo com o curso por ano**

	2016	2017
<b>Odontologia</b>	16 extensionistas	12 extensionistas
<b>Enfermagem</b>	06 extensionistas	06 extensionistas
<b>Psicologia</b>	-	04 extensionistas
<b>Direito</b>	-	01 extensionista
<b>Fisioterapia</b>	-	06 extensionistas
<b>Total</b>	<b>22 extensionistas</b>	<b>29 extensionistas</b>

Fonte: Elaborado pelos autores

### **Projeto em ação**

As atividades são realizadas semanalmente pelos extensionistas, que são distribuídos de acordo com a disponibilidade de horário, formando grupos de atuação. As ações ocorrem principalmente no espaço comum da UBSF, instigando, ao mesmo tempo, a ida dos idosos ao serviço de saúde. Para a escolha dos temas, é levado em consideração a opinião dos idosos e da equipe de saúde, permitindo a integração crescente do extensionista, profissional da saúde e do usuário.

Mensalmente, é realizada uma reunião dos integrantes do projeto, tendo a presença de todos os extensionistas e da professora coordenadora. Esse momento de interação é utilizado para a definição da temática que irá ser trabalhada durante o mês (Quadro 1) e para a realização de discussões acerca do observado durante as ações, possibilitando que os extensionistas compartilhem as suas impressões e expressem as suas dúvidas e anseios para o projeto. Dessa forma, permite a troca de saberes e a manutenção de um diálogo aberto e informal entre os participantes do projeto.

Ainda, em conjunto, é decidida a forma de explanação da temática para os idosos, buscando a realização de dinâmicas, com base nas metodologias ativas de ensino. Assim, a criatividade dos extensionistas é estimulada, bem como a prática da humanização e a visualização do usuário de forma integral, permitindo a aproximação do extensionista com usuário, a criação de vínculo e confiança e a efetividade da prática da educação em saúde.

**Quadro 1. Esquematização das ações realizadas no Projeto de Extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade**

<b>2016</b>
1º Mês – Dinâmica Quebra de Gelo
2º Mês – Dinâmica Tecendo Conversas: Nossas Histórias de Vida
3º Mês – Ação em parceria com a Liga Interdisciplinar ao Combate do Câncer Oral (LINCCO) da UEPB
4º Mês – Curso de Capacitação para Cuidadores de Idosos e Agentes Comunitários da Saúde
5º Mês – Higienização das próteses e Alimentação Saudável (Visitas domiciliar com o ACS, escovação supervisionada, cartazes e mesas demonstrativas)
6º Mês – Higienização das próteses, Atividade Física e Postura Corporal (Visitas domiciliar com o ACS, escovação supervisionada, demonstração de prática corporal)
7º Mês – Memória e Participação Social e Cidadania (Jogo dos sete erros e rodas de conversa)
<b>2017</b>
1º Mês – Recapitulação de todas as temáticas trabalhadas no ano anterior
2º Mês – Depressão (Rodas de conversa e dinâmica Gota d’água)
3º Mês – Limites e possibilidades do envelhecimento e alterações osteoarticulares (Rodas de conversa e confecção da árvore “frutos bons e podres”)
4º Mês – Prevenção ao câncer de mama (Rodas de conversa)
5º Mês – Prevenção ao câncer de próstata e outros cânceres (Rodas de conversa e dinâmica “Mitos e Verdades”)
6º Mês – Alzheimer e Parkinson (Rodas de conversas, Caixa “Mitos e verdades”, Dinâmica “Espelho Simples”) e montagem da árvore de Natal com “palavras-chave” inseridas por cada idoso

Fonte: Elaborado pelos autores

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir da realização das atividades propostas pelo projeto de extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade, os estudantes de graduação têm a oportunidade de vivenciar a realidade da Atenção Básica, estando próximos ao cotidiano de uma UBSF e a

comunidade, ao mesmo tempo em que desenvolvem um olhar mais ampliado e humano sobre a saúde da população. Ainda hoje, observa-se que os projetos pedagógicos dos cursos de saúde possuem pouca menção à prática de humanização na saúde, colocando a elaboração de projetos de extensão como uma alternativa para suprir essa importante necessidade (CORSINO; SEI, 2019).

Para dar início ao projeto, foi considerada a importância da criação do vínculo inicial dos extensionistas com a comunidade, além do reconhecimento pelos idosos dos objetivos da implantação do projeto. Dessa forma, o projeto foi apresentado para os idosos, sendo destacado que temáticas relacionadas ao envelhecimento saudável seriam trabalhadas, estando aberto o espaço para que os idosos compartilhassem os temas que gostariam que fossem trabalhados. A partir disso, falas como “Não gosto de atividades físicas”, demonstraram que existe pouco interesse de realização de atividades físicas pelos idosos, tornando-se uma das temáticas a serem trabalhadas pelo projeto.

Ainda, buscando deixar os idosos mais envolvidos com o projeto, foi realizada a dinâmica “quebra de gelo”, em que, a partir da formação de um círculo incluindo idosos, extensionistas e a coordenadora do projeto, passava-se uma bexiga de mãos em mãos ao ritmo de uma música e, no momento em que a música parava, a pessoa que estava segurando a bexiga se apresentava e falava sua expectativa sobre o projeto (Fig. 1 e Fig. 2). Assim, além de permitir a interação entre os participantes, possibilitou observar a empolgação dos idosos com o projeto e o reconhecimento da importância do projeto.



**Figuras 1 e 2. Realização da dinâmica “Quebra de Gelo”**

Posteriormente, foi realizada a dinâmica “Tecendo Conversas: Nossas Histórias de Vida”, com o objetivo de compartilhar recordações de cada um que se fazia presente. Assim, a partir de um objeto levado para a roda de conversa, histórias e memórias eram contadas, constituindo-se um momento rico de aprendizado e apoio ao surgirem histórias alegres de

conquistas e tristezas de abuso e exploração (Fig. 2 e Fig. 3). Com isso, também foi observada a necessidade de abordar temáticas relacionadas a saúde mental, principalmente a depressão.



**Figuras 2 e 3. Realização da dinâmica “Tecendo Conversas: Nossas histórias de vida”**

Seguindo as necessidades observadas, foram desenvolvidas dinâmicas para trabalhar as temáticas de “Atividade Física e Postura Corporal” e “Depressão”. O processo do envelhecimento é naturalmente acompanhado de perdas fisiológicas e a realização de atividades físicas contribui para a preservação da autonomia do idoso, devendo ser incentivada constantemente para que o idoso possa inserir esse hábito no cotidiano, além de orientá-los acerca da adequada postura corporal durante as atividades, de modo a evitar a sobrecarga dos músculos (ARAÚJO, 2002).

Para trabalhar a temática de atividade física, utilizou-se a prática da roda de conversa, em que os extensionistas conversaram sobre a importância da atividade física regular, dando exemplos de como realizá-las, reconhecendo as limitações de cada um. Foram discutidos na roda de conversa os benefícios para quem realiza e os problemas desenvolvidos pela falta de atividade física. Dessa forma, constrói-se um espaço de escuta para a exposição das ideias e compreensões dos idosos, de modo a entender as diversas motivações que podem estar relacionadas a realização ou a falta da prática de atividade física. Ainda, realizou-se a dinâmica de “mitos e verdades” sobre atividade física, permitindo a interação dos idosos e a desmitificação de alguns pontos.

Para a postura corporal, inicialmente realizada uma conversa com foco na importância da manutenção da postura corporal para os idosos, incluindo-os na reflexão para que haja o incentivo na realização do que estava sendo explanado. Assim, foram repassadas as orientações gerais sobre postura corporal durante as atividades diárias, como dormir, caminhar e ao realizar atividades domésticas. Para tornar o momento mais lúdico e envolver

os idosos, foram realizadas demonstrações práticas pelos extensionistas, com a participação dos idosos que estivessem confortáveis em demonstrar (Fig. 4 e Fig. 5).



**Figuras 4 e 5. Atuação acerca da temática Atividade Física e Postura Corporal**

A partir das perdas fisiológicas, muitos idosos passam a se sentir incapazes e inúteis para a sociedade, desenvolvendo a depressão. Além disso, diversos outros fatores estão associados, como sexo, baixa escolaridade, condição socioeconômica baixa, eventos estressores e pouco suporte social, ocasionando uma complexidade que muitos profissionais não conseguem diagnosticar, passando despercebido (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009). Assim, a construção de espaços em que os idosos possam compartilhar seus sentimentos, tornam-se cada vez mais importantes, como forma de orientação para a procura de profissionais qualificados.

Para introduzir a temática da depressão e seus impactos na vida do idoso, realizou-se uma roda de conversa com relatos dos próprios idosos e dos extensionistas de situações que os remetessem à depressão. Dessa forma, houve uma contribuição mútua e foi possível manter a atenção e incentivar a participação dos idosos através do diálogo. Posteriormente, para dar continuidade à temática, usou-se a dinâmica "Gota d'Água", em que, para representar as mágoas, decepções, perdas e limitações que vão se acumulando ao longo da vida, enchia-se com água, aos poucos, um copo até derramar, permitindo a visualização do que seria a depressão. Com isso, os extensionistas abordaram o incentivo da prática de atividade física, do exercício cognitivo e do convívio social, chamando a atenção para a detecção dos sintomas em pessoas próximas a elas. Como conclusão dos momentos, sugeria-se um abraço coletivo, de modo incentivar a construção do apoio uns com os outros (Fig. 6 e Fig. 7).



**Figuras 6 e 7. Atuação acerca da temática Depressão**

Considerando que a ocorrência de hipertensão arterial e diabetes na população é crescente, torna-se importante a abordagem da temática alimentação saudável com os idosos. Para isso, os extensionistas fizeram uma exposição com cartazes sobre alimentação saudável, contendo em saquinhos a quantidade de açúcar ou sal presente nos alimentos expostos (Fig. 8). Assim, houve interação com os idosos, questionando sobre quantos consumiam determinados tipos de alimentos e mostrando, logo em seguida, os níveis de açúcar e sal que o organismo absorvia. A explanação desse tema a partir dos cartazes, permitiu a melhor visualização da quantidade de açúcar e sal que os idosos estavam ingerindo durante as suas refeições, tornando a discussão mais real.

Ainda, foi proposta a montagem de uma mesa de alimentos, contendo alimentos considerados saudáveis e alimentos não saudáveis, para que os próprios idosos os classificassem de acordo com o que eles acreditavam (Fig. 9). Dessa forma, foi permitida uma maior interação dos idosos e o exercício prático, de forma lúdica, da classificação dos alimentos que eles devem realizar no dia a dia.



**Figuras 8 e 9. Atuação acerca da temática Alimentação Saudável**

Para trabalhar a temática memória e participação social, inicialmente abriu-se um momento para discussão acerca da perda de memória na terceira idade, compartilhando dúvidas, vivências e medos acerca do tema. Relatos como “o esquecimento é sempre um sinal

de que algo ruim está acontecendo em nosso cérebro, em nossa mente”, serviram para discutir acerca de mitos existentes sobre a perda de memória em idosos, sendo explanado que o esquecimento é um mecanismo fisiológico que acontece normalmente com qualquer pessoa, exceto quando repetido diariamente e relacionado a coisas importantes para nós, e a importância de realizar atividades que exercitem a mente.

Assim, foram pensadas em atividades que os idosos poderiam realizar durante a rotina que os ajudassem a manter a mente ativa e saudável, como leitura, costura, pintura, caça-palavras, palavras cruzadas e outros. Seguindo as discussões realizadas, foram realizadas dinâmicas para o exercício da mente, como o “Jogo dos 7 erros” e “Jogo da memória”, confeccionados pelos extensionistas com o grau de dificuldade condizente com o objetivo (Fig. 10 e Fig. 11).



**Figuras 10 e 11. Realização das dinâmicas “Jogo dos 7 Erros” e “Jogo da Memória”**

Além disso, tendo em vista a falta da assistência em saúde bucal nas UBSFs, a realização de atividades relacionadas ao autocuidado em saúde bucal e autoexame para o reconhecimento de lesões potencialmente malignas na cavidade bucal. Desse modo, foram realizadas orientações quanto a higiene de próteses dentárias e acondicionamento das mesmas, conversa quanto a higiene da cavidade bucal, escovações supervisionadas e quanto ao autoexame para o reconhecimento de lesões potencialmente malignas na cavidade bucal, tanto na sala de espera das UBSFs quanto em visitas domiciliares junto com o Agente Comunitário da Saúde (ACS) (Fig. 12 e Fig. 13).



**Figuras 12 e 13 . Orientação de higiene bucal e das próteses e Escovação Supervisionada**

Ao observar a frequência de queixas em relação a próteses dentárias mal adaptadas e o hábito de tabagismo presente, observou-se a importância de realizar uma parceria com o projeto de extensão Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral (LINCCO) da UEPB, promovendo um momento de realização de exames intraorais em busca de lesões na cavidade oral (Fig. 14 e Fig. 15). Identificando tal lesão, o idoso foi encaminhado para a clínica escola de odontologia da UEPB para o diagnóstico definitivo da lesão.



**Figuras 14 e 15 . Atuação em parceria com a Liga Interdisciplinar de Combate ao Câncer Oral (LINCCO)**

Além da abordagem do câncer bucal, também procurou-se trabalhar a temática do câncer de mama e câncer de próstata, tendo em vista a prevalência dessas doenças nos idosos. Para isso, foram propostas várias dinâmicas interativas, com o auxílio de cartazes e uma caixinha contendo mitos e verdades sobre os cânceres em questão (Fig. 16 e Fig. 17). De início, foi abordado como reconhecer o estágio inicial de cada câncer e como realizar o autoexame em casa. Ainda, com a explanação dos mitos e verdades, objetivou-se trazer informações aos usuários sobre os cuidados a serem realizados para a detecção precoce do

câncer, a necessidade da procura de cuidados médicos em caso da presença de alguns sintomas e as formas de prevenção através de exercícios físicos, boa alimentação e outros cuidados com a saúde.



**Figuras 16 e 17 . Atuação acerca das temáticas Câncer de Mama e Câncer de Próstata**

Ao longo das ações, observou-se a necessidade de discutir sobre os temas “envelhecimento, limites e possibilidades” e “alterações osteoarticulares”, discutindo sobre o que é o envelhecimento e as limitações que traz para o indivíduo, mas enfatizando as possibilidades existentes para a qualidade de vida do idoso. Assim, buscou-se trocar informações sobre as causas das alterações osteoarticulares, as consequências e tratamento, além de enfatizar a importância de todo um conjunto de condições preventivas, permitindo a retomada das temáticas sobre atividade física, alimentação saudável e exercícios cognitivos.

Dessa forma, realizou-se um debate com a participação dos idosos, permitindo que os mesmos contassem suas experiências com o envelhecimento. Ao fim da roda de conversa, os extensionistas realizaram a dinâmica da árvore, em que uma árvore de papel deveria ser preenchida com frutos “podres” e “bons” (Fig. 18 e Fig. 19). Assim, cada idoso recebia um círculo de papel vermelho, representando o fruto bom, e um círculo preto, representando o fruto podre. Foi proposto que, cada idoso escolhesse uma palavra positiva para escrever no fruto bom e uma palavra negativa para escrever no fruto podre, representando aspectos do envelhecimento. Cada fruto era lido e colado na árvore, discutindo-se sobre os limites e benefícios do envelhecimento humano, gerando uma nova reflexão acerca da terceira idade.



**Figuras 18 e 19. Realização da dinâmica “Árvore da Vida”**

Atendendo os pedidos dos usuários das UBSFs o último tema do ano de 2017 ficou à escolha de cada grupo. Na UBSF Conceição os usuários pediram que fosse abordado o tema Alzheimer e Parkinson, enquanto na UBSF Bonald Filho, o tema escolhido foi final de ano com abordagem de temas envolvendo a vida para a realização de discussões.

Na UBSF Conceição foi desenvolvida a dinâmica de mitos e verdades acerca das doenças crônico-degenerativas mal de alzheimer e síndrome parkinson. O objetivo do encontro era informar aos idosos as maneiras de prevenir o surgimento de tais doenças e mostrar como identificar os primeiros sinais dessas duas doenças, permitindo a procura de assistência médica precocemente. Enfatizou-se que são doenças que ainda não têm cura, mas que, com o auxílio do diagnóstico precoce, das medicações e atividades interativas, as chances de retardar os danos são bem maiores do que quando se negligencia os sinais.

Na UBSF Bonald Filho, foi desenvolvida a dinâmica “espelho simples”, em que formavam-se duplas e cada um repetia os movimentos da sua dupla de forma sincronizada, tendo como principal função estimular o cognitivo dos idosos. Também, foi montada uma árvore natal feita com “palavras-chave”, em que cada palavra representaria como foi o ano para os idosos, explicando o que aquela palavra significa (Fig. 20 e Fig. 21).



Figuras 20 e 21. Dinâmica “Espelho Simples” e Árvore de Natal

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notória a importância de cada ação do Projeto de Extensão Ativa Idade – Envelhecimento Saudável na Comunidade para a comunidade idosa, contribuindo para a troca de conhecimento sobre a saúde sistêmica e um aprofundamento sobre os cuidados em saúde bucal, além de trabalhar temas relacionados à prevenção de agravos em saúde. Mais do que um momento de troca de saberes, há humanização e criação de vínculos afetivos, dando àqueles o que muitas vezes lhes falta em seu cotidiano: atenção e cuidado. Com a reciprocidade entre extensionistas e o público-alvo (idosos), os objetivos esperados estão sendo alcançados e superados ao permitir o empoderamento de cada um sobre a sua saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. D. Atividade física e postural. In: Assis, M. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro CRDE UnATI UERJ, 2002.

BATAGLION, G. A.; MARINHO, A. O lúdico em contexto de saúde: inter-relações com as práticas humanizadas. **Motrivivência**. Florianópolis, v. 31, n. 57, p. 01-19, jan./mar. 2019.

BISCARDE, D. G. D. S.; PEREIRA-SANTOS, M.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 48, p. 177-186, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH)**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CORSINO, D. L. M.; SEI, M. B. A Humanização nas grades curriculares de cursos da saúde de universidades públicas paranaenses. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 1, p. 43-52, abr. 2019.

DE DEUS, L. D. F. A. et al. Impacto de um projeto de extensão universitária na formação profissional de egressos de uma universidade pública. **Rev Odontol UNESP**, v. 41, n. 6, p. 348-352, 2012.

PADOIN, P. G. et al. Análise comparativa entre idosos praticantes de exercício físico e sedentários quanto ao risco de quedas. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 158-164, 2010.

PINHO, M. X.; CUSTODIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 123-140, Apr. 2009.

## IMPACTO DE UM PROGRAMA ESTRUTURADO DE HIDROCINESIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MENOPÁUSICAS

Eliane Araújo de Oliveira<sup>1</sup>  
Aline Bezerra Mouzinho<sup>2</sup>  
Analuiza Batista Durand<sup>1</sup>  
Gabriela Silva de Oliveira<sup>2</sup>

### RESUMO

O climatério é a fase da vida da mulher que compreende o final da vida reprodutora, sendo marcado pela última menstruação (menopausa) e acompanhado por um conjunto de sintomas e sinais que afetam o bem-estar físico, mental e social da mulher. Devido a isso, o presente estudo buscou descrever os efeitos das práticas hidrocinesioterapêuticas na qualidade de vida de mulheres no período menopáusicos, por meio de um programa realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba. Participou deste estudo, um grupo de 22 mulheres, utilizando-se os seguintes instrumentos de coleta de dados: uma ficha de Avaliação Climatérica, o Índice Menopausal de Kupperman (IK) e o Questionário de Qualidade de Vida (PECVEC). Os resultados foram satisfatórios e evidenciaram que a prática hidroterapêutica tem sido muito efetiva para a melhoria da qualidade de vida das mulheres menopáusicas em diferentes aspectos contemplados, além disso, o ambiente da piscina possibilita a realização dos exercícios de forma mais segura. Os resultados positivos neste estudo confirmam os achados da literatura que destacam os benefícios físicos e emocionais da prática regular de atividade física, quando realizada por meio de um programa bem elaborado, seguro e sistematizado.

**Palavras-chave:** Climatério, Fisioterapia, Hidroterapia, Menopausa, Avaliação de Estado.

### INTRODUÇÃO

O Climatério é o período em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a não reprodutiva da vida da mulher, que se inicia com o declínio da função ovariana e o anúncio da menopausa. A menopausa denota a cessação permanente da menstruação, ou seja, o último

---

<sup>1</sup>Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba/UFPPB, João Pessoa/Paraíba/Brasil, [elianeo@gmail.com](mailto:elianeo@gmail.com).

<sup>2</sup>Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba/UFPPB, João Pessoa/Paraíba/Brasil, [aline.abm@hotmail.com](mailto:aline.abm@hotmail.com);

<sup>2</sup>Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba/UFPPB, João Pessoa/Paraíba/Brasil, [aninha\\_durand@hotmail.com](mailto:aninha_durand@hotmail.com);

<sup>1</sup>Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba/UFPPB, João Pessoa/Paraíba/Brasil, [gabrielasoliveira72@gmail.com](mailto:gabrielasoliveira72@gmail.com)

fluxo menstrual, comprovado por meio da amenorréia espontânea por 12 meses consecutivos. Pode ocorrer naturalmente ou de forma artificial, após procedimentos clínicos ou cirúrgicos que levem à parada da produção hormonal ovariana. Apesar de existir influência do eixo hipotálamo hipofisário, a menopausa natural é basicamente um evento ovariano, secundária à atresia fisiológica dos folículos primordiais, ocorrendo geralmente entre 40 e 55 anos.

A expectativa de vida das mulheres atualmente em países desenvolvidos já atingiu os 80 anos e, no Brasil já ultrapassa dos 75 anos. Portanto, as mulheres viverão cerca de um terço de suas vidas após a menopausa e, apesar da expectativa de vida aumentar, a idade da menopausa tem permanecido em torno dos 50 anos de idade. Ao longo dos tempos, a saúde e a qualidade de vida têm sido relacionadas somente a aspectos físicos e à ausência de doenças.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade de vida como “a percepção que uma pessoa tem de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores e da cultura a que está inserida, em relação às suas metas, expectativas, padrões e crenças”, este período corresponde a uma série de modificações no organismo da mulher, tanto em nível físico quanto psíquico acarretando grandes desafios no processo de viver das mulheres.

A prática de exercícios físicos regulares tem papel muito importante nos aspectos de saúde, sociabilidade e vitalidade, contribuindo, de forma significativa, para uma melhor qualidade de vida e promoção de estilo de vida independente.

A hidrocinesioterapia trata-se de uma forma versátil de exercitar-se, sendo também um programa ideal de condicionamento físico no qual, além dos exercícios aeróbicos, incluem-se exercícios que podem desenvolver flexibilidade, força muscular e resistência em um mesmo programa, e que apresentam ainda, achados satisfatórios na composição corporal, e no  $VO_2$  máx aproveitando a resistência da água como sobrecarga e do empuxo como redutor do impacto, o que permite a prática de um exercício, mesmo em intensidades altas, com diminuídos riscos de lesão, podendo ser adequado para indivíduos na menopausa, com distúrbios respiratórios ou com sobrepeso e alterações na qualidade do sono. Nesse contexto, as atividades aquáticas representam possibilidades interessantes no que tange à prática de atividades físicas como elemento de grande contribuição no processo de bem-estar e melhoria da vida como um todo em mulheres no período menopáusicos.

Diante desta perspectiva, o presente trabalho visou analisar a influência de um protocolo de atendimento hidrocinesioterapêutico na melhoria da qualidade de vida em um grupo de mulheres menopáusicas com mais de 45 anos.

## **METODOLOGIA (OU MATERIAIS E MÉTODOS)**

Trata-se de um estudo quanti-qualitativo, exploratório, longitudinal, com medidas pré e pós-tratamento, utilizando-se como recurso de intervenção a aplicação de hidrocinesioterapia, envolvendo participantes do sexo feminino, voluntárias do projeto de extensão intitulado “Hidroterapia, Qualidade de Vida e Mulheres Menopáusicas”, desenvolvido na Clínica-Escola de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, localizada na cidade de João Pessoa – PB.

O grupo foi composto por um universo de 22 mulheres menopáusicas na faixa etária dos 45 aos 70 anos de idade, com mais de um ano de amenorreia, provenientes das comunidades próximas da UFPB e/ou encaminhadas por Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídas aquelas que apresentassem algum tipo de contraindicação à prática de exercício físicos, doenças neurológicas e/ou distúrbios psiquiátricos.

Os atendimentos foram realizados em uma piscina terapêutica, aquecida a 30° C, com dimensões de 9 metros de comprimento, 6 metros de largura e 1,30m de profundidade. Foram aplicadas sessões duas vezes por semana, com duração média de 90 minutos.

Antes e ao término de cada sessão de intervenção, verificava-se os sinais vitais, pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, e saturação de oxigênio. O protocolo hidrocinesioterapêutico utilizado era composto por: aquecimento, alongamentos globais, fortalecimento (associados à estimulação respiratória, descarga de peso parcial e total, treino de baixo impacto), exercícios aeróbicos e relaxamento. Os exercícios eram realizados de forma lúdica, estimulando a integração e sociabilidade das participantes.

### **Procedimentos:**

Mesmo que outras atividades corporais também sejam indicadas no período menopáusico, a hidrocinesioterapia, por ser realizada em grupo e em um ambiente diferenciado, pode oferecer maior motivação para que se mantenha a regularidade da prática.

Os efeitos benéficos da prática hidroterapêutica podem ser evidenciados no aspecto físico, visto que se caracteriza como uma atividade mais segura, possibilitando a realização de movimentos sem causar impacto às articulações e tendões, devido a diminuição da descarga do peso corporal, estimulação de toda a musculatura e manutenção do tônus muscular, efeitos sobre o sistema respiratório e cardiovascular, melhorando a circulação sanguínea, a capacidade pulmonar e o ritmo respiratório, e alívio das dores ou limitação que possam afetar

a realização de exercícios em solo. No aspecto psicológico, é notável uma tendência à elevação da auto-estima, alívio dos níveis de stress, maior disposição para enfrentar as atividades cotidianas, vitalidade, entres outros. Estes fatores se relacionam diretamente com os efeitos da prática no aspecto social, já que há novas possibilidades de favorecimento das relações interpessoais e conseqüentemente, aumento dos laços de amizade, interesse em compartilhar experiências e ideais, o que é fundamental em todas as fases da vida.

O programa de hidrocinesioterapia foi estabelecido previamente, com o seguinte protocolo: aferição da pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, e saturação de oxigênio antes e depois de cada sessão, que ocorriam conforme a seguinte ordem:

- 1) Exercícios de aquecimento que vai apresentar o objetivo de ativar a musculatura aumentando a irrigação sanguínea dos músculos melhorando a oxigenação e metabolismo muscular e é um período de adaptação ao ambiente aquático e temperatura da água, como caminhada estática rápida (figura 1) e ou dança em preparação para os exercícios (10 minutos);

**Figura 1** - Aquecimento com corrida estática.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2018.

- 2) Alongamento muscular dos membros superiores, inferiores e tronco (figura 2) objetivando a preparação da musculatura para evitar lesões e aumentar a extensibilidade musculotendínea, diminuindo as tensões musculares e proporcionando um aumento da amplitude de movimentos (10 minutos);

**Figura 2** - Alongamento de tronco com auxílio de flutuador.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2018.

3) Exercícios para fortalecimento de membros superiores (figura 3), inferiores, assoalho pélvico e exercícios aeróbicos (30 minutos), feito com flutuantes ou macarrões. Os exercícios aeróbicos consistiam em caminhadas realizando flexão do quadril, movimentos de pedalar uma bicicleta com auxílio de flutuadores (figura 4) (de frente e de costas), jogos lúdicos, objetivando dissociação de cinturas, treino respiratório, equilíbrio e rapidez, além de proporcionar distração e socialização do grupo;

**Figura 3** - Fortalecimento dos membros superiores com auxílio de flutuadores.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2018.

**Figura 4** - Exercício aeróbico de pedalar com auxílio de flutuadores.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2018.

4) Relaxamento (10 minutos) em flutuação na posição supina com auxílio dos acessórios aquáticos (flutuadores tipo “espaguete”) (figura 5) ou em grupo (figura 6), que vai proporcionar ao indivíduo um bem estar físico e mental, além de “desacelerar” as pacientes que terminam os exercicios aerobicos muito agitadas e um pouco cansadas, sendo um momento para descansar então também se buscar diminuir o ritmo cardíaco e a pressão arterial.

**Figura 5** - Relaxamento com auxílio de flutuadores.



Fonte: Arquivo Pessoal, 2018.

**Figura 6 - Relaxamento em grupo.**



Fonte: Arquivo Pessoal, 2018.

Todos os instrumentos de coleta de dados foram aplicados por pesquisador devidamente treinado, em uma sala reservada no início do projeto e após oito meses de atendimento, sendo o conjunto de avaliação composto por:

1) Ficha de Avaliação Climatérica, especialmente desenhada para esta investigação, contendo os dados sócio- demográficos e clínicos como: idade, estado civil, escolaridade, profissão, n.º gestação, n.º de partos e abortos, terapia de reposição hormonal, incontinência urinária e fecal, prática de atividade física, forma física atual, estado geral de saúde;

2) Índice Menopausal de Kupperman (IK), que identifica e avalia os diversos sintomas menopáusicos, cujo resultado é contabilizado pela soma das respectivas graduações dos sintomas;

3) Questionário de Qualidade de Vida (PECVEC), de origem alemã, o qual foi criado para avaliar as mudanças relacionadas à saúde para a maioria das doenças crônico-degenerativas, e validado no Brasil. Este é constituído por 40 itens que exploram os itens biológicos e psicossociais da vida diária, durante os últimos sete dias prévios à sua aplicação. As respostas são agrupadas em escala tipo Likert, com cinco categorias (de 0 a 4). Quanto maior a pontuação obtida, melhor a qualidade de vida do indivíduo. As escalas do PECVEC estão caracterizadas analiticamente por seis fatores que correspondem às seguintes dimensões: I- Capacidade Física, II- Função

Psicológica, III- Estado de Ânimo Positivo, IV- Estado de Ânimo Negativo, V- Bem-estar social e IV- Função Social.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba (Protocolo: 008/08). Foi realizado de acordo com os aspectos éticos e legais os sujeitos concordaram em participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regula a pesquisa em seres humanos.

Os dados foram analisados por meio do Programa Estatístico SPSS versão 21.0 para Windows. Foram aplicadas a estatística descritiva e estatística inferencial durante as análises. Para análise das variáveis categóricas, foi utilizada a estatística descritiva, em termos de média e desvio-padrão. Na análise inferencial, utilizou-se o teste de Wilcoxon, para amostras relacionadas. Foi considerado como nível de significância  $p < 0,05$ .

## **DESENVOLVIMENTO**

A população feminina brasileira totaliza mais de 98 milhões de mulheres. São as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), seja para o seu próprio atendimento ou acompanhando seus familiares, representando 50,77% da população brasileira. Por isso, a vivência do climatério pelas mulheres está cada vez mais presente, e demanda estratégias que melhorem a qualidade de vida nesse período. A atenção integral à saúde da mulher pressupõe assistência em todas as fases de sua vida.

O termo climatério deriva da palavra grega “*climakter*” que significa “ponto crítico da vida humana” No campo biomédico, o climatério é definido como uma fase de transição na vida da mulher que marca a passagem de seu período reprodutivo para o não reprodutivo. É o conjunto de alterações orgânicas e emocionais cujo início se confunde com o final do período reprodutivo.

A menopausa é definida como a parada permanente da menstruação, a qual é estabelecida depois de decorridos 12 meses de amenorréia. Considera-se menopausa precoce antes dos 40 anos e tardia depois de 55 anos.

É costume que se considere, como período pré e pós menopáusico do climatério, o espaço de tempo imediatamente anterior e posterior ao momento da última menstruação, duração variável de 12 a 24 meses. Este período representa a perimenopausa.

Quatro grupos de alterações identificam o período climatérico como uma verdadeira endocrinopatia: (i) alterações morfológicas, como atrofia mamária e urogenital; (ii) alterações funcionais, tais como, distúrbios menstruais e sintomas vasomotores; (iii) alterações hormonais que levam a queda dos níveis estrogênicos, desaparecimento da progesterona e elevação dos níveis de gonadotrofinas; e, por fim, (iv) alterações nos tecidos-alvo por que podem levar a perda da rugosidade e adelgaçamento da mucosa vaginal. Os primeiros sinais são manifestados principalmente pelos ciclos menstruais irregulares, podem acontecer alguns anos antes da menopausa (prémenopausa).

O climatério, por compreender um período relativamente longo da vida da mulher, deve merecer atenção crescente da sociedade, pois a expectativa de vida após a menopausa é atualmente equivalente ao período de vida reprodutiva, sendo assim, devemos considerar que o climatério não período patológico, mas sim, uma fase de transição entre o período reprodutivo e não reprodutivo, acontecendo geralmente, em torno dos 45 anos.

Ainda, o climatério é uma fase natural da vida da mulher e muitas passam por ela sem queixas ou necessidade de medicamentos. Outras apresentam sintomas que variam na sua diversidade e intensidade. Neste sentido, é fundamental que haja um acompanhamento multidisciplinar visando à promoção da saúde, o diagnóstico precoce, e o tratamento imediato dos agravos que esse período pode trazer.

Nas últimas décadas há referências da universalidade dos sintomas climatéricos, apesar deles sofrerem influências de características sociodemográficas, como por exemplo, a raça. A transição climatérica deve ser visto como um fenômeno cultural extremamente variável e que a complexidade dos fatores hormonais e psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico produzem uma grande variabilidade de sintomas como também consequências para a saúde em longo prazo.

O diagnóstico do climatério é predominantemente clínico, baseado na faixa etária, no padrão menstrual alterado e manifestações climatéricas. No entanto, para avaliação quantitativa do climatério, alguns índices, denominados de índices menopausais, foram criados e todos têm como princípio a somatória ponderal das manifestações climatéricas; também são utilizados para a realização de protocolos de pesquisa para comparação de tratamentos.

Além dos sintomas climatéricos que surgem, tais como sintomas neuropsíquicos, que muitas vezes são os primeiros a surgir (distúrbios vasomotores, cefaléia, ansiedade, depressão, fadiga, insônia, diminuição da libido, entre outros), além de determinar disfunções em seu

ritmo de sono-vigília, predispõem-las à fadiga, irritabilidade e labilidade emocional, surge também a insegurança seja pelo medo de adoecer ou pela maior consciência do processo de envelhecimento. Nesta fase, as mulheres podem apresentar aumento das taxas de colesterol, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias benignas e malignas, obesidade, distúrbios urinários, osteoporose e doenças autoimunes.

As intensas transformações dessa fase levam a mulher a buscar apoio junto à família, parceiro e principalmente profissionais de saúde, que devem desempenhar um papel fundamental e de extrema importância no que diz respeito a desenvolver condutas de autocuidado, proporcionando uma melhoria na qualidade de vida da mulher.

A prática de exercícios físicos regulares tem papel muito importante nos aspectos de saúde, sociabilidade e vitalidade, tendo efeito de forma significativa, para uma melhor qualidade de vida e promoção de estilo de vida independente, contribuindo para a preservação da massa muscular e da flexibilidade articular, reduzindo a intensidade dos sintomas e levando a uma sensação de maior bem-estar no climatério.

De modo promissor, pesquisas têm apontado, inclusive, para um possível efeito benéfico da atividade física no alívio da sintomatologia menopáusicas, principalmente no que se refere aos sintomas vasomotores. Estes interferem no cotidiano das mulheres, dificultam o sono e o trabalho, causando desconforto e maiores níveis de estresse que acabam por comprometer a qualidade de vida.

Neste sentido, qualidade de vida é definida pela OMS como sendo a percepção do indivíduo de sua inserção na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Quando a mulher climatérica não é bem assistida pelas pessoas que a rodeiam, ela pode desenvolver transtornos mentais, e sua autoestima pode ser afetada repercutindo de forma negativa em todo seu cotidiano. As políticas de saúde da mulher não apresentam uma assistência adequada na fase do climatério, fazendo com que a mulher sinta-se mais vulnerável diante das mudanças biopsicossociais que ocorrem nesse período.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Há uma variedade de fatores culturais que envolvem o ser e o viver da mulher, bem como o isto pode vir a determinar um comportamento prejudicial à saúde e que precisam ser conhecidos e considerados para que se possam compreender os fenômenos por elas vividos.

No que diz respeito às características sociodemográficas das mulheres menopáusicas, observou-se o predomínio da faixa etária entre 55 e 64 anos, 42,4% das mulheres são casadas, 27,3% apresenta como grau de escolaridade o 2º grau completo, 31% das mulheres ainda apresentam uma atividade profissional ativa.

Ainda, foi possível perceber que dos inúmeros sintomas apresentados, alguns se destacaram que foram (13% ondas de calor, 13% mialgia, 11% ansiedade, 11% artralgia e 9,5% fadiga).

Os fogachos ou “ondas de calor” constituem o sintoma mais comum nas mulheres ocidentais, podendo ocorrer em qualquer fase do climatério. Manifestam-se como sensação transitória súbita e intensa de calor na pele, principalmente do tronco, pescoço e face que pode apresentar hiperemia, acompanhada na maioria das vezes de sudorese. Além disso, pode ocorrer palpitação e mais raramente, sensação de desfalecimento, gerando desconforto e mal-estar. Sua intensidade varia muito, desde muito leves a intensos, ocorrendo esporadicamente ou várias vezes ao dia. A duração pode ser de alguns segundos a 30 minutos. A etiologia das ondas de calor é controversa, sendo atribuída na maioria dos estudos a alterações no centro termorregulador provocadas pelo hipoestrogenismo, levando a um aumento na noradrenalina e aumento dos pulsos de GnRH e do LH. O consumo de bebidas alcoólicas ou líquidos e alimentos quentes, ambientes com alta temperatura, estresse, emoções intensas, aglomerações de pessoas, ambientes abafados, uso de roupas quentes estão associadas com o desencadeamento dos fogachos, devendo ser evitadas.

Os sintomas neuropsíquicos, como a ansiedade compreendem a labilidade emocional, ansiedade, nervosismo, irritabilidade, melancolia, baixa de autoestima, dificuldade para tomar decisões, tristeza e depressão. Esses sintomas podem apresentar-se isoladamente ou em conjunto em algum período do climatério em intensidade variável. Do ponto de vista biológico, os estrogênios podem desempenhar uma ação moduladora sobre os neurotransmissores cerebrais, especialmente a serotonina, relacionadas ao humor.

A diminuição do estrogênio poderia influenciar os níveis de serotonina, podendo relacionar-se a um aumento dos casos de depressão durante o climatério, em mulheres

predispostas. Embora o aparecimento da depressão no climatério seja mais comum que em outras etapas da vida, torna-se muito difícil a comprovação de que somente o hipoestrogenismo seja a sua origem, sugerindo uma etiologia multifatorial (ambiental, sociocultural e individual). Em relação aos fatores ambientais, fatores extrínsecos como estilo de vida (atividade física, dieta e tabagismo) podem influenciar diretamente os sintomas na perimenopausa.

A terapia de reposição hormonal em mulheres de na faixa etária de 50 a 60 anos pode conferir proteção cardiovascular, ao passo que o início em idade avançada, após 10 anos sem estrógeno endógeno, pode ser prejudicial. A duração da THM é um dos maiores desafios do tema analisado e os dados atuais são inconsistentes para definir quando interromper a hormonioterapia. Para a reposição com estrógeno isolado, existe maior flexibilidade quanto ao tempo de uso. A decisão de manter a reposição deve ser individualizada com base nos sintomas e monitorizada e mantida enquanto os benefícios forem superiores aos riscos sempre sob supervisão médica, das 22 mulheres participantes, 27% delas realizaram algum tipo de reposição hormonal.

Alguns autores citam que a atividade física produz um considerável consumo de energia que conduz a liberação de endorfinas no sistema nervoso central e periférico, que auxilia no controle de seu peso corporal além de trazer sensações de bem-estar e relaxamento. Em comparação às mulheres sedentárias, as praticantes de exercícios físicos regulares apresentam calor e sudorese menos intensa destas, 55% das mulheres entrevistadas para este estudo relataram ter realizado atividade física de duas a três vezes por semana. Ainda, estudos apontam para a atividade física como um recurso terapêutico valioso, que pode ser mais explorado nessa fase da vida. As mulheres praticantes de atividade física, mesmo com intensidade leve a moderada, mostram uma capacidade funcional significativamente maior do que as mulheres sedentárias.

Outro benefício do exercício físico que também contribui para o aumento da flexibilidade, mobilidade articular, coordenação motora, reflexos positivos na postura, reduz a frequência cardíaca em repouso, melhora o perfil lipídico, aumentando a densidade mineral óssea estabilizando a pressão arterial e diminuição das queixas relacionadas à otalgias e mialgias e reduz o acúmulo de gordura. Contribuindo para uma menor incidência de doenças cardiovasculares e osteoporose.

A idade média da primeira menstruação foi 13,31 anos e na menopausa de 45,73 anos.

O presente estudo também verificou a qualidade de vida em seus diversos domínios e sua relação com a prática de atividade física na água, onde observou-se que após a intervenção houve aumento das médias em todas as categorias avaliadas, com maior evolução nos domínios referente aos aspectos físicos e emocionais.

A cada dia o número de mulheres que se preocupam e procuram ter uma vida saudável vem aumentando, principalmente quando se trata da saúde, que por sua vez os problemas de saúde podem prejudicar as funções diárias, relacionamentos interpessoais e o trabalho. As características de uma vida longa são o fator primordial de se ter uma qualidade de vida relacionada à saúde.

A qualidade de vida é definida como um construto multidimensional, com significados diferenciados segundo a diversidade de contextos de vida. Entre as dimensões que lhe dão significado, estão a manutenção da capacidade funcional, a satisfação pessoal, o estado emocional e a interação social.

A qualidade é objetiva enquanto uma propriedade ou atributo das coisas ou das pessoas, podendo ser, desta forma, mensurada. Sua subjetividade provém da conclusão de que em todas as coisas e pessoas existem aspectos sensíveis que não podem ser medidos e de que a noção de qualidade pode variar entre pessoas e grupos, em função de vários processos sociais e históricos.

Dentre os fatores associados à qualidade de vida da mulher menopáusicas, os mais relevantes são as suas condições físicas e emocionais prévias, bem como a sua inserção social e experiências diante de eventos vitais, visto que há uma influência do seu estado prévio de saúde na qualidade de vida durante a menopausa e no período pós-menopausa, já que, possivelmente, muitas das queixas referidas nessa fase podem ser decorrentes de comorbidades clínicas preexistentes. Recentemente tem sido reconhecida a influência das atitudes e percepções da mulher em relação à menopausa na qualidade de vida no climatério. A diminuição da capacidade aeróbia e da debilitação progressiva da musculatura corporal e sedentarismo são fatores agravantes nesse processo.

Além do impacto nas queixas relativas à esfera somática e prevenção de doenças cardiovasculares e osteoarticulares, a atividade física regular teria ainda ação na esfera emocional da mulher climatérica, à medida que favorece uma autopercepção mais positiva da imagem corporal, aumentando a autoestima, o que se reflete também positivamente no humor.

Referente à qualidade de vida, as diferenças foram bastante significativa em todas as dimensões estudadas: Função Física ( $z=-2,942$ ;  $p=0,003$ ); Função Psicológica ( $-2,645$ ;  $p=$

0,008); Estado de Ânimo Positivo (-3,291;  $p=0,001$ ); Função Social (-2,051; 0,040); Bem Estar Social ( $z=-1,931$ ;  $p=0,053$ ).

Esses resultados corroboram para os achados presentes na literatura que encontraram mudanças significativas na maioria das dimensões do teste PECVEC, após um protocolo de tratamento com exercícios físicos em mulheres com sintomatologia menopáusicas.

Observou-se uma melhora em todas as dimensões de acordo com o Questionário PECVEC após a participação no programa de exercício terapêutico aquático. Além do mais, o ambiente da piscina possibilita a realização dos exercícios de forma mais segura, além de ser um ambiente lúdico onde conseguimos uma interação social entre as participantes, o que contribui para o bem estar psíquico, fazendo com que tenham mais disposição para a realização dos exercícios e se mantenham mais alegres durante a prática.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo mostrou que a prática da hidrocinesioterapia melhora os níveis sintomatológicos da menopausa, bem como a qualidade de vida das participantes.

Os resultados positivos neste trabalho confirmam os achados da literatura que destacam os benefícios físicos e emocionais da prática regular de atividade física, quando realizada por meio de um programa bem elaborado, seguro e sistematizado.

Vale ressaltar ainda, o exercício físico quando realizado em grupo, favorece o bem-estar psíquico e emocional, além de favorecer a recreação, pode auxiliar numa maior integração e participação do grupo, despertando alegria e a satisfação do indivíduo, possibilita o desenvolvimento da capacidade de ação e adaptação a novas respostas motrizes; contribuindo para uma melhoria do desempenho cognitivo e global e desenvolvendo a capacidade criativa.

Além disso, o exercício terapêutico possibilita uma melhora das tensões emocionais, proporcionando autocontrole, confiança e uma participação mais efetiva dos integrantes nas atividades propostas.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de adoção deste tipo de prática na rotina terapêutica voltada à saúde da mulher, bem como o desenvolvimento de trabalhos que avaliem estes benefícios em estudos longitudinais.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. de. Climatério. In: ALMEIDA, A. B. de (Org.). Reavaliando o climatério: enfoque atual e multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 4.

ALMEIDA, M.A. B. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. F. R. Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. 2012.

BARACHO, E. Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia. (4ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2007.

BARROS, M.F.A. et al. A percepção da qualidade de vida de pacientes fibromiálgicas submetidas à intervenção fisioterapêutica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, p. 3-10, 2013.

BATISTA, T. et al. Os efeitos da hidroterapia na fibromialgia-Revisão de Literatura. **Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP**, v. 3, n. 1, p. 26-32, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília, DF, 2008. (Caderno, n. 9).

DE LORENZI, D. R. S. et al. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. **Rev assoc med bras**, v. 52, n. 5, p. 312-7, 2006.

DE SOUZA, S. S. et al. Mulher e climatério: concepções de usuárias de uma unidade básica de saúde. **Reprodução & Climatério**, v. 32, n. 2, p. 85-89, 2017.

Ferreira, C. H. J. **Fisioterapia na Saúde da Mulher: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2011.

Ferreira, V. N., Chinelato, R. S. C., Castro, M. R., & Ferreira, M. E. C. (2013). In.: MENOPAUSA: MARCO BIOPSIKOSSOCIAL DO ENVELHECIMENTO FEMININO MENOPAUSA: BIOPSYCHOSSOCIAL LANDMARK OF FEMALE AGING Vanessa Nolasco Ferreira, Renata Silva de Carvalho Chinelato, Marcela Rodrigues Castro e Maria Elisa Caputo Ferreira Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.

FRANCESCHI, S.; WILD, C; P. Meeting the global demands of epidemiologic transition—the indispensable role of cancer prevention. **Molecular oncology**, v. 7, n. 1, p. 1-13, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA. **Censo demográfico 2010: Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. IBGE, 2011.

LIMA, A. F. B. S. FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, v. 31, n. 3, supl. 0, p. 0-0, 2009.

LINARDAKIS, M. et al. Multiple behavioral risk factors for chronic diseases in adults aged 50+: regional differences across eleven European countries. **Journal of Public Health**, v. 22, n. 2, p. 101-109, 2014.

MALHEIROS, E. S. A. et al. SÍNDROME DO CLIMATÉRIO: inquérito populacional domiciliar em São Luís, MA. 2010.

MARTIN, C. K. et al. Exercise dose and quality of life: a randomized controlled trial. **Archives of internal medicine**, v. 169, n. 3, p. 269-278, 2009.

PARDINI, Dolores. Terapia de reposição hormonal na menopausa. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 58, n. 2, p. 172-81, 2014.

SERPA, M. A. et al. Fatores associados à qualidade de vida em mulheres no climatério. **Reprodução & Climatério**, v. 31, n. 2, p. 76-81, 2016

TAIROVA, O. S.; LORENZI. D. R. S.; Influência do exercício físico na qualidade de vida de mulheres na pós-menopausa: um estudo caso-controle. Caxias do Sul, 2011.

## IMPACTOS E MUDANÇAS NO COTIDIANO DE IDOSOS QUE SE TORNAM CUIDADORES DE IDOSOS

Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz<sup>1</sup>  
Jamira Martins dos Santos<sup>2</sup>  
Larissa dos Santos Sousa<sup>3</sup>  
Wallison Pereira dos Santos<sup>4</sup>

### RESUMO

O envelhecimento da população suscita novas demandas de cuidados, geralmente, o cônjuge assume o papel de cuidador primário, sendo este, em grande maioria, outra pessoa idosa. O objetivo do estudo foi identificar na literatura quais as mudanças e impactos causados pelo se tornar cuidador de idoso quando também se é idoso, tal como elencar quais situações mais comuns que levam o idoso a se tornar cuidador. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura, realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, através do cruzamento simultâneo dos descritores: Idoso, Familiar Cuidador e Idoso fragilizado, tais descritores foram devidamente consultados nos Descritores em Ciências da Saúde, a pesquisa ocorreu entre os meses de Janeiro a março de 2018. O total de publicações incluídas na revisão foi de 16 artigos, estes foram analisados por intermédio da técnica de Análise Temática. Após análise das publicações ficou evidente o alto impacto social e biológico causado pelo processo do cuidar, trazendo problemas e agravamentos de saúde e que esses cuidadores são em sua maioria os próprios cônjuges que assumem essas responsabilidades ao passo que não possuem opção, pelo apego afetivo e emocional e principalmente pelo débito de gratidão ao companheiro. Dessa forma, devem ser lançadas novas estratégias de saúde para tal público, bem como que os órgãos governamentais e as políticas de saúde públicas promovam e financiem o suporte a esta população.

**Palavras-chave:** Familiar Cuidador, Idoso fragilizado, Complicações.

### INTRODUÇÃO

O crescimento populacional de idosos é um fenômeno mundial e no Brasil este evento ocorre de forma bastante acelerada, o que produz necessidades e demandas sociais que requerem respostas políticas adequadas do Estado para a sociedade. A partir desse fato, as projeções mais conservadoras indicam que até 2025, 10% da população total do país seja de idosos (MAIA, 2017). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), considera-se idoso

---

<sup>1</sup> Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [sheila\\_tshe@hotmail.com](mailto:sheila_tshe@hotmail.com);

<sup>2</sup> Graduada pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, [jamira\\_cg@hotmail.com](mailto:jamira_cg@hotmail.com);

<sup>3</sup> Graduada pelo curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Residente em Unidade de Terapia Intensiva – Hospital Regional do Agreste – SES/COREMU – IMIP, [larissasousaefm@hotmail.com](mailto:larissasousaefm@hotmail.com);

<sup>4</sup> Mestrando do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, [santoswp18@gmail.com](mailto:santoswp18@gmail.com).

aquele com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e a partir de 65 anos em países desenvolvidos e esta diferença está diretamente influenciada por fatores econômicos, culturais, educacionais e sociais (OMS, 2012).

O envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas, familiares e amigos, diante desse contexto, o envelhecimento da população suscita novas demandas de cuidados, uma vez que quanto maior a idade, menor a condição de autonomia do idoso e, assim, indivíduos mais velhos demandam cuidados específicos e muitas vezes sobrecarregam socialmente e fisicamente os responsáveis (BRITO, 2013).

Convém destacar que a família se torna responsável e é o suporte principal, onde se responsabilizam por todo o cuidado quando o idoso se torna dependente, desde o gerenciamento dos recursos financeiros até o cuidado à saúde. Assim, quando o domicílio passa a ser um local de cuidados, as portas se abrem para as diferenças e modificações no âmbito familiar, alterando a rotina de todos que habitam naquele mesmo domicílio (BAUAB, 2014).

A família nunca deixará de ser uma relevante fonte de base, para os idosos que se tornam dependentes. O cônjuge geralmente assume o papel de cuidador primário, além disso, os valores sociais e culturais determinam que os filhos e cônjuges devam assumir os cuidados quando estes não podem mais cuidar de si mesmo (PIZOLOTTO, 2015).

Vale ressaltar, que os cuidadores familiares do idoso, no Brasil, são submetidos a uma jornada diária incessante, repetitiva e desgastante, que envolve a realização de atividades domésticas, cuidado contínuo com o idoso, além do cumprimento de suas atividades empregatícias. Esse contexto favorece a fragilização do cuidador e o torna mais susceptível a riscos para sua saúde, promovendo estresse, isolamento, depressão, medo e angústias, além de comprometimento de sua qualidade de vida (CESÁRIO et al., 2017).

Nessa conjuntura, esse fato ainda pode ser mais grave, quando esse cuidador de idoso também é um idoso. Ao dedicar grande parte do tempo ao cuidado, muitas vezes, o cuidador descuida de sua própria saúde, sendo os cuidadores com idade avançada os mais susceptíveis a problemas de saúde. Nesse sentido, torna-se um grande desafio para os profissionais de saúde lidar com o surgimento de doenças no cuidador idoso, o que justifica a necessidade de auxílio de outros membros no cuidado ao idoso (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

Diante da problemática e a lacuna de conhecimento sobre a assistência do cuidador idoso a outro idoso surgiram alguns questionamentos: Quais os impactos e mudanças causadas no cotidiano dos idosos que se tornaram cuidadores de outros idosos? Quais as principais repercussões na saúde do cuidador idoso?

Portanto, esse estudo justifica-se pela importância em conhecer às mudanças que ocorrem no cotidiano dos idosos que se tornaram cuidadores, sendo essencial para subsidiar os serviços de saúde no planejamento de uma assistência de qualidade. Assim, o cuidador idoso também poderá oferecer um cuidado de boa qualidade e manter preservada a sua saúde física e cognitiva. Dessa maneira, este estudo objetivou identificar na literatura quais as mudanças e impactos causados pelo se tornar cuidador de idoso quando também se é idoso, tal como elencar quais situações mais comuns que levam o idoso a se tornar cuidador.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa do tipo revisão integrativa da literatura. É um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (ERCOLE, 2014).

O cenário da pesquisa foi a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), indexados as seguintes plataformas online: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e Bireme. A coleta do material foi realizada entre os meses janeiro e março de 2019, através de instrumento criado para essa finalidade.

O universo de artigos encontrados para o estudo foi uma quantidade significativa quando realizado o cruzamento dos descritores por meio do operador booleano “AND”. Os descritores foram devidamente consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC), sendo assim cita-os: Idoso, Familiar Cuidador e Idoso fragilizado, dessa forma totalizou 183 publicações online.

Após o cruzamento simultâneo dos descritores, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, a fim de identificar a aproximação com o objeto do estudo, a amostra definida do universo foi construída a partir do uso de variáveis para o filtro dos artigos e adoção dos critérios de inclusão e exclusão, como disponível na íntegra, escopo temporal dos últimos 10 anos, no idioma inglês, português e espanhol, artigos que versassem sobre a temática e respondessem as questões norteadoras. Nesse sentido, de um total de 183 (cento e oitenta e três) publicações localizadas, 65 (sessenta e cinco) não estavam disponíveis na íntegra, 44 (quarenta e quatro) restringiam download mediante pagamento, 33 (trinta e três) não condiziam com a temática central e 25 (vinte e cinco) estavam fora do escopo temporal, perfazendo um total de 16 publicações inclusas no estudo.

Para a análise dos resultados, foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo Temática (Minayo, 2010), a qual compreende três etapas desse processo de análise: pré-análise (organização do material e sistematização das ideias); descrição analítica (categorização dos dados em unidades de registros) e interpretação referencial (tratamento dos dados e interpretações). A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus textual para em seguida construção das categorias. Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões similares significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação onde o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, de acordo com a categorização presentes nas publicações.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### *Caracterização da amostra*

**Tabela 1.** Descrição dos artigos incluídos no estudo, conforme autores, ano de publicação, periódico e qualis.

Nº	AUTORES	ANO	PERIÓDICO	QUALIS
A1	Braz, E.; Ciosak, S.I.	2009	Esc Anna Nery	B1
A2	Moreira, M.D.; Caldas, C.P.	2007	Esc Anna Nery	B1
A3	Simonetti, J.P.; Ferreira, J.C.	2008	RevEscEnferm USP	A2
A4	Resende, M.C.F.; Dias, E.C.	2008	Physis	B2
A5	Perlini, N.M.O.G.; Faro, A.C.M.	2015	RevEnferm UERJ	B1
A6	Aguiar, E.S.S.; Gomes, I.P.; Fernandes, M.G.M.; Silva, A.O.	2011	RevEnferm UERJ	B1
A7	Guedea, M.T.D.; Damacena, F.A.	2009	Psicologia & Sociedade	B2
A8	Pinto, M.F.	2009	Acta Paul Enferm	A2
A9	Lemos, N.D.; Gazzola, J.M.; Ramos, L.R.	2016	Saúde e Sociedade	B2
A10	Faller, J.W.; Barreto, M.S.; Ganassin, GS.	2012	CiencCuid Saúde	B1
A11	Santos, S.S.C.; Pelzer, M.T.; Rodrigues, M.C.T.R.	2016	RBCEH Passo Fundo	B5
A12	Rocha, M.P.F.; Vieira, M.A.; Sena, R.R.	2008	RevBrasEnferm	A2
A13	Rodrigues, S.L.A.; Watanabe, H.A.W.; Dertni, A.M.	2016	RevEscEnferm USP	A2
A14	Diogo, M.J.D.; Ceolim, M.F.; Cintra, F.A.	2015	RevEscEnferm USP	A2
A15	Martins, J.J.; Albuquerque, G.J.; Nascimento, E.R.P.	2008	Texto Contexto Enferm	A2
A16	Mendes, G.D.; Miranda, S.N.; Borgues, M.M.M.C.	2010	RevEnferm Integrada	B5

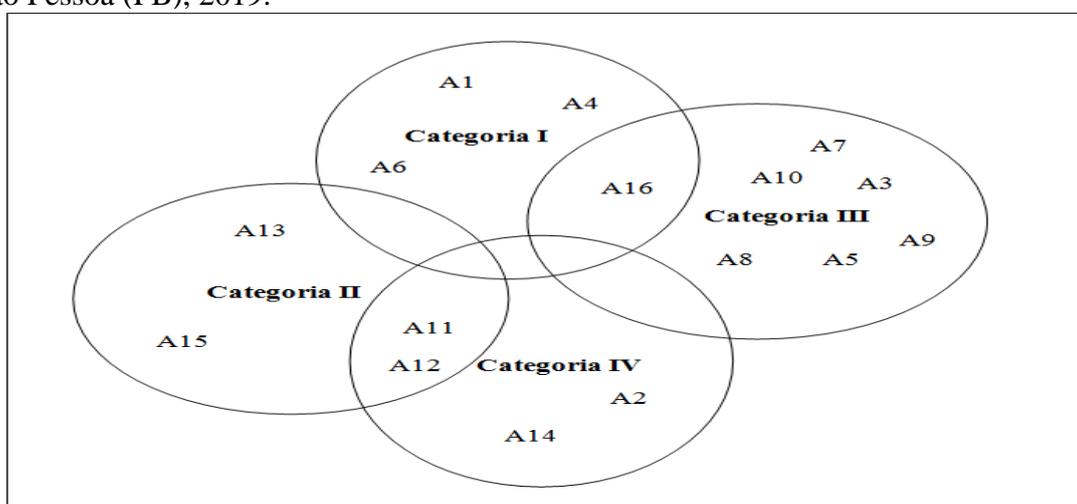
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Após o processo de filtragem e primeira leitura dos manuscritos selecionados, foi possível identificar que quanto ao ano de publicação a amostra se apresenta bem diversificada variando entre o ano de 2008 a 2016, no que diz respeito ao qualis a amostra possui impacto de nível científico, tendo em vista que 06 (37,6%) das publicações tem qualis A2.

Conforme preceitos da pesquisa qualitativa foi realizada a leitura na íntegra de forma exhaustiva e análise dos artigos incluídos no estudo, dessa forma emergiram quatro categorias temáticas, a saber: C1: Situações que levam o idoso a se tornar cuidador; C2: Compreensão do que é saúde para o cuidador idoso; C3: Mudanças no cotidiano ao assumir o papel de

cuidador; C4 – Tarefas mais difíceis no cotidiano dos cuidados ao idoso, tais categorias serão discutidas de acordo com a literatura pertinente. No intuito de melhor apresentação e esclarecimento da categorização temática, todo o processo foi descrito na figura 1.

**Figura 1.** Demonstração dos artigos participantes de cada categoria formulada no estudo. João Pessoa (PB), 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A figura 1 retrata a participação dos artigos na construção das categorias temáticas de acordo com os conteúdos emitidos com maior frequência referente ao problema pesquisado. Cada artigo incluso na revisão, tal como suas intersecções em que um mesmo artigo se encaixava em mais de uma categoria temática.

### **C1: Situações que levam o idoso a se tornar cuidador.**

Tanto as mudanças de comportamento e déficit cognitivos que antecedem a afirmativa do cuidado propriamente dito, geram situações de sofrimento intenso, é comum o surgimento de conflitos por se tratar de um momento de difícil tomada de decisões, inclusive no tocante à designação do familiar que assumirá os cuidados diretos do idoso, o que depende do gênero, grau de parentesco e vínculo afetivo (FARIA et al., 2017) .

Dessa maneira, nem sempre o cuidador está preparado para assumir todas essas responsabilidades e encarar as modificações que ocorrem em sua rotina, como o pouco tempo para a vida social, familiar e afetiva, podendo acarretar sobrecarga emocional, física e financeira, e até o adoecimento desse membro da família (FERREIRA; BARHAM, 2016).

Para se tornar cuidador de um idoso é necessário tomar conhecimento do que se trata, quais as mudanças irão ocorrer no modo de viver, quais as competências que deve desempenhar, ou seja, deve ser um processo gradual, contínuo, planejado e organizado, entretanto não é o que visualiza-se na realidade, uma vez que esse processo se dar de forma abrupta, sem conhecimento de causa, sem opinar e sem o mínimo de condições, porém o tornar-se cuidador é regado pela afetividade e pelo sentimento de gratidão (SILVA, 2016).

Gutierrez et al (2017) afirma que a escolha de se tornar cuidador acontece ao acaso e que a opção nem sempre é dada aos companheiros, sendo que, muitas vezes, esta é a tradução de um desejo do idoso dependente. Assim sendo, fatores como afinidade, laços afetivos e convivência diária são considerados primordiais pelo ser cuidado, na escolha do seu cuidador.

O processo de se tornar cuidador resulta de um artifício que envolve todo o sistema familiar culminando por influenciar na decisão de quem vai cuidar de um idoso dependente. Na ausência de um cuidador qualificado é o próprio cônjuge que assume essa responsabilidade, na maioria das situações também idoso. Tornar-se cuidador de um idoso doente e fragilizado, e com significativo grau de dependência não requer apenas a vontade, mas constitui uma experiência ambígua e impessoal, com potencial de mudar todo o cotidiano que se tinha, além das implicações de saúde que esses cuidadores estão expostos (RIBEIRO, 2017).

Concone (2015) relata que as representações sociais evidenciam a subjetividade da mulher idosa cuidadora do idoso dependente a nível domiciliar, interpretando os diferentes motivos subjetivos que a levaram a vivenciar tal papel, dentre os quais podemos destacar o débito de gratidão, obrigação do matrimônio, única opção, influência social e religiosidade. Esta decisão parece obedecer à normas de solidariedade entre os membros de uma mesma geração, partindo do pressuposto que participaram de projetos pessoais e familiares, comuns a ambos. Esta realidade está ainda muito arraigada na geração idosa por sustentar os sentimentos de respeito e gratidão de um com o outro, a reciprocidade.

Cuidar de uma pessoa idosa requer necessariamente respeito, afetividade, entendimento sobre o envelhecimento e organização de tarefas diárias que submergem o cuidador e o idoso, o qual requer uma construção e reconstrução cotidiana de afetos, de desvelo, para estarem todos os dias cuidando do idoso. Além de ser uma tarefa desgastante e estressante, o cuidador senescente, necessita também de cuidados, pois assume esse papel, somente pelo sentimento de agradecimento, gratidão e dignificação como pessoa (FERNANDES; SALIMENE, 2015).

Faz-se necessário que as estratégias de saúde intervenham a favor do cuidador idoso e que os mesmos devem ser priorizados, no sentido de maior atenção pelo serviço, tanto para o idoso que cuida quanto para o idoso que necessita de cuidados, objetivando fortalecer essa relação, uma vez que o cuidador idoso é um ser com necessidades próprias do envelhecimento (OLIVEIRA, 2014).

A tarefa de cuidar de um idoso dependente precisa ser compartilhada com toda a família a fim de evitar que a sobrecarga recaia sobre uma única pessoa. Os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem estar envolvidos no processo de reorganização das famílias, estimulando-as a se ajudarem no cuidado diário. Nesse cenário, além de ofertar assistência ao idoso, o enfermeiro pode oportunizar diálogos e definição conjunta de estratégias de cuidados no decorrer da evolução da doença, promovendo conforto, orientação e escuta qualificada às ansiedades apresentadas (FARIA et al., 2017).

## **C2: Compreensão do que é saúde para os cuidadores idosos.**

O termo saúde é passível de diversas conotações e definições, tendo em vista que é dotado de tamanha subjetividade em que o indivíduo poderá expressar seu conceito da maneira que melhor descreve a sua atual condição. É possível verificar a sensibilidade da saúde em relação a outras variáveis biológicas, sociais, psicológicas, financeiras e culturais, dessa forma não existe um conceito “engessado” que pode abranger todas as concepções.

A saúde para os cuidadores idosos está relacionada a ter disposição para fazer coisas ou tarefas do dia. A ausência de sintomas e problemas, não precisar de serviço de saúde ou de medicamento, não depender de alguém ou precisar de cuidado. É estar de bem com a vida, ter boa situação financeira e ter saúde, como uma dádiva divina, e estar saudável é conseguir realizar as atividades do dia a dia e pessoais ou de autocuidado, sendo assim, o significado de saúde está relacionado ao fato de não ter sintomas, ter disposição e não precisar de cuidados nem depender da atenção do outro, mantendo a capacidade funcional e a autonomia (AREOSA, 2014).

No que diz respeito a compreensão e entendimento de saúde, é notório que a atitude e característica primeira das pessoas, é revelar a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano. Sem o cuidado em qualquer fase da vida, o homem deixa de ser humano, desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Se ao longo da vida não fizer com cuidado tudo o que empreender, acaba por prejudicar a si mesmo (MENDES, 2016).

Na concepção da Organização Mundial de Saúde (OMS), o termo saúde é definido como completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença. A compreensão de saúde remete um alto grau de subjetividade e determinação histórica, na proporção em que os indivíduos declaram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a uma situação. O Ministério da Saúde (MS) completa ao afirmar que a saúde é definida como resultado mútuo das condições de alimentação, moradia, educação, lazer, transporte e emprego, e das formas de organização social (BARROS, 2012).

No entanto, sabe-se que os cuidadores com idade avançada podem apresentar doenças crônicas que dificultam o desenvolvimento de suas atividades ou que podem desencadear ou piorar problemas de saúde pré-existentes, levando o idoso cuidador às limitações (CESÁRIO et al., 2017).

Para a Enfermagem a Saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, dessa forma, é necessário implementar estados de equilíbrio que possa prevenir estados de desequilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento das suas necessidades humanas básicas, procurando sempre reconduzir à situação de bem-estar completo (LOBO, 2012).

### **C3: Mudanças no cotidiano ao assumir o papel de cuidador.**

Na presente categoria é possível identificar que de acordo com os estudos inclusos na pesquisa, os cuidadores relatam que as mudanças ocorridas no cotidiano após assumir a função de cuidador, concentram-se principalmente na falta de tempo para cuidar de si mesmo, no acúmulo de atividades e na sobrecarga depositada, ocasionando conflitos na vida conjugal e até mesmo comprometimento da saúde do indivíduo cuidador.

O cuidado diário requer do cuidador uma alteração bastante significativa em sua rotina, pois o cuidar sem orientações e preparo adequado, pode resultar numa tarefa desgastante, principalmente quando se estende por um longo período. De modo geral, em todo o mundo, cuidar de idosos é uma responsabilidade que pertence à esfera familiar, cumprindo assim uma norma social, contudo deve ser compartilhado por todos os membros familiares (BAUAB, 2014). Os membros da família que sejam adultos jovens apresentam maiores condições físicas de assumir o cuidado, no entanto, muitos já estão fora de casa, com emprego, formado e/ou constituiu outra família, emitindo dificuldades para assumir essa responsabilidade, o cuidar.

A prestação de cuidados se dá na maioria das vezes por pessoas que residem no mesmo domicílio do idoso, ou seja, seu cônjuge. Isso contribui para o surgimento de limitações e modificações no estilo de vida e das atividades diárias deste cuidador, em decorrência do acúmulo dos afazeres contínuos dispensados em domicílio (CARVALHO, 2016). O cotidiano dos cuidadores com tais interferências e lamentações, expõe o idoso a uma série de fatores desgastantes como o peso das tarefas e os agravos de doenças advindas das exigências do trabalho e das características de necessidades do idoso. Além disso, faltam-lhes informações, apoio físico, psicológico e financeiro, para enfrentar a rotina de atividades domiciliar, ficando o cuidador constantemente abalado emocional, psicológico e fisicamente (BÁRBARA, 2014).

O cuidador se dedica inteiramente a cuidar do idoso debilitado e esquece-se de cuidar dele mesmo, várias vezes negligencia sua própria saúde em função dos cuidados rotineiros a serem prestados ao idoso, uma vez que seu tempo está tomado em função do outro. Conforme o tempo disponibilizado ao ato de cuidar, as tarefas se tornam repetitivas, desenvolvendo no cuidador, fadiga pela saturação das atividades, levando-o a um possível adoecimento que se dá devido à dispensação de cuidados por tempo prolongado ao idoso, destacando a irritabilidade e a tensão como problemas de saúde mais presentes no cuidador idoso (AREOSA, 2014).

De acordo com as publicações analisadas, ocorrem ainda mudanças na vida social que são apontadas como consequência da impossibilidade de sair de casa, tanto pelo tempo que é despendido no cuidado, quanto pela falta de outra pessoa para supervisionar o idoso dependente na necessidade de ausência do cuidador. O cuidar traz implicações na interação social da maioria dos cuidadores, no entanto, a forma como essas alterações são encaradas diferem bastante. Essas afirmações remetem a reflexões sobre este comportamento dos cuidadores, que na maioria das vezes são idosos, e esta condição de cuidador idoso deve ser avaliada do ponto de vista da vitalidade e do vigor do cuidador para atender a um indivíduo dependente (MAGALHÃES, 2015; SILVA, 2013).

O impacto na vida social do cuidador idoso vai para além da retenção domiciliar, uma vez que deixam de participar até mesmo de atividade de lazer e de saúde, nesse caso é possível associar que estas pessoas estão frequentemente apresentando conflitos familiares, tendo como foco a forma como cuidam e como devem cuidar do idoso, desvalorizando o cuidado já exercido pelo cuidador idoso, sob a ótica de outros, que não estão envolvidos diretamente na rotina de oferta de cuidados (SCALCO, 2013).

Diante dessa problemática social, Santos-Orlandi et al (2017), ainda ressaltam quanto aos cuidadores idosos inseridos em contextos de alta vulnerabilidade social, destacando que as condições para o cuidado são ainda mais críticas. Isso porque vulnerabilidade social significa ausência ou dificuldade de apoio de instituições de segurança social, gerando situações que dificultam ou negam o exercício dos direitos sociais de cada indivíduo e afetam sua coesão social bem como a capacidade de reagir a situações adversas.

Outro fator importante que interfere no cotidiano do cuidador é a falta de recursos financeiros que na maioria das vezes falta ao idoso cuidador, que abraça esta causa, e ambos sobrevivem dos recursos provenientes da aposentadoria do idoso, que, em muitos casos, são insuficientes para atender as necessidades básicas do próprio idoso, ocasionando um cuidado desprovido de insumos e equipamentos, levando em consideração que uma única renda deverá comportar todos os gastos familiares, tanto do idoso quanto do cuidador que também é idoso, e requer cuidados praticamente iguais (ARAÚJO, 2013).

Nesse contexto, Cesário et al (2017) afirmam que a perspectiva é de que os cuidadores tornem-se potenciais pacientes do sistema de saúde ou se sintam impotentes a tal ponto que favoreça um quadro de institucionalização de idosos. Ambas as perspectivas são alarmantes, já que refletem um ciclo de adoecimento dos idosos cuidadores e/ou dessocialização do idoso.

#### **C4 – Tarefas mais difíceis no cotidiano dos cuidados aos idosos.**

O cuidar de idosos implica em diversas dificuldades e desafios, sobretudo no que diz respeito a realização de procedimentos e cuidados que apresentam uma maior complexidade (VERAS, 2016). As publicações inclusas no presente estudo dão conta que as dificuldades encontradas estão evidenciadas nas tarefas que envolvem as necessidades de eliminações (diurese e evacuações), higiene e alimentação, além da atenção para evitar quedas e engasgo, muito incidente na população idosa.

Portanto, o nível de instrução interfere de forma significativa no processo de cuidar de idosos, sendo que além de treinamento específico para lidarem com a situação de cuidar de outros, os cuidadores necessitariam de suporte social para manter a própria saúde e poder cuidar de si mesmo. Não dispondo de tal suporte, os cuidadores ficariam expostos a riscos de adoecer pela sobrecarga a que são submetidos (LABEGALINI et al., 2016).

Os mesmos autores anteriormente citados, ainda relatam que ao cuidador, são atribuídas tarefas que, na maioria das vezes, não são acompanhadas de orientações adequadas. Carente destas, a qualidade de vida do cuidador sofre um impacto. Cuidar de um idoso é uma

tarefa intensa, visto que esta condição é imposta a uma pessoa que não possui apenas essa atividade e acaba conciliando-a com outros afazeres, como o cuidado com filhos, casa, trabalho, entre outros.

Na ocasião em que um idoso é o cuidador, a sobrecarga física gerada é maior. Além dos cuidadores possuírem idades avançadas, estes são portadores de doenças crônicas e problemas osteo-articulares que dificultam a realização do cuidado do mais simples ao de maior complexidade, em que todos necessitam de manejo e força física. Assim, a prestação de cuidados torna-se comprometida diante das limitações do idoso cuidador e ao assumir a sobrecarga do cuidado, sem suporte familiar e/ou sem receber informações coerentes de como ser cuidador, é submetido a esforços físicos e emocionais, muitas vezes desnecessários, que podem transformá-lo em uma vítima, ou até mesmo agravar doenças pré-existentes (MAIA, 2017).

Dessa forma, os cuidadores idosos apresentam maior dificuldades em realizar o banho, lavar a cabeça e os cabelos, onde muitas vezes não dispõe de chuveiro e espaço adequado, bastante comum em residências de famílias carentes, especialmente na zona rural e cidades do interior, tornando o banho, o asseio, a higiene íntima, tarefas difíceis de serem executadas, o que deveria ser um momento de relaxamento, pode se tornar uma prática cercada por caos, sobretudo se o idoso for pouco colaborativo ou muito dependente, sendo necessário até mesmo que o banho seja realizado em outros ambientes, o que pode trazer maiores riscos na locomoção (DINIZ, 2016).

A situação ainda é mais agravada, quando o cuidado de idosos dependentes exige dedicação quase que exclusiva, fazendo com que o cuidador, na maioria das vezes, deixe de vivenciar outras experiências interpessoais e sociais, o que acaba afetando seu modo de encarar a própria vida. A alteração das suas atividades sociais, as mudanças nos relacionamentos familiares e no círculo de amigos são fatores limitantes para a sua vida social (LABEGALINI et al., 2016).

Ainda que a família tenha assumido com competência a função de cuidadora, muitas vezes o cuidado prestado é centrado em apenas uma pessoa, o cônjuge, também idoso, sem que lhe sejam fornecidos recursos, informações e as condições necessárias para que esse possa, de fato, executá-lo com empoderamento, ausente de prejuízos em seu bem-estar físico e mental decorrentes de práticas inadequadas seja de posicionamento, imperícia técnica, descarte de material, entre outros (CARVALHO, 2016).

O cuidador idoso é um sujeito presente no cenário assistencial nacional e esta realidade não pode ser omitida pelas estratégias de saúde da família e pelos órgãos

governamentais. A atenção e o suporte a essas pessoas são primordiais para um cuidado de excelência e a melhoria da qualidade de vida do idoso fragilizado e do próprio idoso cuidador (FERREIRA, 2014).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao final do estudo é relevante destacar a importância da pesquisa envolvendo cuidadores idosos e o quanto foi enriquecedor e desafiador o resultado deste trabalho. O ser humano apresenta necessidades de cuidados desde sua concepção até sua finalização do ciclo da vida na fase idosa, período em que se soma toda a história de vida com acúmulo das etapas que em muitos vem acompanhada de sofrimento biopsicossocial, realidade da maioria da população idosa independente da sua condição econômica.

É imperioso destacar, que os objetivos deste estudo foram integralmente alcançados e após a análise dos estudos, verificou-se uma grande carência de pesquisa que desvendem verdadeiramente na fala dos cuidadores idosos, a sua experiência em cuidar do ente querido com dependência.

Cabe aos pesquisadores investir em novas pesquisas com este público visto que o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e crescente e que associado às doenças crônicas se torna um processo limitante com dependências.

Sugere-se, portanto, que possam ser lançadas novas estratégias de saúde para tal público, bem como que os órgãos governamentais e as políticas de saúde públicas promovam e financiem ações de educação em saúde, cartilhas e visitas domiciliares para dar suporte aos idosos cuidadores uma vez que esses não recebem orientações e informação para prestar cuidado, em conformidade com as necessidades do idoso funcionalmente dependente. E que os profissionais de saúde estejam preparados e capacitados para a oferta de uma assistência qualificada que vislumbre a integralidade do indivíduo.

Dessa maneira, torna-se imprescindível o fornecimento de suporte adequado aos cuidadores idosos. Ao refletirmos nas implicações práticas desses achados, sugere-se que um acompanhamento conciso a esses cuidadores, com finalidade de minimizar agravos e melhorando a qualidade de vida dos mesmos.

## **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, Jeferson Santos et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idosos, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro**, v. 16, n. 1, p. 149-158, 2013.

AREOSA, Sílvia Virgínia Coutinho; HENZ, Letícia Fernanda; LAWISCH, Daniela; AREOSA, Renata Coutinho. Cuidar de si e do outro: estudos sobre os cuidadores de idosos. **Revista Psicologia, saúde & doenças**, v. 15, n. 2, p. 482-494, 2014.

BÁRBARA, Gleice Helen Silva; BONFIM, Fátima Kelle; CARVALHO, Clecilene Gomes; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. As dificuldades vivenciadas pelo cuidador do paciente portador de Alzheimer. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações**, v. 11, n. 2, p. 477-492, 2013.

BARROS, Anna Paula de Mendonça; MACHADO, Valéria Bertonha. Revisão Sistemática da produção científica sobre os benefícios adquiridos na promoção do envelhecimento saudável. **Revista eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 4, p. 414-424, 2012.

BAUAB, Juliana Pedroso; EMMEL, Maria Luisa Guillauman. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro**, v. 17, n. 2, p. 339-352, 2014.

BRITO, Maria da Conceição Coelho; FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima; MESQUITA, Karina Oliveira; LIMA, Gleiciane Kélen. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 161-178, 2013.

CARVALHO, Maria Irene Lopes. Supervisão profissional em Serviço Social: uma experiência de supervisão externa a coordenação de serviços domiciliares para pessoas idosas. **Revista Texto & Contexto**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 212-224, 2016.

CESÁRIO, Vanovya Alves Claudino et al. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 171-182, 2017.

CONCONE, Maria Helena Villas Bôas et al. Viúvas idosas: o que muda após a morte do marido doente?. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 265-293, 2015.

DINIZ, Maria Angélica Andreotti; MONTEIRO, Diana Quirino; GRATÃO, Aline Cristina Martins. Educação em saúde para cuidadores informais de idosos. **Revista Saúde & Transformação social, Florianópolis**, v. 7, n. 1, p. 28-40, 2016.

ERCOLE, Flávia Falci; MELO, Laís Samara; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2014.

FARIA, E. B. A. et al. Vivências de cuidadores familiares de pessoas idosas com doença de Alzheimer. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 16, n. 1, p. 01-09, 2017.

FERNANDES, Mary Ellen Bento; SALIMENE, Arlete Camargo de Mello. Cuidando de idosos no âmbito domiciliar. **Revista Portal de Divulgação**, v.1, n. 45, p. 57-70, 2015.  
FERREIRA, Camila Rafael; BARHAM, Elizabeth Joan. Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 111-130, 2016.

FERREIRA, Fernanda Pretti Chalet; BANSI, Luciana Orui; PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. Serviços de Atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais.

**Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 911-926, 2014.

GUTIERREZ, Lucila Ludmila Paula; FERNANDES, Neisa Rejane Machado; MASCARENHAS, Marcello. Caracterização de cuidadores de idosos da região metropolitana de Porto Alegre (RS): perfil do cuidado. **Revista Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 885-898, 2017.

LABEGALINI, Célia Maria Gomes et al. Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, 2016.

LOBO, Alexandrina de Jesus Serra. Relação entre aptidão física, atividade física e estabilidade postural. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 3, n. 7, p. 123-130, 2012.

MAGALHÃES, Kelly Alves; GIACOMIN, Karla Cristina; SANTOS, Wagner Jorge; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. A visita domiciliar do agente comunitário de saúde a famílias com idosos frágeis. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3787-3796, 2015.

MAIA, Rosely Cardoso et al. Da proteção ao risco: configurações da violência intrafamiliar na Juventude Paraense. **Revista Psicologia, Teoria e pesquisa**, Brasília, v. 33, n. 1, p. 1-8, 2017.

MENDES, Cinthia Filgueira Maciel; SANTOS, Anderson Lineu Siqueira. O cuidado na doença de Alzheimer: as representações sociais dos cuidadores familiares. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 121-132, 2016.

OLIVEIRA, Maria Caroline; BOARRETO, Mariana Laís; VIEIRA, Lizyana; TAVARES, Keila Okuda. Percepção do cuidador familiar de idosos dependentes sobre o papel do profissional da saúde em sua atividade. **Revista Semina Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 35, n. 2, p. 81-90, 2014.

PIZOLOTTO, Ana Laura Zuchetto et al. Organização da família no cuidado idoso com doença de Alzheimer. **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v. 16, n. 4, p. 41-54, 2015.

RIBEIRO, Patricia Cruz Pontifice Sousa Valente; MARQUES, Rita Margarida Dourado; RIBEIRO, Marta Pontifice. O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 865-872, 2017.

SANTOS-ORLANDI, Ariene Angelini dos et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170013, 2017.

SCALCO, Janaina Cristina et al. O dia a dia de cuidadores familiares de idosos dependentes. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 191-208, 2013.

SILVA, Júnia Denise Alves; COMIN, Fabio Scorsolini; Santos, Manoel Antônio. Idosos em instituições de Longa Permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. **Revista Psicologia: reflexão e crítica**, v. 26, n. 4, p. 820-830, 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela motivação para a realização dessa pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e a própria UFPB.

Assim como, os Grupos de Estudo: Grupo de Estudo e Pesquisa no Tratamento de Feridas (GEPEFE) e Grupo de Pesquisa em Doenças Crônicas (GPDOC).

## IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS EM IDOSOS EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

Nadjara Marciele do Nascimento<sup>1</sup>

Luíza Thomé de Araújo Macêdo<sup>2</sup>

Luís Antônio Soares da Silva<sup>3</sup>

### RESUMO

As Instituições de Longa Permanência são como uma residência coletiva que abriga idosos independentemente da situação socioeconômica, como também aqueles que tem dificuldades para desempenhar as atividades de vida diária. O estudo objetiva investigar as implicações psicológicas que o processo de institucionalização pode trazer para os idosos que moram em uma instituição de longa permanência. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, exploratória e descritiva, onde foram realizadas as entrevistas com 7 idosos. Os relatos foram gravados, transcritos e seguidos da análise comparativa com os compilados literários existentes. Foram criados núcleos, para facilitar a compreensão dos mesmos, sendo eles: O envelhecimento e o processo saúde-doença; Formas de confinamento; Normas e regulamentos; O envelhecimento e a vulnerabilidade social; Aspectos Psicológicos; A falta de equipe multiprofissional. Podendo concluir que os aspectos psicológicos influenciam a vida do idoso institucionalizado, contribuindo negativamente para o processo de cura ou afetando o seu adoecimento, fazendo surgir ou agravar novos sintomas, como: depressão, ansiedade e desesperança, sentimentos estes que estão presentes na vida destes idosos e associados a perdas ou afastamentos familiares.

**Palavras-chave:** Aspectos emocionais, Idosos institucionalizados, Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Envelhecimento este, que hoje faz parte da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo cada vez mais.<sup>1</sup>

Não há, pois, uma definição universal do que seja ser idoso. Atualmente tende-se a manter uma visão cronológica da velhice, pautada na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera idosa a pessoa maior de 60 anos, nos países em desenvolvimento, e maior de 65 anos, nos países desenvolvidos. Esta categorização é seguida também no Brasil, onde o Estatuto Nacional do Idoso, regulamentado pela Lei 10.741, de 2003, e a Política Nacional do Idoso, de 1994, consideram idosa a pessoa a partir dos 60 anos

<sup>1</sup> Mestre em oncologia pela Fundação Antônio Prudente - SP, [nadjara24@hotmail.com](mailto:nadjara24@hotmail.com);

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, [luzattm@outlook.com](mailto:luzattm@outlook.com);

<sup>3</sup> Graduando do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI-RN, [luis\\_soaares@outlook.com](mailto:luis_soaares@outlook.com).

de idade.

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais, está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.<sup>1</sup>

Em todos os países, especialmente nos desenvolvidos, a população está envelhecendo cada vez mais. Atualmente, o número de pessoas com mais de 80 anos chega a 69 milhões, e a maioria vive em regiões mais desenvolvidas. Apesar dos indivíduos com mais de 80 anos representarem aproximadamente um por cento da população mundial e três por cento da população em regiões desenvolvidas, esta faixa etária é o segmento da população que cresce mais rapidamente.<sup>1</sup>

Estima-se, que no ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. Mesmo com todo avanço tecnológico e biomédico, o corpo, no decorrer dos anos, passa por diversas alterações fisiológicas que trazem certo desgaste físico para cada sujeito. Dessa maneira, o idoso em sua grande maioria, necessita de auxílio para desempenhar algumas funções diárias, isso não significa dizer que seja necessário tomar decisões por ele, no entanto, percebe-se que muitos necessitam de ajuda para deambular, para ir ao médico e aos parques de convivência, assim como para serem orientados quanto às medidas preventivas de saúde, contudo, conseguem tomar decisões conscientes, fazer uso de medicamentos corretamente e no horário adequado, alimentam-se sem muitos desconfortos, o que os tornam úteis e autônomos.<sup>2,3</sup>

Atualmente para a sociedade, morrer aos 60 ou 70 anos é morrer cedo, é ter seu percurso de vida interrompido por doenças crônicas e degenerativas na maioria das vezes. O idoso que morre aos 60/70 anos é privado de alegrias e convivências. Assim, dispor de um envelhecimento saudável e proporcionar a eles qualidade de vida, é, sobretudo buscar aprender cuidados novos, autonomia e independência, de maneira a ir de encontro com a plenitude do envelhecimento com qualidade de vida, tanto almejado nos dias atuais.<sup>4</sup>

O processo de senescência é um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que ocorre concomitantemente ao envelhecimento, e que em condições normais não costuma provocar qualquer problema. Entretanto, em condições de sobrecarga como, por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência, processo conhecido como senilidade. Contudo a

senescência pode ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo.<sup>1</sup>

Muitos idosos quando chegam à senilidade são levados a abrigos por seus próprios filhos e familiares, sem vontade própria, onde permanecem por algum tempo e em alguns casos até o fim de suas vidas. Alguns são esquecidos pela família, sem receber visitas dos parentes, ficando ainda mais abalados com a ausência dos mesmos.

O processo de envelhecimento, quando atrelado a institucionalização de longa permanência, acaba por desencadear uma vulnerabilidade social, levando este a se tornar ausente do círculo de amigos e a obter um papel social pouco reconhecido diante da sociedade.<sup>5</sup>

Conforme os indivíduos envelhecem, as doenças crônicas degenerativas (DCD), especialmente as doenças mentais, transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento. As DCDs, enfermidades típicas da terceira idade, tem um alto custo para os indivíduos, as famílias e o Estado. De modo que muitas DCDs podem ser evitadas, ou pelo menos adiadas.<sup>1</sup>

Durante o processo de envelhecimento normal, ocorre não só o aumento de DCDs, mas algumas capacidades cognitivas (inclusive a rapidez de aprendizagem e memória) diminuem naturalmente com a idade. Entretanto, essas perdas podem ser compensadas por ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência. Frequentemente, o declínio no funcionamento cognitivo é provocado pelo desuso (falta de prática), doenças (como depressão), fatores comportamentais (como consumo de álcool e medicamentos), fatores psicológicos (por exemplo, falta de motivação, de confiança e baixas expectativas), e fatores sociais (como a solidão e o isolamento), mais do que o envelhecimento em si.<sup>1</sup>

A depressão é um quadro patológico que pode interferir nas atividades de vida diária dos idosos, logo irá influenciar diretamente na qualidade de vida destes, sendo, portanto, um problema de saúde pública. Assim como a doença de Alzheimer, que é uma doença neurodegenerativa, ambas têm um índice alto de acometimento em idosos no processo fisiológico de envelhecimento

Assim a avaliação do enfermeiro diante da pessoa idosa, deve incorporar os conhecimentos específicos de enfermagem, aqueles especializados sobre o processo de envelhecimento para estabelecer, no idoso e ao seu redor, as condições saudáveis e minimizar e compensar as perdas de saúde e as limitações relacionadas com a senescência e a senilidade.<sup>4</sup> O enfermeiro deve ainda, diante das suas atribuições, realizar rotineiramente a

avaliação neurológica, tendo em vista que os distúrbios neurológicos existentes são compreendidos como a principal causa de incapacidades nesta faixa etária.

Sendo desta forma, um dever dos profissionais de saúde enxergar os idosos de forma holística, promovendo a independência e assegurando a autonomia dos mesmos.<sup>3</sup>

É de suma importância, a conscientização quanto a essa etapa da vida que passa por diversas modificações, sendo necessário enfatizar a importância da qualidade de vida atrelada a saúde e programas de saúde preventiva, proporcionando a estes uma maior harmonia do corpo com a mente. Com isto, faz-se ressalva a importância de manter o idoso engajado na sociedade e em atividades produtivas, contribuindo desta maneira para o bem-estar físico, psíquico e emocional, diminuindo os riscos patológicos a que estes estão expostos e aumentando a expectativa de vida.<sup>3</sup>

A aceitação do idoso e dos profissionais de saúde diante das mudanças naturais fisiológicas e biopsicossociais fornece a ambos um melhor convívio e melhor qualidade de vida. Entretanto, não é com essas situações que nos deparamos todos os dias. Os idosos estão expostos a maus tratos, a acompanhantes despreparados e nem um pouco humanizados, o que torna o convívio entre estes, algo desprazeroso e sem motivação.

A casa geriátrica em questão, não dispõe de profissional enfermeiro, nem mesmo profissionais com qualificação adequada para cuidados geriátricos, o que na maioria das vezes dificulta o cuidado a ser oferecido, implicando em conflitos de interesses entre profissionais e idosos residentes na instituição.

É preciso que se estabeleça respeito pelo idoso, reconhecendo-o enquanto ser humano que, se por vezes, apresenta certa diminuição de suas habilidades físicas e sensoriais, possui outras qualidades que podem ser igualmente importantes.<sup>6</sup>

O presente estudo teve como objetivo principal investigar as implicações psicológicas que o processo de institucionalização pode trazer para os idosos que moram em uma instituição de longa permanência. Almejando descrever e analisar os principais aspectos emocionais presentes, que acarretam os idosos institucionalizados.

## **METODOLOGIA**

O estudo consiste em uma pesquisa qualitativa, do tipo história oral, exploratória e descritiva, que almejou analisar os aspectos emocionais presentes na vida dos idosos que moram em uma instituição de longa permanência situada no Rio Grande do Norte.

A pesquisa foi realizada no Abrigo de Idosos, localizado em um município do Rio

Grande do Norte. O abrigo foi fundado em 17 de dezembro de 1963, sendo esta uma instituição particular, mas que sempre carece de doações diversas, e que quando inaugurada contava com uma média de 26 idosos. No momento da realização desta pesquisa, a referida instituição abrigava 36 idosos que são naturais de diversas cidades dos estados do Rio Grande do Norte e da Paraíba, vindo a abrigar um usuário do estado do Rio Grande do Sul. Em sua estrutura física conta com 12 quartos, 8 banheiros, 1 refeitório e 1 área de convivência. Dependendo do tamanho dos quartos, uns acoplam 2 idosos, outros 3 e alguns ainda ficam com 4 idosos. Para a realização da divisão dos quartos, os funcionários se utilizam de critérios como a separação por sexo (alas masculinas e alas femininas) em primeiro plano e em segundo plano, que é feita a partir do grau de dependência física e psicológica.

Em se tratando do quadro de funcionários, a instituição dispõe de apenas 01 Técnico de Enfermagem, 02 médicos, sendo um clínico geral e um cardiologista, que atendem de forma voluntária e realizam suas visitas a cada 15 dias, 02 coordenadores, 02 cozinheiras, 02 vigias, 03 Auxiliares de Serviços Gerais e 01 acompanhante para a noite, chegando ao total de 11 funcionários e 2 voluntários.

Quanto ao funcionamento do serviço, a principal porta de entrada deste, é quando a família deixa o idoso na instituição, quando o poder Judiciário recebe denúncias de maus tratos ou quando em alguns casos o próprio idoso procura a instituição e pede para ficar. O custo financeiro para manter um idoso nesta, é uma base de R\$ 900,00 a R\$1000,00 mensais, e apesar de a maioria dos idosos não dispor de familiares de 1º grau, uma das maiores exigências da instituição é que o familiar fique sempre realizando visitas ao idoso. 13 idosos possuem dependência física e 4 possuem doença mental, sendo dos dependentes físicos 9 mulheres e 4 homens. As doenças mentais mais presentes são Depressão, Esquizofrenia e Doença de Alzheimer.

Quanto as doenças crônicas, as mais prevalentes são Hipertensão que abrange quase todos os internos e Diabetes Mellitus que atinge 3. As doenças agudas que mais ocorrem no dia-a-dia destes é a diarreia e a gripe. Em relação ao adoecimento destes idosos, quando ocorre a primeira medida a ser tomada é a procura pelo hospital, se o caso não é solucionado, o idoso é levado a uma Unidade Básica de Saúde e em último caso, procura-se um especialista particular.

A primeira refeição do dia, que compreende o café da manhã é servida às 6h30min, às 9h30min o lanche, às 11h30min é servido o almoço, às 15h30min o lanche da tarde, às 17h30min o jantar e às 20h30min é servida a ceia, entretanto os idosos podem realizar alguns lanches extras fora do horário.

Fizeram parte de uma amostra de Idosos de ambos os sexos, os que estão na referida instituição há mais de cinco anos e conseguem dialogar com facilidade, ou seja, os que correspondiam aos critérios de inclusão como participar apenas os idosos que estão na instituição há bastante tempo, que são lúcidos e conseguem dialogar com facilidade, como também se dispor de forma espontânea a participar do estudo, sendo destes uma amostra de 10 (37,7%) dos 36 idosos residentes na casa geriátrica em questão. Entretanto, devido a não aceitação de participação por parte de alguns, fez-se necessário acoplar no estudo também aqueles que estão na instituição a menos de 5 anos, e ainda assim só foi possível realizar o estudo com apenas 7 participantes, o que corresponde a 19,4% dos idosos abrigados.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sendo assim aprovado sob o Número 798.618 e apenas após aprovação, sendo realizada a coleta dos dados. Todos os participantes do estudo preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foi reforçado que a participação neste estudo era de forma espontânea e que o colaborador do estudo poderia interromper a sua participação sempre que achasse necessário.

Para a coleta dos dados foi utilizado um gravador de voz, onde se realizou uma entrevista semiaberta com a pergunta disparadora: “Como é para você envelhecer em uma instituição de cuidados para idosos? ”, em seguida o idoso discorreu sobre suas experiências de vida dentro da instituição em questão. As coletas ocorreram no mês de outubro de 2015. Desta forma, foram utilizados pseudônimos para representarem os idosos durante a descrição das falas.

O tipo de abordagem de análise que foi utilizada foi a História Oral (HO), onde os relatos foram gravados, transcritos e descritos, e posteriormente foi realizada a análise comparativa com os compilados literários existentes.

Assim sendo, foi construído núcleos de significados que irão facilitar a análise e discussão das falas, sendo estes: Envelhecimento e o Processo Saúde-Doença; O Envelhecimento e a Vulnerabilidade Social; Aspectos Psicológicos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo foi realizado na Instituição de Longa Permanência para Idosos, situado em um município no Rio Grande do Norte, a qual conta hoje com um quantitativo de 36 idosos onde, 7 (19,4%) foram entrevistados, tendo em vista que apenas 10 eram lúcidos e orientados, entretanto 3 se negaram a participar do estudo.

Durante as entrevistas conseguíamos estabelecer breves diálogos onde de forma sucinta, os mesmos revelavam fatos de sua vida passada, os quais se diziam importantes e relevantes para o estudo. Neste sentido, a leitura e a escuta dos depoimentos nos permitiram construir núcleos de significados que nortearão a nossa discussão sobre os aspectos emocionais de idosos institucionalizados.

## **Envelhecimento e o Processo Saúde-Doença**

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo ocorrendo modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com ritmo e intensidade diferentes para cada indivíduo, que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.<sup>7,8</sup>

Apesar de o envelhecimento ser um estado natural do ser humano, ele é visto de maneira difícil, onde mudanças acontecem no decorrer dos anos, no passar da vida, tanto na esfera biológica quanto psicológica. Então, a compreensão das mudanças em seu corpo, a partir do entendimento de que algumas patologias surgem com a idade, estando associadas às mudanças dos hábitos de vida dessas pessoas causam um impacto considerável na vida dos mesmos.

Podemos observar um impacto destas patologias na vida dos idosos, mudando verdadeiramente a rotina e o sentido da vida dos mesmos, como visto no depoimento a seguir:

Onix: *“O que mais sinto falta é da realidade da vida! Essa perna, o Dr. cortou minha perna sem eu ser doente, eu não tenho doença nenhuma, só tenho felicidade, a minha doença é essa perna. ”*

Na fala do Onix, o mesmo afirma não ser possuidor de doença de base, atrelando a ausência de uma das pernas como sendo o seu incomodo de vida. Para ele, não ter doença é só ter felicidade, nos remetendo a toda discussão em torno da saúde como ausência de doença, e então este é acometido pela recusa do processo de envelhecimento.

Quando atrelado ao início do processo de envelhecimento e suas manifestações naturais, o idoso torna-se vulnerável a fatores como: a sua aceitação ou recusa do processo de envelhecimento; e a sua aceitação ou rejeição pelo meio. Tais fatores são imprescindíveis para o processo de envelhecimento psicológico de alguém.<sup>9</sup>

A Ametista arremete a falta de maiores perspectivas de vida atrelada ao estar doente:

Ametista: *“Saúde. Eu ter bem saúde, aí era minha felicidade. Eu não tenho saúde. Tem mais sonho não minha filha, tem sonho de nada, porque a gente doente não serve pra nada. Tenho sonho não.”*

Assim sendo, podemos perceber na fala acima que o idoso fica à mercê da patologia que o afeta, perdendo assim suas perspectivas de futuro, sonhos e idealizações, ficando totalmente entregue ao ócio e à falta de motivação com a própria vida.

Em sua fala, o Rubi mostra o quanto o fator doença pode ser impactante e trazer prejuízos para sua vida pessoal:

Rubi: *“Fico feliz quando eu tô bom, mas quando eu tô doente fico meio triste. Até pra andar mesmo.”*

Mais uma vez é notório o discurso em torno do conceito de saúde como ausência de doença, como algo que interfere diretamente em seu bem-estar físico e psíquico, e que, de certa forma acaba por desencadear prejuízos para sua vida não só pessoal, mas todo o contexto familiar e social, sendo desta forma possível observar o quão impactante é a perda de capacidades funcionais na vida de um idoso, quando nos deparamos com a fala do Topázio:

Topázio: *“Era o melhor tempo, o tempo que eu tinha saúde. Achava bom. Teve um tempo que eu só vivia no meio do mundo farreando, dançando forró, andando por vaquejada, o escambal. Eu era farrista. Aí eu adoeci dessa porcaria (Trombose Venosa Profunda). Nenhuma pessoa minha é doente desse jeito. Só quem teve essa porqueira foi eu. Pagando meus pecados.”*

Nesta fala analisamos que o idoso vê a saúde e a felicidade como algo distante de sua vida, algo vivenciado no passado, tempo em que dispunha de autonomia e independência física. Observamos ainda que o impacto das doenças de base na vida deste idoso foi bastante considerável, visto que este passa de um ser totalmente independente e ativo no meio social a uma pessoa com limitações físicas e necessidades de acompanhamento para realização de atividades da vida diária. Como também, podemos ver ainda a alusão que é feita sobre a doença ser castigo de pecados cometidos na Terra.

Portanto, diante destas falas, podemos perceber que grande parte dos idosos institucionalizados possui alguma limitação, seja ela física ou psicológica, a qual implica em prejuízos na sua vida, no que tange a qualidade de vida e a relação interpessoal e com familiares dos mesmos. Assim sendo, torna-se cada vez mais difícil às relações no meio familiar, surgindo assim à necessidade de apoio de terceiros, fator extremamente impactante na vida do idoso.

Nesse processo evolutivo de degeneração, torna-se difícil viver sem apoio de terceiros, uma tarefa árdua em razão da dependência física do paciente e da inviabilidade de diálogo e qualquer forma de expressão deste. Este cuidado integral causa desgaste da família que vivencia uma verdadeira revolução domiciliar, levando na maioria das vezes a institucionalização do idoso.<sup>8,10</sup>

## **O Envelhecimento e a Vulnerabilidade Social**

O processo de envelhecimento quando atrelado a institucionalização de longa permanência, acaba por desencadear uma vulnerabilidade social, levando este a se tornar ausente do círculo de amigos e a obter um papel social pouco reconhecido diante da sociedade.<sup>5</sup>

A fala da Ametista mostra a vulnerabilidade social a que ela está exposta atrelado ao papel que exerce diante da sociedade:

*Ametista: “Eu paguei uma mulher pra cuidar de mim, ela só cuidava até meio dia, aí ela se aborreceu com ela mesmo, porque eu era muito boa pra ela (choros), aí disse que ia simhora porque não aguentava lidar com doente (...).”*

Na fala acima, pessoas sem preparo físico e psicológico acabam por passarem a ser cuidadores geriátricos, de forma a oferecer cuidados de baixa qualidade, pouco humanizados, gerando conflitos de interesses para ambos. Torna-se constrangedor para o idoso que paga para ter um cuidador, e passa a não ser da forma esperada, sendo este serviço oferecido sem carinho, sem cuidado humanizado e ainda sem preparo teórico e prático para tal, e ainda para o cuidador que por não ser preparado não consegue lidar bem com a situação.

A ausência, acarretada ou não pela distância de parentes e amigos, acaba por desencadear maior vulnerabilidade social e saudade extrema, como podemos observar nas falas de Pérola e Turmalina:

*Pérola: “Saudade eu tenho demais dos meus pais, dos meus irmãos, é eu só tenho um irmão agora, os outros já morreram tudo. Felicidade pra mim era vê minha família que mais dos tempos vem do Ceará, do Pernambuco, é porque é longe mulher pra eles tá vindo pra cá né?!”*

*Turmalina: “Sinto saudades das minhas amigas de lá, sim. Vez em quando me ligam.”*

Torna-se nítido nas falas de Pérola e Turmalina o quanto a institucionalização a longo prazo acarretou a vulnerabilidade social e o afastamento dos seus círculos de amigos e

familiares. Algo também bastante presente não só nessas falas, como também na da maioria dos idosos entrevistados.

Para tanto, uma vez vulnerável e longe de todas as pessoas a quem foi confiado tanto amor e carinho, os idosos em processo de institucionalização acabam por desenvolverem sentimento de tristeza e solidão.

### **Aspectos Psicológicos**

O processo de institucionalização por sua vez, acaba por desencadear sentimentos de tristeza e solidão que estão presentes em boa parte das falas, onde os idosos queixam-se da falta de visitas familiares e de se sentirem sozinhos, esquecidos.

Um dos fatores psicológicos que mais afetam os idosos é a solidão. A solidão é a resposta à ausência de uma função relacional particular ou a ausência de uma constelação de funções relacionais. A falta sentida pode ser causada pela perda de um vínculo ou por uma perda na rede social. Assim sendo, a solidão pode ser sentida a um nível emocional ou a um nível social.<sup>12</sup>

O meio ecológico exerce influência no sentimento de solidão, sendo que no meio rural os sujeitos referem menos sentimentos de solidão que no meio urbano.<sup>13</sup>

Como podemos observar na fala do Onix, o sentimento de tristeza está bastante presente: presente quando por algum motivo algo que gosta muito ou que era acostumado a realizar anteriormente, lhe é negado.

Onix: *“Às vezes sim (Triste). Eu sinto assim quando eu quero uma coisa e gosto daquela coisa e não deixam eu comprar. Aí a comida do jeito que vier eu não gostando eu devolvo tudo”*

O idoso citado acima se refere a sentimentos de tristeza quando por algum motivo, algo que gostou bastante lhe é negado, como no caso da alimentação por ele citado. Torna-se possível perceber que o mesmo passou de uma condição social independente a um idoso que depende da autorização ou não da instituição para aquisição de algum tipo de alimentação que por ventura lhes satisfaça.

Já para Pérola e Topázio os sentimentos de tristeza neste contexto vêm com intuito de confirmar a afirmativa de que, a falta sentida pode ser causada pela perda de um vínculo ou por uma perda na rede social, como podemos observar:

Pérola: *“tem dia que é (Fica triste), mais não é por nada daqui não. Tudo é na paz. É porque tem dia, toda vida, desde que meus pais morreram e meus irmãos aí eu choro*

*(CHORO), mas por conta daqui, nunca tive.”*

Topázio: *“depois que minha irmã morreu. Fiquei mais longe da família sabe. Ninguém vem aqui, meu cunhado não veio mais nem a menina veio. Tem uns que moram em Florânea, longe que só a molinga, vem aqui quando quer. Guardo mágoa não sabe”.*

Sendo, desta forma, possível perceber que os sentimentos de tristeza presentes nestes idosos estão intimamente ligados à distância e/ou perda familiar e de amigos próximos, de maneira que estes passam a se sentir mais sozinhos, esquecidos, entregues aos cuidados da instituição.

Em pesquisa, alguns autores relatam que a importância da família na vida de todos os idosos institucionalizados é expressiva, observa-se que a família está contemplada, por outro lado, o sentimento da baixa autoestima emerge quando deles se acerca a sensação de exclusão afetando a sua identidade pessoal, por não ter o seu papel de idoso sido reconhecido pela família, o que por certo daria outro significado às suas vidas.<sup>11</sup>

A fragilidade e vulnerabilidade psicológica, a que os idosos estão expostos interferem completamente no desenvolvimento destes, como também no surgimento de doenças psicossomáticas, que podem levar o idoso a um quadro regressivo precocemente.

Como é possível observar na fala de Jade, quando questionado em relação ao tempo de institucionalização:

Jade: *“Nem lembro, não lembro não. Taí uma coisa que eu não lembro, tenho um esquecimento horrível”*

Desta forma percebe-se uma perda significativa da memória, como de fato responde a uma regressão cognitiva precocemente, o qual pode estar atrelado ao abandono familiar e ao ócio bastante presente na instituição em questão, de forma que quando não estimulada essa resposta à memória, a mesma vai entrando em desuso e então o idoso perde essa capacidade de assimilar fatos de sua vida, principalmente no que tange a memória à curto prazo.

Muitas são as patologias que fazem parte do processo de envelhecimento e que interferem diretamente na forma como os idosos devem ser tratados e como deve ser o seu convívio frente à sociedade, entre elas estão a demência, o Alzheimer, a depressão, a ansiedade e a desesperança.<sup>14</sup>

O quadro de depressão, ansiedade e desesperança torna-se bem mais frequentes em idosos institucionalizados. O sentimento de abandono e instabilidade em relação ao futuro é frequente e então começam a aparecer os sintomas característicos da ansiedade. A depressão, ansiedade e desesperança estão intimamente ligadas, sendo o índice de correlação mais acentuado entre idosos com depressão e ansiedade.<sup>14</sup>

A depressão é uma patologia de fundo psicológico bem presente na vida dos idosos. Em pesquisa realizada ele descreve que os idosos relataram a depressão como sendo uma doença psicoafetiva, psicossocial e psicossomática respectivamente, sendo a depressão psicoafetiva a mais enfatizada por eles e a mais proveniente da tristeza e de pensamentos nefastos.<sup>15</sup>

Em pesquisa realizada, alguns autores relatam que a incidência dos sintomas da depressão é bastante presente em idosos institucionalizados. Em contraposição, idosos que participam de centro de terceira idade quase não o apresentam, ou apresentam em pequenas proporções. A ansiedade também está bastante presente na vida destes, sendo classificada como ansiedade grave, o que se torna um dado bastante preocupante. Já a desesperança foi considerada como moderada nesse mesmo grupo.<sup>14</sup>

É possível observar exemplos de idosos com depressão dentro da instituição, nas falas de Ametista e Turmalina:

Ametista: *“Quero conversa hoje não, to assim deprimida”.*

Turmalina: *“É a gente se acostuma né! Eu me acostumei, agora era melhor se não precisasse tá ali, por causa da depressão”*

Para tanto, podemos ver que Ametista e Turmalina relatam verbalmente que se sentem deprimidos, que a depressão é algo bastante presente em suas vidas e que muda verdadeiramente a rotina dos mesmos. Assim sendo, a depressão por vezes, acaba por desencadear isolamento, afastamento de atividades de grupo, de movimentos sociais e de lazer dentro da instituição, o que de certa forma potencializa os efeitos que o quadro depressivo pode trazer para a vida dos mesmos.

No entanto, Topázio associa os momentos de depressão a lembranças boas de passado distante, como podemos observar a seguir:

Topázio: *“Às vezes aparece um desgosto a noite, mais aí eu tiro o pensamento aí desaparece. Desgosto assim, de quem era eu antigamente, só vivia no meio do mundo, tranquilo. Farreando, brincando, comendo bem no meio do mundo, farrista demais eu era”.*

Para tanto o idoso citado acima fala dos sentimentos de tristeza e desesperança associados a lembranças passadas, lembranças de boas recordações de um passado bastante distante. Mesmo diante das dificuldades enfrentadas, do afastamento familiar e da ociosidade, este tenta de toda forma desviar esses pensados, afastá-los, para assim conseguir viver bem, conseguir a paz interior.

Torna-se possível perceber que a Depressão está tão presente na vida do idoso institucionalizado, que este acaba por expressar abertamente a patologia que o acomete, mostrando-a como algo que interfere diretamente em sua vida pessoal e social.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base no estudo realizado torna-se notório o quanto os aspectos psicológicos influenciam a vida do idoso institucionalizado, contribuindo negativamente para o processo de cura ou afetando o processo de adoecimento, atribuído ao surgimento/agravamento de novos sintomas como: depressão, ansiedade e desesperança. Todos os aspectos que fazem parte do processo de envelhecimento levam-nos a perceber que grande parte dos idosos que permanecem em instituições de longa permanência vivenciam experiências de traumas passados, como o abandono e grandes perdas familiares, ou possuem algum transtorno mental adquirido através do próprio processo de institucionalização.

O estudo mostra ainda o quão impactante é para o idoso o afastamento familiar e de parentes e amigos, visto que uma vez inserido no contexto da instituição o idoso perde, totalmente ou em partes, os vínculos construídos lá fora, e então deixa de ser enxergado pela sociedade como um ser útil, e passa a ser visto como mais um ser sem utilidade alguma, sem nada a acrescentar.

O idoso é um ser frágil e vulnerável do ponto de vista existencial, que necessita de ajuda para realizar as atividades rotineiras, que se apresenta com o sistema imunológico um pouco mais deprimido que as outras pessoas e que por esse motivo se depara mais facilmente com patologias (principalmente do tipo viral), e que precisa de outras pessoas para ampará-los. Dessa forma, o idoso torna-se bastante susceptível a influências externas, como o abandono familiar, o distanciamento de parentes e amigos e o afastamento do meio social, o que contribui para com o processo de adoecimento.

Desta maneira, envelhecer com saúde mental torna-se cada vez mais difícil e distante da nossa realidade, uma vez que inserido nestas instituições o idoso passa por várias turbulências e acaba por desencadear doenças e afecções psicossociais.

Vimos durante a análise, que os sentimentos de tristeza, solidão e ainda a depressão, estão bastantes presentes na vida destes idosos, sentimentos esses que são em sua grande maioria associados a perdas ou afastamentos familiares.

Diante de todo o exposto, é de suma importância a realização de atividades de reinserção do idoso na sociedade, de forma a fazer deste um protagonista da sua própria

história e não apenas um mero personagem. Atividades essas, que facilitam o envolvimento destes com o meio externo e com as pessoas que fazem parte do seu cotidiano, contribuindo positivamente para o seu processo de saúde-doença. Torna-se assim, importante realizar atividades recreativas, proporcionar esporte e lazer, atividades manuais (artesanato), festas comemorativas abertas à comunidade, assim como exposição dos trabalhos por eles produzidos, a fim de mostrar a sua importância e o quanto ele ainda é útil no dia-a-dia das pessoas e para a condução de sua própria vida.

Sabendo que a promoção e a manutenção do status funcional em idosos resultam em melhor qualidade de vida e em um envelhecimento mais bem sucedido,<sup>16</sup> faz-se ressaltar a importância do idoso expressar seus sentimentos, participar das escolhas referentes à própria vida, expor suas opiniões e principalmente ser ouvido por aqueles que lhe rodeiam.

As casas geriátricas devem prezar para além do cuidado estrito, cuidado esse que não preze apenas pela saúde e pelo atendimento das necessidades básicas, mas sim, que priorize também o cuidado humano, aquele que acolhe e reconhece a existência do outro, aquele que resgata o seu papel e importância no mundo. “Precisamos do cuidado porque sem ele o ser humano não vive nem sobrevive”.<sup>17</sup>

Espera-se com esse trabalho ter contribuído para que sejam feitas maiores reflexões sobre a vivência dos idosos em casas geriátricas e como o cuidado a este pode ser aperfeiçoado, de maneira a propiciar-lhes um processo de envelhecimento saudável e com qualidade de vida, diminuindo desta maneira os altos índices de complicações psicológicas no idoso institucionalizado.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.
3. Gandolpho MA, Ferrari MAC. A enfermagem cuidando de idosos: reflexões bioéticas. **Rev O Mundo da Saúde** [online]. 2006, ano 30, vol 30, n3. Disponível em: [http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/38/enfermagem\\_cuidando\\_idoso.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/38/enfermagem_cuidando_idoso.pdf). Acesso em: maio de 2019.
4. Ohara EC, Saito RXS. (orgs). Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

5. Bergamo VM, Dall'agnol CC, Rupolo DJ, Paes KMR, Pimentel CF, Alguquerque. O Idoso Institucionalizado como Foco de sua Atenção: relato de experiência. São Paulo: Gerações, 2009.
6. Del Prette ZAP, Del Prette A. Psicologia das Habilidades Sociais: terapias e educação. Petrópolis – RJ: Vozes, 1999.
7. Carvalho Filho ET, Papaléu Netto N. Geriatria: Fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo. Atheneu, 2000.
8. Vieira Brandão E. Manual de Gerontologia. São Paulo: Papilus, 1995.
9. Vargas, H. S. Aspectos Psicológicos e Psicopatológicos do Envelhecimento. Semina, 8(2): 203-07, 1981.
10. Garrido R, Almeida OP. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. **Arq Neuro Psiquiatr.** 57 (2-B): 427 – 34, 1999.
11. Somchinda A, Fernandes FC. Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados. 2003.
12. Weiss RS. Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT Press, 1973.
13. Coimbra JFM, Silva MED. O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas : a influência da autonomia funcional e do meio ecológico. Dissertação de Mestrado, 2008. Acesso em: 20 de maio de 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/947>.
14. Oliveira KL, Santos AAA, Cruvinel M, Neri AL. Relação entre ansiedade depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em estudo.** 2006, vol 11, n 2, pp 351 – 9.
15. Coutinho MPL, Gontiers B, Araújo LF, Sá RCN. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF**, v 8, n 2, p 183-92, Jul/Dez 2003.
16. Duarte MCS, Lima US, Albuquerque KF, Evangelista CB, Souto HC, Patrício ACFA. Fragilidade e status funcional de idosos institucionalizados. **J. res.: fundam. care.** online 2015. jul./set. 7(3):2688-2696
17. Boff L. O cuidado essencial. Informativo da PACS. N 2, dezembro de 2002 – fevereiro de 2003.
18. Silva NMN, Azevedo AKS, Farias LMS, Lima JS. Caracterização de uma instituição de longa permanência para idosos. **Rev Cuidado é Fundamental** [online]. 2017, jan./mar. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5304/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5304/pdf_1). Acesso em: 22 de maio de 2019.
19. Storti LB, Quintino DT, Silva NM, Kusumota L, Marques S. Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2751. [Access 22 de maio de 2019]; Available in: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02751.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02751.pdf). DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0580.2751>.
20. FRADE, João; BARBOSA, Patrícia; CARDOSO, Susana e NUNES, Carla. **Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados.** *Rev. Enf. Ref.* [online]. 2015, vol.serIV, n.4, pp.41-49. [ Access 22 de maio de 2019] ISSN 0874-0283. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>.

## LEMBRO DA ANTIGA ENFERMEIRA, MAS DA DE ONTEM NÃO:

### Terapêutica de Enfermagem e o Idoso com Doença de Alzheimer

Juliana Andreia Fernandes Noronha<sup>1</sup>  
Joyce Kelly Araújo da Silva<sup>2</sup>  
Ana Beatriz Gouveia de Araújo<sup>3</sup>  
Jank Landy Simoa Almeida<sup>4</sup>

#### RESUMO

A Doença de Alzheimer se caracteriza como crônica, progressiva, incapacitante e de início insidioso. Os primeiros sinais da doença incluem o comprometimento do pensamento, do raciocínio e da memória, deteriorando com o tempo e tornando o indivíduo cada vez mais dependente de cuidadores, reduzindo drasticamente sua autonomia para a realização de atividades simples do cotidiano. Conviver com pacientes que apresentam Doença de Alzheimer requer alteração significativa na dinâmica familiar, pois as novas necessidades do membro doente precisam ser incluídas no cotidiano de todos os envolvidos nesse processo. O objetivo do estudo foi analisar como acontece a assistência de enfermagem ao paciente com doença de Alzheimer. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada entre os meses de março e abril/2019, para a qual se obteve uma amostra de 14 artigos analisados, dentre 39 documentos triados. Foram definidas quatro categorias de análise: Processo diagnóstico da Doença de Alzheimer; Assistência multiprofissional e visão holística; Principais diagnósticos de enfermagem; Assistência de enfermagem ao portador de Doença de Alzheimer. Percebe-se a necessidade de uma atenção especializada e integrada a esses pacientes, enfatizando a atuação do enfermeiro que tem destaque no processo de cuidado desse paciente.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer, Cuidados de Enfermagem, Saúde do Idoso.

#### INTRODUÇÃO

A Doença de Alzheimer (DA) é uma patologia neuro-degenerativa, irreversível e progressiva caracterizada por danos graduais da função cognitiva e por distúrbios tanto comportamentais como afetivos (CORREA et al., 2016).

De acordo com Ilha (2016) o desenvolvimento da doença é dividido em três estágios: o primeiro é considerado leve, a pessoa idosa evidencia confusão e perda de memória, desorientação, dificuldades em seu cotidiano, mudanças na personalidade e na capacidade de julgamento. O segundo é o moderado, em que ocorre a evolução dos primeiros sintomas para

<sup>1</sup> Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG; Professora da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG – Campina Grande. E-mail: juli.noronha@gmail.com;

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. E-mail: joyce\_kelly97@live.com;

<sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. E-mail: bia\_araujo38@hotmail.com;

<sup>4</sup> Enfermeiro; Professor da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. jankalmeida@gmail.com.

a incapacidade na realização das atividades da vida diária, além de ansiedade, delírios, alucinações, agitação noturna, alterações do sono, dificuldades de reconhecimento de amigos e familiares. E o terceiro é o estágio caracterizado pela redução acentuada do vocabulário, diminuição do apetite e do peso, descontrole esfíncteriano e posicionamento fetal.

A DA inicia com manifestações cognitivas que culminam em deficiência progressiva, que leva à incapacidade e até à morte. Os primeiros sinais da doença incluem o comprometimento do pensamento, do raciocínio e da memória, deteriorando com o tempo e tornando o indivíduo cada vez mais dependente de cuidadores, reduzindo drasticamente sua autonomia para a realização de atividades simples do cotidiano. Conviver com pacientes que apresentam DA requer alteração significativa na dinâmica familiar, pois as novas necessidades do membro doente precisam ser incluídas no cotidiano de todos os envolvidos nesse processo. Evidencia-se a demência do tipo Alzheimer como um importante problema de saúde pública em todo o mundo, no Brasil o número de idosos com demência cresce todos os anos (VENTURA, 2018).

É importante que o cuidado não esteja apenas fixado no idoso, mas também em seus familiares e cuidadores, pois se sabe que é um diagnóstico que muitas vezes não é recebido de forma positiva. De acordo com Karen et al. (2018) é útil desenvolver tecnologias que auxiliem no cuidado, relacionando ao bem-estar também dos que estão próximos aos idosos, diminuindo a sobrecarga dos que prestam assistência qualificada a pessoa idosa, percebendo a individualidade de particularidade de cada ser.

É de relevância a ocorrência de vivências que relacionam além dos familiares e cuidadores também os profissionais de saúde, realizando a criação de grupos, em que é possível educar de forma efetiva, possibilitando o bem estar dos pacientes no contexto da DA em pessoas idosas, podendo contribuir para outros que profissionais da área da enfermagem e da saúde sintam-se influenciados a desenvolver diferentes espaços terapêuticos com vistas a auxiliar as pessoas e famílias no seu processo de cuidado (ILHA, 2017).

É perceptível que a maioria dos profissionais possui dificuldade com os idosos com DA devido ao fator memória, tendo em vista que é perdida de acordo com a progressão da doença, perdendo de forma precipitada nos idosos acometidos. Como exemplo, na área psíquica há o emprego de atividades que exercitem a mente e o corpo, possibilitando e influenciando os idosos a realizar tarefas que saem da rotina de um idoso com DA, já que grande parte das tarefas de cuidado diário são realizadas pelos cuidadores que passam o dia com esses pacientes (FERNANDES et al., 2018).

A deficiência na memória dos idosos acometidos pela doença de Alzheimer é uma das principais questões que interfere no cuidado, além de demonstrar como é importante a atenção, a assistência, o apoio e a paciência dos cuidadores ao lidar com os lapsos de memória diária desses idosos. É importante que a assistência esteja não apenas nas habilidades práticas, mas também na qualidade do cuidado oferecido e no desempenho, além disso o conhecimento teórico e científico sobre o Alzheimer e seus estágios, e sobre outras patologias frequentes em idosos (ID, 2018).

Consideravelmente os profissionais de enfermagem que atuam no cuidado a essa clientela podem se responsabilizar a desenvolver métodos que possibilitam a participação dos pacientes e dos familiares, provocando uma boa relação além de incentivar os parentes mais próximos a entender os processos de senescência e senilidade, buscando entender as heterogeneidades do processo de envelhecimento, e dessa forma conseguindo oferecer a assistência correta e integral ao idoso. Ainda assim, essa assistência deve ser cooperativa, tanto para o paciente quanto para o cuidador e sua família (FARFAN et al., 2017). Em função do exposto, denota-se a pergunta da pesquisa: Como acontece a terapêutica de enfermagem em idosos com doença de Alzheimer?

Destarte, a partir deste contexto o objetivo do estudo foi descrever a assistência de enfermagem que pode ser prestada ao paciente com doença de Alzheimer potencializando a eficácia do tratamento deste.

## **METODOLOGIA**

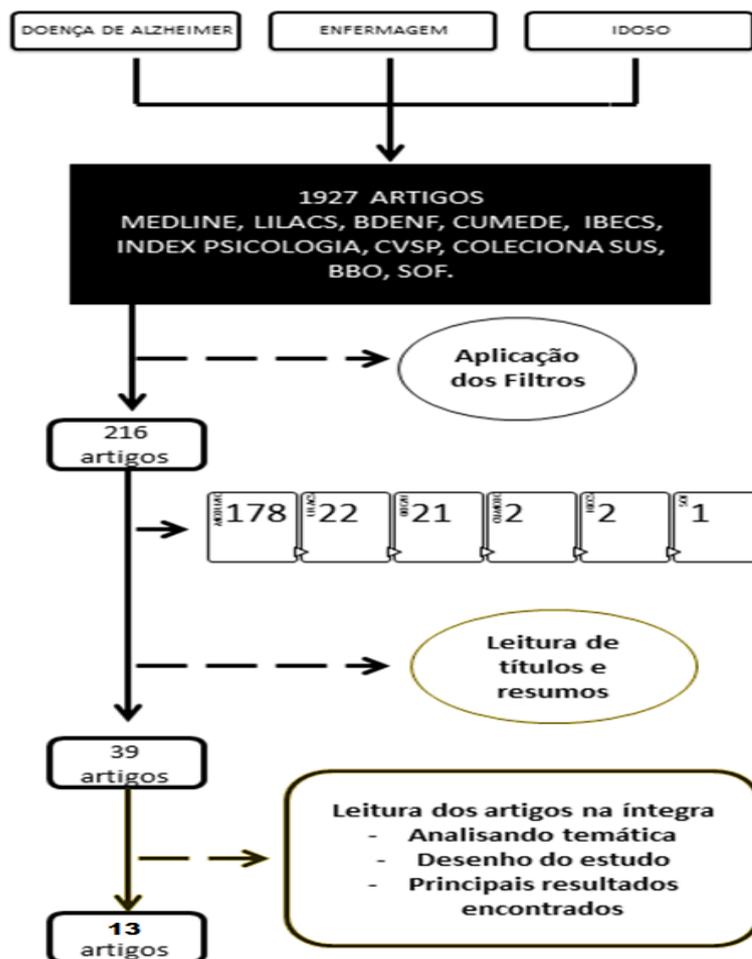
O estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura (RIL), desenvolvido a fim de perceber a saúde tanto no âmbito individual, como no coletivo sintetizando os achados de diferentes tipos de pesquisa acerca de uma mesma temática. A RIL permite que os dados encontrados na literatura contribuam na prática clínica como, por exemplo, para definição de conceitos, identificação de lacunas em determinada área de estudo, revisar teorias e fazer análises metodológicas sobre determinado tema. As fases que compõe uma RIL são: identificação da temática e formulação da pergunta norteadora, definir critérios de inclusão e exclusão, analisar os artigos que compuserem a amostra, interpretar e discutir os resultados encontrados (SOARES et al., 2014; MENDES et al., 2008).

Para a coleta de dados secundários utilizaram-se as seguintes bases de dados: MEDLINE, LILACS, BDEFN, CUMEDE, IBECS, INDEX PSICOLOGIO, CVSP, COLECIONA SUS, BBO e SOF, utilizando-se como descritores de busca controlada

“Doença de Alzheimer”, “saúde do idoso” e “cuidados de enfermagem”, desta forma foram triados 1927 artigos. Como critérios de inclusão citam-se: documentos publicados nos últimos 5 anos e publicados na íntegra; totalizando assim 216 artigos. O próximo passo da RIL foi a leitura criteriosa e refinada do título e do resumo e a identificação do objeto de estudo, a posteriori foram selecionados 13 artigos perfazendo a amostra do estudo.

Após essa seleção, os artigos foram lidos na íntegra e buscou-se extrair os seguintes dados: ano de publicação, tipo de metodologia, bases de dados publicada, principais temáticas abordadas (as quais permitiram a definição de categorias discutidas). A exposição dos resultados e da discussão das informações obtidas foi descritiva, permitindo ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa apresentada, com o intuito de alcançar o objetivo proposto. A coleta de dados teve início em abril de 2019 e se estendeu até maio deste ano. Para demonstração do percurso metodológico, desenvolveu-se a partir de modelo de própria autoria, um fluxograma de etapas.

**Figura 1.** Fluxo da seleção e inclusão dos artigos na revisão.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

## RESULTADOS

Dos 13 artigos analisados 5 foram indexados na BDEFN, 4 na LILACS, 3 na MEDLINE e 1 na SCIELO. Em relação ao idioma, nove em português e quatro em inglês. Quanto aos autores repetiu-se apenas um, o qual foi responsável por três artigos da amostra. Como a pesquisa foi realizada com artigos dos últimos cinco anos, a maior parte das publicações se concentrou entre os anos de 2016 e 2018. Da amostra total, três artigos foram revisões na literatura, os outros dez entre pesquisas documentais, estudos de caso, estudos experimentais e pesquisas exploratórias. A abordagem mais utilizada foi a qualitativa, sendo pesquisas com dados primários ou secundários, mas que buscavam compreender o portador de DA em todas as suas esferas, e partir disso construir o conhecimento debatido nos estudos.

Os artigos selecionados foram lidos e dispostos em um quadro de autoria própria considerando-se o autor, ano, base de dado indexada, desenho do estudo e a principal temática abordada, sendo identificados de E1 a E13.

**Quadro 1.** Produções incluídas na RIL.

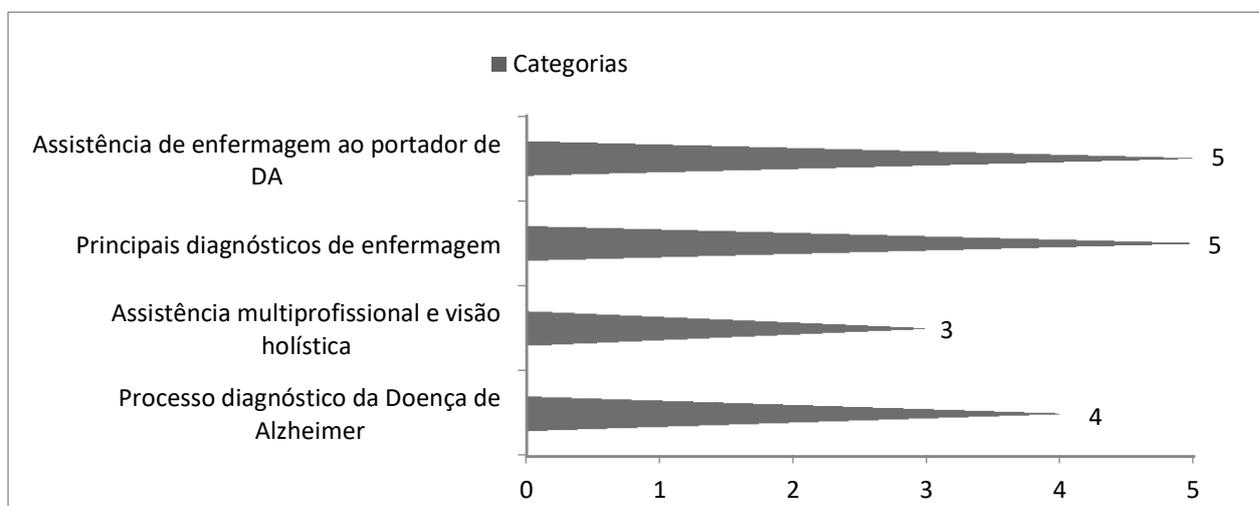
	AUTOR	ANO	BASE DE DADOS	DESENHO DO ESTUDO	TEMÁTICA
E1	LOUREDO et al.	2014	BDEFN	Pesquisa Documental	Principais diagnósticos de enfermagem e sua importância na criação de um plano de cuidados para os pacientes com DA.
E2	CRUZ et al.	2015	LILACS	Estudo de caso, de caráter descritivo e abordagem qualitativa	A importância da estimulação cognitiva e seus benefícios para os pacientes com DA.
E3	CORREA et al.	2016	BDEFN	Revisão Integrativa	Principais intervenções de enfermagem de acordo com os principais sintomas encontrados nos pacientes com DA.
E4	ILHA et al.	2016	LILACS	Pesquisa exploratório, descritiva, qualitativa	Principais barreiras encontradas pelos portadores de DA e as intervenções que auxiliem na minimização dos danos.
E5	STORTI et al.	2016	LILACS	Estudo descritivo e com delineamento transversal	Principais sintomas neuropsiquiátricos dos portadores de DA e a sobrecarga dos cuidadores
E6	DAVIS e OHMAN	2016	MEDLINE	Estudo experimental	Intervenções que visam restaurar o máximo de autonomia possível para os indivíduos com DA.
E7	FARFAN et al.	2017	BDEFN	Revisão Sistemática, descritiva e de abordagem qualitativa	Processo diagnóstico e enfrentamento dos familiares perante a progressão da doença.
E8	ILHA et al.	2017	SCIELO	Pesquisa exploratório-descritiva,	Gerontotecnologias desenvolvidas/empregadas pelos familiares/cuidadores como estratégias de cuidado complexo à pessoa.

E9	LIU et al.	2017	MEDLINE	qualitativa, Análise descritiva	Sobrecarga do cuidador e os fatores que influenciam essa sobrecarga entre cuidadores e pacientes com doença de Alzheimer na China.
E10	VENTURA et al.	2018	BDENF	Revisão integrativa	Conhecimento produzido pelos pesquisadores a respeito da saúde do idoso com doença de Alzheimer (DA).
E11	FERNANDES et al.	2018	BDENF	Estudo qualitativo, descritivo e exploratório	O cuidado prestado pelos cuidadores aos idosos acometidos com Alzheimer em Instituição de Longa Permanência.
E12	ILHA et al.	2018	LILACS	Estudo exploratório, descritivo, de abordagem qualitativa	Contribuições do Grupo de Assistência Multidisciplinar Integrada aos Cuidadores de Pessoas com a Doença de Alzheimer como (geronto)tecnologia cuidativo-educacional no contexto da doença de Alzheimer em pessoas idosas, na perspectiva de familiares/cuidadores.
E13	KAREN et al.	2018	MEDLINE	Pesquisa descritiva	Viabilidade e aceitabilidade do uso de sensores corporais passivos em indivíduos da comunidade com doença de Alzheimer (DA) por cuidadores familiares e os correlatos entre esses sintomas angustiantes

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As temáticas abordadas nos artigos foram classificadas em categorias: Processo diagnóstico da Doença de Alzheimer; Assistência multiprofissional e visão holística; Principais diagnósticos de enfermagem; Assistência de enfermagem ao portador de DA. Para discussão das mesmas separaram-se os artigos com afinidade de temáticas, assim foi elaborado um gráfico que descreve a quantidade de artigos utilizados em cada uma delas, ressaltando que um mesmo artigo foi disposto em mais de uma categoria.

**Figura 2.** Distribuição dos artigos utilizados na discussão das categorias.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

## DISCUSSÃO

### *Processo diagnóstico da Doença de Alzheimer*

Segundo Davis e Ohman (2016), a DA afeta um em cada três adultos mais velhos e é uma das 10 principais causas de morte. Essa doença se configura como um transtorno neurodegenerativo, de natureza crônica, caracterizada por déficits progressivos na função cognitiva, irreversível, mas que não há alteração primária do nível de consciência. Acomete principalmente idoso, mas não se restringe a esse público, aparece de forma insidiosa, sem origem definida e se manifesta por deterioração cognitiva, apresentando sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais, que levam ao comprometimento na realização de atividades sociais, ocupacionais e as atividades de vida diária (VENTURA et al., 2018; FARFAN et al., 2017).

Apesar de ser origem indefinida, há indícios que reforcem e validem a causa multifatorial, destacando os fatores genéticos e ambientais. No processo diagnóstico os marcadores biológicos podem ser úteis, o beta-amilóide e a proteína fosfo-tau atualmente têm permitido diagnosticar pessoas que têm dificuldades objetivamente verificadas, mas que não atendem aos critérios de demências, e também as pessoas que não têm prejuízo das atividades de vida diária, mas que podem evoluir para a doença, podendo assim iniciar-se um tratamento precocemente (FARFAN et al., 2017).

Os pacientes com DA apresentam diminuição de proteínas, lipídeos e colesterol nas bainhas de mielina, que têm um valor significativo para a integridade física e mental. De acordo com a evolução a sintomatologia pode ser classificada em três fases da doença. Na primeira, sendo considerada como leve é constituída de breves esquecimentos, mudança de personalidade e de julgamento, momentos prolongados de tristeza, diminuição da autoestima, desorientação temporal e espacial, dificuldade de se relacionar e uma leve perda de autonomia (FARFAN et al., 2017; ILHA et al., 2016).

Na segunda, a fase intermediária, percebe-se a dificuldade em reconhecer parentes e amigos, déficit de aprendizagem, agressividade, agitação noturna, mudança no padrão de sono e existe apenas recordações de vivências do passado. Na terceira, ou fase final, identifica-se grande dificuldade de alimentar-se levando a perda de peso, total ausência de autonomia nas atividades ocupacionais, redução notória do vocabulário, perda do controle dos esfíncteres e se mantém acamado em posição fetal (ID, 2017).

Segundo Farfan et al. (2017), alguns exames laboratoriais e de imagem são importantes para a avaliação de pacientes com demência, sendo os de imagem utilizados para

excluir possibilidades de causas subdurais ou tumores, como, por exemplo, a Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM). Dentre os exames laboratoriais, tem-se:

...hemograma completo, concentrações séricas de ureia, creatinina, tiroxina (T4) livre, hormônio tireo-estimulante (TSH), albumina, enzimas hepáticas (TGO, TGP, Gama GT), vitamina B12 e cálcio, reações sorológicas para sífilis e em pacientes com idade inferior a 60 anos, sorologia para HIV (ID, 2017, p. 141).

O diagnóstico de uma doença crônica não é muito bem aceito, tanto por familiares quando pelo paciente, assim há grande demanda de uma equipe especializada que esclareçam e confortem, auxiliando durante todo o processo. À medida que a doença progride a família precisa estar pronta para oferecer apoio ao paciente, previamente orientados sobre os sintomas que podem ser apresentados e as principais formas de minimizá-los.

### *Assistência multiprofissional e visão holística*

Nas instituições de cuidados específicos para o paciente com DA os profissionais necessitam que a rotina de trabalho seja obedecida diariamente, em que acontece o estabelecimento de horários para cada ação a ser desenvolvida com os idosos. Além disso, é de extrema relevância considerar os limites de cada idoso, sendo promovida uma assistência efetiva, com benefícios que não só servem para o corpo, como também para a mente (FERNANDES et al., 2018).

Dessa forma, percebe-se que o cuidado com os idosos que possuem Alzheimer passa por fragilidades que necessitam de transformação, infelizmente a equipe de saúde não busca a devida formação resultando no comprometimento do cuidado prestado aos idosos. Conseqüentemente manter a assistência da saúde do idoso com DA reflete a necessidade de garantia do seu bem-estar em suas atividades de vida diária, é importante que a equipe de multiprofissional saiba organizar os hábitos dos seus pacientes tanto em relação administração de medicamentos, como alimentação, cuidados pessoais, preservação do sono e repouso e até mesmo as atividades de lazer. Ademais, é imprescindível oferecer apoio tanto psicológico como espiritual, buscando dessa forma recuperar o significado e a valorização de viver que muitas vezes é perdida no processo de adoecimento, sendo este uma das maiores adversidades na atenção à saúde das pessoas idosas com DA (VENTURA et al., 2018).

Nessa mesma linha de raciocínio é importante ressaltar que o processo de cuidar consiste em ver a pessoa idosa em sua particularidade e individualidade, considerando suas questões sociais, biológicas, físicas, político e espiritual, prezando as vivências na família e

comunidade em que fazem parte. Sendo dessa forma, de extrema importância para o cuidado, que todos os profissionais de saúde atuem junto aos familiares e cuidadores, com o objetivo de fortalecer uma mudança de pensamento quanto a assistência à saúde desses idosos (ILHA et al., 2018).

Por isso, Ventura et al. (2018) defende a necessidade de capacitação técnica-científica para os profissionais, não só que atuam nas instituições, como toda equipe de saúde, podendo ser realizada por meio de palestras sobre a temática e materiais educativos e até mesmo implantação da educação em saúde nessas instituições, visando melhoria na assistência ao idoso com DA e mudanças na prática do cuidado e no conhecimento científico de toda a equipe, transformando não apenas a pessoa idosa, mas também os cuidadores e familiares que convivem diariamente com esse processo.

### ***Principais diagnósticos de enfermagem***

O cuidado aos indivíduos portadores de DA geralmente é feito por cuidadores que em sua maioria são os próprios familiares, mas antes de serem destinados a esse cuidado domiciliar o enfermeiro é o responsável por analisar e estabelecer os principais diagnósticos para cada paciente e informar a família as principais necessidades que precisam de atenção durante todo o cuidado (LOUREDO et al. 2014).

A partir dos diagnósticos de enfermagem, além de direcionar o cuidado dos familiares, surgem as necessidades de encaminhamento para outros especialistas, principalmente o neurologista, devido ao déficit cognitivo e alguns sintomas neuropsiquiátricos apresentados por esses pacientes como apatia, depressão, agressividade, alteração no padrão alimentar e delírio (STORTI et al. 2016).

Louredo et al. (2014), em sua pesquisa documental com oito idosos com diagnóstico de DA descreveu que as principais queixas encontradas foram desorientação temporal e espacial, enfatizando a necessidade de um acompanhamento neurológico com estimulação cognitiva. De acordo com os sintomas apresentados por cada paciente como insônia, sonolência diurna, tristeza e a desorientação, foram elencados os principais diagnósticos de enfermagem para a construção do plano de cuidados. Entre eles, temos:

- Confusão crônica relacionada à Doença de Alzheimer evidenciada por memória prejudicada ou comprometimento cognitivo progressivo;
- Padrão de sono perturbado relacionada à Doença de Alzheimer evidenciado por mudanças no padrão de sono e falta de controle do sono;

- Tristeza crônica relacionada à Doença de Alzheimer evidenciado pela experiência física ou mental de doença crônica;
- Conhecimento deficiente relacionado à Doença de Alzheimer evidenciado pela incapacidade de recordação e limitações cognitivas;
- Risco de quedas relacionado à Doença de Alzheimer evidenciado pela diminuição do estado mental;
- Risco de solidão relacionado à Doença de Alzheimer evidenciado pelo isolamento físico e falta de energia emocional.

Farfan et al. (2017), ainda ressalta outros diagnósticos como nutrição prejudicada, mobilidade física prejudicada, déficit de autocuidado, memória e comunicação prejudicadas, ansiedade e baixo autoestima, mas sempre ressaltando a importância de conhecer cada paciente em sua singularidade para que o plano de cuidados traçado supra suas necessidades e procure sempre estimular a cognição, para que os danos que aparecem progressivamente possam ser diminuídos dentro do possível (CRUZ et al. 2015).

Algumas intervenções encontradas no NIC que podem ser úteis para os pacientes com DA são: auxílio na alimentação designando os horários, auxiliar na deambulação com comandos precisos, auxiliar na higiene pessoal, conversar estimulando a memória com fatos do passado, incentivar jogos que ativem a memória, ajudar na autoestima perguntando-lhe como quer se vestir hoje e assim proporcionar-lhes, sempre elogiar e estimular a convivência e diálogo com as pessoas ao seu redor (FARFAN et al. 2017).

### ***Assistência de enfermagem ao portador de DA***

O cuidado com o paciente com a DA demanda interesse por parte da enfermagem e de toda a equipe de saúde, tendo em vista a necessidade do conhecimento teórico-científico a doença e seus estágios, como também, sobre outras patologias que são frequentes em idosos. Dessa forma, é importante ressaltar que a enfermagem possui papel indispensável no cuidado com os pacientes, pois estimulam e orientam estes pacientes e a seus cuidadores. Além de estimular os idosos ao autocuidado, também é função da enfermagem identificar se a assistência com o paciente está ocorrendo de forma apropriada quando referente à higiene, dieta, lazer e repouso (FERNANDES et al., 2018).

De acordo com Fernandes et al. (2018) o cuidado a pessoa idosa está diretamente ligado a como os seus cuidadores e familiares se dispõem a realizar as atividades diárias vivenciadas sendo as pessoas que auxiliam os idosos com DA. Porém é necessário identificar como esses familiares se sentem ao perceber as mudanças que ocorrem nas suas atividades. É

importante que os familiares entendam a importância da assistência, do apoio e da paciência que precisam exercitar, não apenas com a dificuldade na memorização como também na complexidade da convivência com esses idosos.

...quando um paciente é diagnosticado com a DA, geralmente, acontecem algumas alterações no comportamento da família, pois todos os membros são afetados mesmo em graus diferentes, o que na maioria das vezes acontece de haver o afastamento de alguns membros, seja por vergonha, seja por não entenderem a doença (ID, 2018, p. 1352).

Na maioria dos casos após a família receber o diagnóstico de DA e com o desenvolver das fases evidenciadas pela doença terminam reagindo de forma negativa, por não terem conhecimento e temerem não saber lidar com a pessoa idosa acometida, por não ter cura, lamentavelmente seus parentes desprezam o fato, sendo esse momento crucial para o idoso, que com o apoio da família deveria se sentir acolhido e reconhecido, proporcionando vivências de prazer e bem estar para esse. Nesse momento se faz necessário a atuação da enfermagem como agente educador, auxiliando esses familiares cuidadores a compreender como deve se dá o cuidado a esse paciente (FARFAN et al, 2017).

É alarmante identificar que muitos dos profissionais que prestam cuidados a esse grupo de idosos possuam tão pouco conhecimento e informação sobre o Alzheimer, sendo necessário que a equipe de enfermagem que está próxima ao idoso e que mantém contato diário com esse, esteja esclarecida quanto à patologia, para que assim possa instruir outras pessoas envolvidas nesse processo, proporcionando um cuidado adequado e ajudando o idoso a enfrentar as mudanças nas práticas e nas rotinas (ID, 2017).

Percebeu-se que em alguns casos, assim que recebe o diagnóstico, os familiares buscam conhecer a demência, saber como agir, como compreender a resistência e inquietação do idoso como mudanças da própria doença, entender que com a progressão da doença os sintomas tornam-se mais evidentes e o paciente passa a lembrar cada vez menos dos fatos. Infelizmente, muitos dos familiares possuem pouco discernimento da doença para oferecer cuidados seguros e habilitados. Sendo assim é fundamental que a equipe de enfermagem seja capacitada para lidar com esse grupo específico e ainda atuar como ferramenta de mudança de hábitos dos familiares cuidadores (ID, 2017).

Por demandarem estratégias protetoras com interações modificadas a partir das experiências vividas em fases anteriores da vida, corriqueiramente a equipe multiprofissional, mas enfatizando a enfermagem, apresentam insegurança, instabilidade emocional e sobrecarga física e psicológica ao prestarem tais cuidados. Reflete de tal modo, a capacidade

dos indivíduos de alcançar um relativo equilíbrio de seus padrões de vida em busca de seu bem viver, baseada nos valores inseridos no contexto cultural e social do ser humano (VENTURA et al., 2018).

Os profissionais de enfermagem comumente são figuras ativas nesse processo de cuidar, além de ter um potencial crítico para estabelecer o plano de cuidados, é demanda desse profissional a habilidade educadora para que os familiares possam estar inteirados de como deve acontecer o processo de cuidado. A criticidade é necessária também para que seja diferenciado as alterações patológicas do processo natural de envelhecimento, auxiliando na definição do plano de cuidado. A avaliação funcional do idoso, analisando ganhos e perdas a partir de intervenções traçadas também é papel dos enfermeiros, pois novas necessidades podem surgir e devem sempre ser supridas (FARFAN et al., 2017).

Correa et al. (2016), traz algumas intervenções que podem auxiliar no cuidado, enfatizando sempre a importância do estímulo cognitivo, intervenção mais citada nos estudos. A musicoterapia é muito bem vista e utilizada pelos cuidadores, pois possibilita relaxamento ao portador de DA diminuindo os índices de insônia, além de auxiliar na melhora do padrão de sono, atua também na estimulação da memória, pois resgata momentos vividos pelo paciente, fazendo com que ele reviva os momentos anteriormente esquecidos. Para diminuição da sonolência diurna e melhora do padrão do sono, a realização de atividades físicas é comumente utilizada, pois além de mantê-lo ativo durante o dia e guardando o repouso para a noite, permite que interaja com outras pessoas, evitando o isolamento social

Ilha et al. (2016), em seu estudo mostra que algumas intervenções precisam ser enfatizadas em relação as atividades de vida diária, como o esquecimento de pequenos fatos (dinheiro, banho, medicamentos, familiares, caminho de casa), que passam a ser uma dificuldade encontrada pelos portadores de DA. Assim, há grande necessidade de uma mínima capacitação para os cuidadores, para que entendam a doença juntamente com seus sintomas e como se dá a evolução.

O cuidado deve ser multidisciplinar, mas diante do exposto denota-se a importância da enfermagem, que vai identificar dificuldades presentes e possíveis sintomatologias que a doença pode trazer para o indivíduo e a partir disso traçar estratégias que envolvam profissionais e familiares, todos atuando num cuidado unificado, humanizado e individualizado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou a visualização da DA além do paciente portador, mas também de todo o contexto social que está inserido, e a partir disso a necessidade de uma atenção especializada que supra as necessidades de pacientes e familiares, auxiliando-os no processo progressivo do Alzheimer. Como também conhecer as dificuldades pelos profissionais envolvidos nessa assistência, que se faz necessário um aporte científico sobre a doença para que assim possam intervir minimizando danos presentes e futuros.

Entre os profissionais envolvidos no processo de cuidado, pode-se destacar a atuação do enfermeiro; é ele que acompanha de maneira contínua, a suspeita diagnóstica a partir de observações dos primeiros sintomas, auxiliando a família e o idoso no enfrentamento do diagnóstico de DA, e durante a construção do plano de cuidados; também estabelece as condutas a serem realizadas de maneira multiprofissional.

A partir do seu olhar crítico, sabendo que cada indivíduo está inserido em uma realidade e possuem necessidades diferentes, o enfermeiro deve estabelecer quais as intervenções que mais se adaptam àquela realidade. É nesse momento em que outros profissionais serão envolvidos para proporcionar uma assistência de qualidade e contribuir com o bem estar do idoso e sua família.

Além de elaborar o plano de cuidados de acordo com as necessidades de cada indivíduo o enfermeiro também deve realizar educação em saúde com os familiares e cuidadores, com o objetivo de estabelecer vínculos, transformar a realidade e gerar uma rede de apoio. Assim, essas famílias estarão preparadas para enfrentar as dificuldades e desafios dessa nova realidade.

A principal limitação encontrada no estudo foi a grande demanda de artigos sobre a doença, todavia não focavam na assistência prestada limitando o número de informações utilizadas na construção da pesquisa, a qual irá contribuir para o planejamento das ações dos enfermeiros a fim de melhorar a qualidade da assistência prestada. Como também facilitar o conhecimento dos estudantes de enfermagem nessa temática, favorecendo sua formação profissional, permitindo que estes sejam modificadores da realidade em que serão inseridos.

Por fim, é primordial que o enfermeiro continue se atualizando, sempre buscando melhorar a qualidade da sua assistência como também promovendo a educação permanente daqueles que trabalham com os portadores de DA, e assim garantir um cuidado que promova qualidade de vida para os idosos com DA como também para familiares e cuidadores.

## REFERÊNCIAS

- CORREA, L.P.; BRAGA, T. R.; MALAQUIAS, L. C. et al. Intervenções de enfermagem nos cuidados aos pacientes idosos com Alzheimer: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPI.**, v. 5, n. 1, p.84-88, Jan-Mar, 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31457>. Acesso em 01 de mai de 2019.
- CRUZ, T. J. P.; SÁ, S. P. C.; LINDOLPHO, M. C.; CALDAS, C. P. et al Estimulação cognitiva para idoso com Doença de Alzheimer realizada pelo cuidador. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 3, p. 510-516, jun. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000300510&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300510&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01 de maio de 2019.
- DAVIS, R; OHMAN, J. Wayfinding in ageing and Alzheimer's disease within a virtual senior residence: study protocol. **J Adv Nurs**, v. 72, n. 7, p. 1677-88, jul. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.12945>. Acesso em 01 de mai de 2019.
- FARFAN, A. E. O.; FARIAS, G. B.; ROHRS, R. M. S. et al. Cuidados de enfermagem a pessoas com demência de Alzheimer. **CuidArte, Enferm**, v. 11, n. 1, p. 138-145, jan.-jun. 2017. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-31636>. Acesso em 01 de mai de 2019.
- FERNANDES, M. A.; SOUSA, J. W. O. G; SOUSA, W. S. et al. Cuidados prestados ao idoso com Alzheimer em instituições de longa permanência. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 12, n. 5, p. 1346-1354. Mai 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230651/28952>. Acesso em 01 de mai de 2019.
- GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008. p. 200.
- ILHA, S.; BACKES, D. S.; SANTOS, S. S. C. et al . Doença de Alzheimer na pessoa idosa/família: Dificuldades vivenciadas e estratégias de cuidado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 1, p. 138-146, Mar. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000100138&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100138&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01 de mai de 2019.
- ILHA, S.; SANTOS, S. S. C.; BACKES, D. S. et al. Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/cuidadores de idosos com Alzheimer. **Texto & contexto enferm**, v. 27, n.4, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e5210017.pdf>. Acesso em 01 de mai de 2019.
- KAREN, R.; JANET, S.; WINDY, F. Use of Body Sensors to Examine Nocturnal Agitation, Sleep, and Urinary Incontinence in Individuals With Alzheimer's Disease. **Journal of Gerontological Nursing**, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5921895/>. Acesso em 01 de mai de 2019.
- LIU, S.; LI, C.; SHI, Z.; WANG, X. et al. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. **Wiley online library**. Set. 2016. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.13601>. Acesso em 01 de mai de 2019.
- LOUREDO, D. S.; SÁ, S. P. C.; CAMACHO, A. C. L. F. et al. A relação entre os diagnósticos de enfermagem e testes de cognição realizados em idosos com doença de Alzheimer. **J. res.: fundam. care. online**, v. 6, n. 1, p. 271-281, jan./mar. 2014. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2692/pdf\\_1024](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2692/pdf_1024). Acesso em 01 de mai de 2019.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso). Acesso em 01 de mai de 2019.

SOARES, C. B.; HOGA, L. A. K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C. et al. Integrative review: Concepts and methods used in Nursing. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-335.pdf). Acesso em 01 mai de 2019.

STORTI, L. B.; QUINTINO, D. T; SILVA, N. M. et al. Neuropsychiatric symptoms of the elderly with Alzheimer's disease and the family caregivers' distress. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, e2751, 2016. Disponível em [http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100378&lng=pt&nrm=iso](http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100378&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 01 de mai de 2019.

VENTURA, H. N.; FONSECA, L. C. T.; BORGES, B. C. F. et al. Saúde do idoso com doença de Alzheimer: revisão integrativa. **Rev Fun Care Online**, v. 10, n. 4, p: 941-944, out/dez 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.941-944>. Acesso em: 01 mai de 2019.

## **O ENVELHECIMENTO HUMANO NA GESTÃO MUNICIPAL: INSTRUMENTOS DE AÇÕES DE PROTEÇÃO À PESSOA IDOSA NO ÂMBITO DE CAMPINA GRANDE-PB**

Maria José Guerra<sup>1</sup>  
Maria Clara Moura Montenegro<sup>2</sup>

### **RESUMO**

Atualmente a população brasileira e mundial está envelhecendo em progressão geométrica. Estima-se que em 2050 a população idosa será maior que os jovens até 14 anos. Frente a esses dados, torna-se necessário conhecer de forma integral como se dá o envelhecimento humano e quais os direitos e políticas existentes em prol de uma melhor qualidade de vida da pessoa idosa. Este estudo objetiva investigar quais são os instrumentos de ações de proteção à pessoa idosa e especificamente identificar, como esse processo tem afetado o envelhecimento, no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. O referencial teórico-metodológico utilizado neste trabalho foi à pesquisa bibliográfica de cunho exploratória tanto de estudos e pesquisas em circulação sobre o envelhecimento humano e de sua constituição como objeto de estudo e campo de intervenção, quanto a partir de consulta de documentos públicos, já publicados acerca do idoso para identificar dados, no intuito de conhecer como vem sendo executada a gestão municipal na rede de proteção sócio assistencial a pessoa idosa, além da coleta de dados obtidos através de legislações, e de outros documentos oficiais em circulação. Os resultados encontrados afirmam que existem vários direitos e instituições em prol de um melhor envelhecimento humano, mas que ainda, necessita de ações de socialização desses direitos junto às pessoas idosas, bem como de uma política sistematizada e de acompanhamento das ações de proteção junto à população idosa do município de Campina Grande em parceria, com as políticas no âmbito do Estado da Paraíba, para a sua efetivação.

**Palavras-chave:** Envelhecimento humano, Pessoa Idosa, Gestão Municipal de proteção ao idoso.

### **INTRODUÇÃO**

O processo de envelhecimento humano atualmente está bastante discutido em todo o mundo, por motivos que a população idosa tem crescido no mundo inteiro consideravelmente. A este respeito, observa-se que no Brasil existe uma heterogeneidade na distribuição do número dos idosos entre os estados, devido às condições de sobrevivência da população, às diferentes culturas e estilos de vida.

---

<sup>1</sup> Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Professora do Departamento de Educação, Campus I, da Universidade Estadual da Paraíba-Campina Grande/PB. Email: [maria1000.guerra@email.com](mailto:maria1000.guerra@email.com).

<sup>2</sup> Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual da Paraíba e estudante de Pós-graduação do MBA de Gestão Pública em projetos sociais e políticas públicas pela UNICORP. E-mail: [mariaclara.mm@gmail.com](mailto:mariaclara.mm@gmail.com). Este texto é um recorte da Monografia, já defendida, mas ainda, sem publicação sob a orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria José Guerra-DE/CEDUC/UEPB.

Entretanto, considerando-se também que o envelhecimento é uma experiência diversificada e sujeita às influências de diferentes contextos sociais, históricos e culturais, vislumbra-se a magnitude dos problemas e desafios que poderão emergir nesse campo do conhecimento, se for analisado no contexto de transformações das sociedades contemporâneas. (BASSIT E WITTER, 2006. p.26).

O ato de envelhecer faz parte de um complexo processo que abrange várias dimensões dentre elas, podemos citar: as biológicas, psicológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas, éticas e filosóficas. Além disso, tem-se o declínio cognitivo, muitas vezes, com a perda da autonomia e a perda da independência.

Obter a longevidade com qualidade de vida é a meta de toda a população, mas são necessários alguns fatores. Como por exemplo, manter uma vida saudável, praticar atividades físicas, ter lazer, cuidar da promoção da saúde e do bem estar social.

Nessa perspectiva, é necessária à intervenção do Estado para prover ações e assegurar, os direitos em função da melhoria de condições de vida para os idosos. Isto significa que os direitos conquistados, por homens e mulheres ao longo de muitos anos de luta precisam ser contemplados, a exemplo, do que hoje determina o Estatuto do Idoso (2003), enquanto instrumento que sinaliza para as políticas sociais existentes, no contexto da sociedade brasileira, em defesa da pessoa idosa.

Envelhecer implica algo que é associado à idade cronológica, mas não que seja idêntico a ela. Pode ser usado de diversas formas, explicar fenômenos, definir senilidade, justificar dificuldades, relacionar mudanças e alterações (VELASCO, C. G., 2006, p. 23).

Com base no exposto, este trabalho tem por objetivo apresentar algumas dimensões do envelhecimento humano a partir de estudos já realizados, nesta área do conhecimento. E como objetivo específico buscou-se, identificar quais os direitos fundamentais conforme algumas legislações, entre elas o estatuto do idoso (Lei. 10.741 de 01 de Outubro de 2003) e, sobretudo quais são os instrumentos de ações de proteção à pessoa idosa, no município de Campina Grande, na Paraíba, Brasil. Sem dúvida é um texto interessante e, que muito tem a contribuir, com algumas inquietações sobre os estudiosos da área do processo de envelhecimento humano e, em particular, no contexto municipal campinense.

## **METODOLOGIA**

Ao se pretender estudar a gestão municipal e de que maneira essa gestão se utiliza de ações de proteção à pessoa idosa no âmbito de Campina grande-PB, provavelmente o maior

desafio seja o procedimento metodológico, como lembra Gil (2010), tomar-se como base uma metodologia qualitativa, cuja preocupação está voltada em compreender e explicar a dinâmica do processo em estudo, pois é necessário manter o equilíbrio entre o que se entende pelo “envelhecimento humano” e quais são os instrumentos de ações de proteção à pessoa idosa no âmbito do município a ser pesquisado. Para tanto, as fontes utilizadas neste estudo consistiu de: material impresso como livros, trabalhos e artigos em português, os de circulação científica em que foi realizado busca por artigos em português, livros, legislações e textos oficiais já publicados. Os dados coletados são referentes a publicações de 1993 a 2019.

Portanto, os critérios que se orientaram para a busca desse estudo foram artigos, teses, sites, legislações e livros que apresentassem alguma referência sobre o “envelhecimento humano” e que tratem de como se encontra na gestão municipal os instrumentos de assistência ao público idoso, no âmbito da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Nesta sessão vamos discutir dois aspectos sobre o envelhecimento humano, na intenção de apresentarmos os resultados obtidos e, como esses dados tem afetado a população brasileira, assim como, a população mundial. Primeiro tratamos dos dados teóricos pesquisados neste estudo. E, finalmente, expomos os dados pesquisados sobre quais os direitos e as políticas existentes e, como tudo isto, vem sendo executada enquanto gestão municipal na rede de proteção sócio assistencial a pessoa idosa, na cidade de Campina Grande – PB.

### *Noções sobre o Envelhecimento Humano*

Entende-se por envelhecimento, uma fase natural da vida, cujas alterações fisiológicas ocorrem com o passar do tempo, ninguém envelhece da mesma forma, pois são marcas da vida, onde poderá ser levado em consideração fatores, tais como a genética, o estilo de vida que o indivíduo leva, e, até mesmo, o ambiente em que vive o que não impede o indivíduo de ser social e, intelectualmente, ativo (FREITAS JUNIOR, 2011). Daí a influência do contexto em que vive o idoso, como elemento significativo que atua para a qualidade da dimensão do envelhecimento humano

Outro aspecto da dimensão do envelhecimento está relacionado ao aspecto cronológico segundo Pérola Braga (2011, p. 27) refere-se, ao tempo de vida do homem em

que o corpo sofre as mais consideráveis mutações de aparência e declínio de força e disposição. Essa autora entende que a velhice nada mais é do que uma nova etapa, uma nova fase da vida do ser humano, cada fase possuindo suas peculiaridades e não defeitos.

Contudo para o Dr. Mahler, diretor geral da Organização Mundial da Saúde, a dimensão do envelhecimento pode estar associado a um processo de mudança da pessoa humana, como sendo:

O envelhecimento não é simplesmente um processo físico, mas um estado de ânimo, e hoje nós estamos sendo testemunhas do início de uma mudança revolucionária nesse estado de ânimo (...). A velhice é um período vulnerável. Os anciãos correm mais riscos que os de qualquer outra faixa etária, com exceção da infância. (Mahler, 1982, p.1)

Considera-se importante registrar, também, os avanços dos estudos na área da dimensão da gerontologia, em seus diferentes aspectos: biológicos, psíquico, clínico, histórico, socioeconômico e cultural.

A gerontologia e a geriatria apresentam-se como as principais instâncias produtoras da ideologia da velhice. Aparecem como entidades autônomas, enquanto geradoras de um saber intelectual elaborado pelos aparentemente autônomos pensadores da velhice (ENEIDA HADDAD, 1986, p. 33).

Gerontologia segundo Neri (2008, p.95) significa, o campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças típicas do processo do envelhecimento e de seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais. Ou seja, envolvem as características dos idosos e sinaliza para as várias experiências entre velhice e envelhecimento que ocorridas em diferentes contextos existenciais, de natureza socioculturais e históricos sociais.

E conforme a autora Pérola Braga (2011):

Cada existência humana é única, cada homem envelhece de maneira particular. Uns saudáveis, outros não. Não há velhice e sim velhices. O envelhecimento deve ser considerado um processo tipicamente individual, existencial e subjetivo, cujas consequências ocorrem de forma diversa em cada sujeito. Cada indivíduo tem um tempo próprio para se sentir velho (BRAGA, 2011, p. 3).

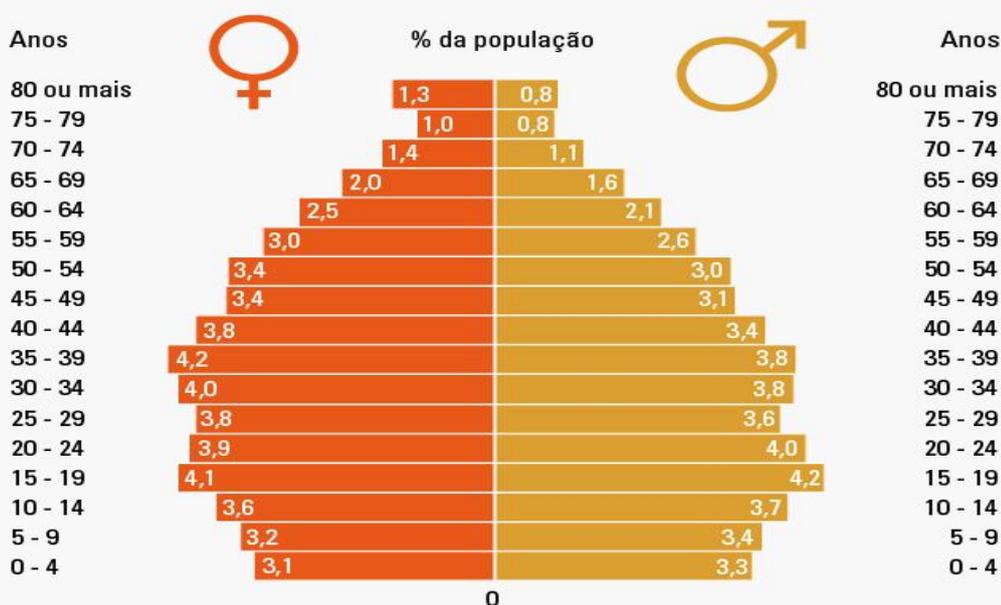
Alguns autores abordam a questão da diferença do envelhecimento entre homens e mulheres. Segundo o Dr. José Scherman, médico-endocrinologista do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia e professor adjunto da UFRJ, a mulher, embora viva mais que o homem envelhece mais depressa. E a maioria dos idosos segundo IBGE é do sexo feminino.

É importante analisar as perdas e limitações que o processo de envelhecimento proporciona; no entanto, também é necessário considerar as condições de saúde e a interação

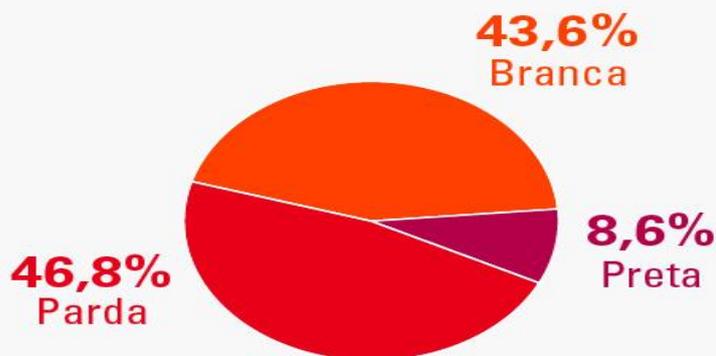
social daqueles que, com qualidade de vida, sobrevivem á passagem dos anos (Bergeman, 1997; Gullette, 2004).

Diante do que foi exposto, o processo do envelhecimento segundo Bassit e Witter (2006) realmente está associado a uma série de perdas, limitações e dificuldades, mas mesmo assim não se pode considerar a velhice só como uma doença ou só como um problema. Vejamos a distribuição da populalaco conforme Quadro a seguir para compreendermos melhor sobre a pessoa idosa, no Brasil.

### Distribuição da população por sexo e grupo de idade - 2017



### Distribuição da população de acordo com a cor ou raça



Fonte: IBGE - PNAD Contínua - Características de domicílios e moradores

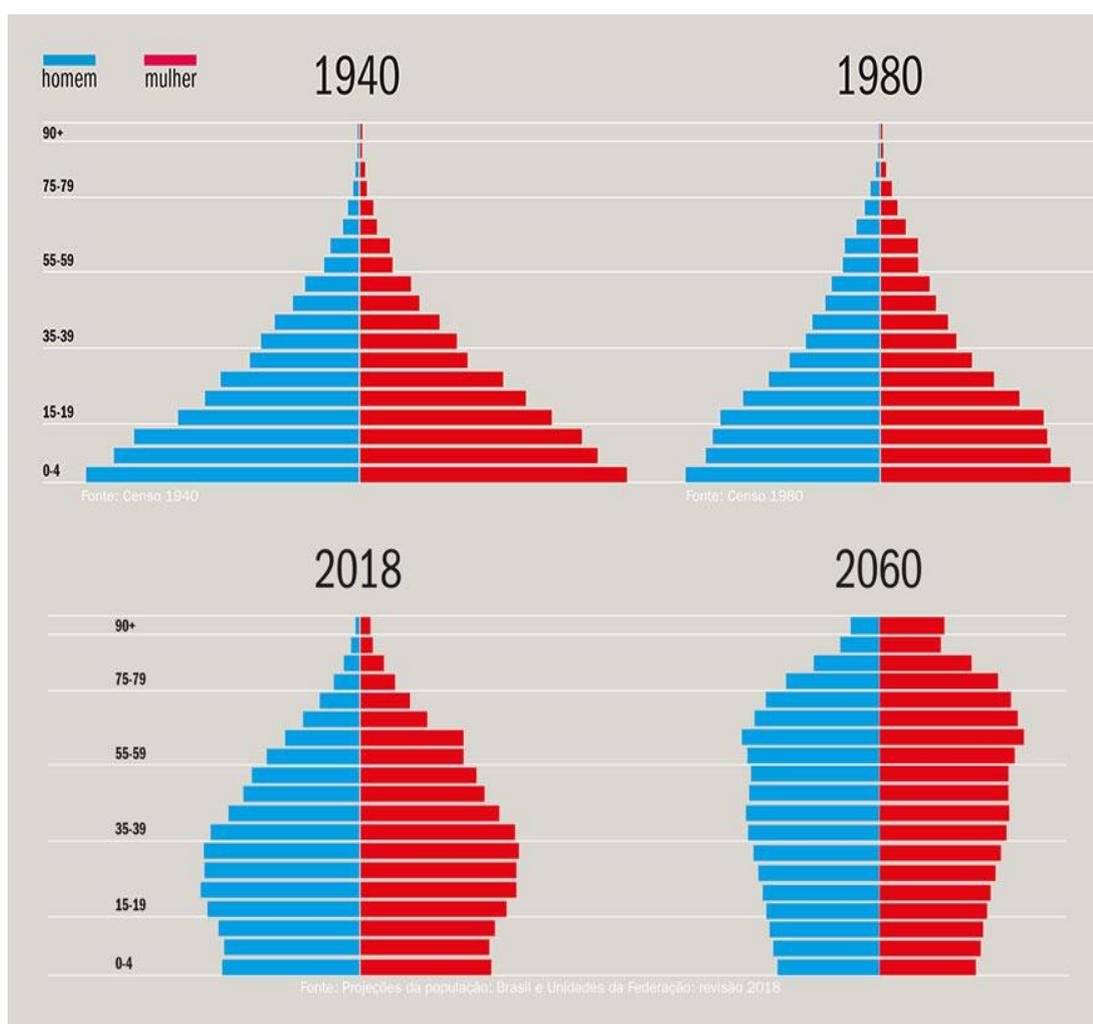
AGÊNCIA IBGE  
NOTÍCIAS

Fonte: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. IBGE – 2017

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado uma pessoa idosa, todo indivíduo com 60 anos ou mais. A população idosa deve dobrar no Brasil até o ano de 2042, na comparação com os números de 2017. Os dados são de projeções do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), divulgadas no dia 25 de julho de 2018. De acordo com o levantamento, o país tinha 28 milhões de idosos no ano de 2017, ou 13,5% do total da população. Em dez anos, chegará a 38,5 milhões (17,4% do total de habitantes). Antes de 2050, os idosos já serão um grupo maior do que a parcela da população com idade entre 40 e 59 anos. A projeção é que no ano de 2025, o Brasil seja o sexto país mais idoso do mundo.

Não se pode considerar a velhice só como uma doença ou como um problema, mas, sim, como um processo que é possível vivenciá-la com qualidade de vida e muita alegria.

Conforme veremos no gráfico a seguir:



**Fonte:** IBGE. Retratos. A revista do IBGE, 16 de fevereiro de 2019.

As decisões diante do envelhecimento populacional dão conta de que a população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas, como aponta a Projeção da População, do IBGE, atualizada em 2018. Segundo a pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. Segundo a “demógrafa” do IBGE, Izabel Marri, a partir de 2047 a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional – quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior se comparados aos grupos mais jovens da população, conforme gráfico a seguir:

Para o IBGE a relação entre a porcentagem de idosos e de jovens é chamada de “índice de envelhecimento”, que deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060. Esse processo pode ser observado graficamente pelas mudanças no formato da pirâmide etária ao longo dos anos, que segue a tendência mundial de estreitamento da base (menos crianças e jovens) e alargamento do corpo (adultos) e topo (idosos).

A demógrafa do IBGE comenta ainda, que as principais causas para essa tendência de envelhecimento seriam o menor número de nascimentos a cada ano, ou seja, a queda da taxa de fecundidade, além do aumento da expectativa de vida do brasileiro. Segundo as Tábuas Completas de Mortalidade, do IBGE, quem nasceu no Brasil em 2017 pode chegar, em média, a 76 anos de vida. Na projeção, quem nascer em 2060 poderá chegar a 81 anos. Desde 1940, a expectativa já aumentou 30,5 anos.

#### *Alguns Direitos da Pessoa Idosa*

Ao pensarmos sobre os direitos dos idosos na contemporaneidade devemos citar primeiramente, a Constituição Federal de 1988, a qual prevê no art. 3º constituindo como objeto da República Federativa do Brasil, em seu inciso IV; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação, sendo assim ninguém poderá ser discriminado, inclusive o idoso por sua idade, obtendo assim seu espaço na carta constitucional brasileira.

Estabelecido o contexto no qual se encontra o artigo 230 da Constituição, partiremos para o estudo deste, vejamos “Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. § 1.º Os programas de amparo aos

idosos serão executados preferencialmente em seus lares. § 2.º Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos e urbanos.”

A Política Nacional do Idoso (PNI), descrita na Lei 8.842/94 e o Estatuto do idoso, Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 regulamentam, mais diretamente, os direitos a essa faixa da população.

Muito foi discutido sobre a conceituação de idoso, pois não havia previsão legal que o regulamentasse, o que foi estabelecido logo após com a promulgação da Lei 8.842/1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), criando o Conselho Nacional do Idoso e considerando pessoa idosa com idade superior a 60 anos.

O PNI assegura diversos direitos, elencando certos princípios que informam o microsistema da legislação pertinente aos idosos no Brasil. No art. 3º da Lei 8.842/1994 encontram-se tais princípios:

Art. 3º A política nacional do idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta lei.

O estatuto do idoso (LEI 10.741 de 1º de outubro de 2003) é regido por 118 artigos e regulamenta uma série de direitos fundamentais que são os seguintes: Direito à vida; Direito à liberdade, ao respeito e à dignidade; dos alimentos; do Direito à Saúde; da educação, cultura, esporte e lazer; da profissionalização e do trabalho; da previdência social; da assistência social; da habitação; do transporte.

O Estatuto dispõe também de medidas de proteção que são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados. Já no título IV aborda a política de atendimento ao Idoso, que é feita por meio da articulação de ações governamentais e não governamentais da União, do Distrito Federal e dos Municípios. No título V aplica-se o acesso à Justiça que é assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais. Já no último título da presente Lei, aborda sobre

os Crimes cometidos contra a pessoa idosa que é passível de pena de reclusão a depender do motivo.

Art. 99: “Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado: pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um ano) e multa.

Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave: pena – reclusão de 1(um) a 4(quatro) anos. Se resulta a morte: pena – reclusão de 4(quatro) a 12 (doze) anos.

A mais recente LEI Nº 13.466, DE 12 DE JULHO DE 2017 - Art. 1º: Esta Lei altera os Art. 3º, 15º e 71º da Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, a fim de estabelecer a prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos.

É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor; É responsabilidade da família oferecer atenção e cuidado aos idosos já foi enunciada na Constituição Brasileira de 1988, quando no seu art. 299 nos diz: Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

E no referente Estatuto do Idoso nos diz:

Art. 2º: O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso; Os órgãos públicos responsáveis pela defesa dos idosos são: 1.Delegacias de Polícia ou Delegacia do Idoso; 2. Ministérios Públicos e Estaduais; 3. Promotorias, Curadorias e Núcleos da Defensoria Pública; 4. Conselhos Estaduais e Municipais do Idoso; 5. Procon; 6. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde 7. CREAS.

É importante citar a política nacional de saúde da pessoa idosa, instituída pela portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira. Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde. A finalidade da política nacional de saúde da pessoa idosa é recuperar, manter e

promover a autonomia e a independência da pessoa idosa. É alvo desta política todo cidadão/cidadã brasileiro/brasileira com 60 anos ou mais de idade.

De acordo com a regulamentação de direitos a pessoas idosas, descritos nas legislações abordadas, podemos verificar a importância de tais direitos e que é necessário à execução e a formulação de políticas públicas. Ou, como sugere Guerra (2013, p.91-92): “os direitos humanos, como um marco regulador da convivência, o respeito pelo outro, o diálogo, a solidariedade, a não violência [...], o perdão, a aceitação da diversidade, o compromisso com os mais necessitados a felicidade e a esperança”. Portanto, são elementos do ato de educar o idoso na pedagogia da convivência. Tudo isso, passa a ser um processo que ajuda o homem e a mulher a viver mais e, sobretudo, aprender a envelhecer no mundo da longevidade contemporânea.

#### *O envelhecimento e os instrumentos de ações de proteção à pessoa idosa, no município de Campina Grande-PB*

A gestão do município de Campina Grande é composta por quatorze secretarias de (Assistência Social; Procuradoria Geral do Município - PGM; Agricultura; Administração; Educação; Desenvolvimento Econômico; Ciência, Tecnologia e Inovação; Esporte, Juventude e Lazer; Finanças; Gabinete; Obras; Planejamento; Saúde e Secretaria de Serviços Urbanos e Meio Ambientes (SESUMA).

Os dados já publicados e fornecidos pela gerente da pessoa idosa Rosemary Torres Guimarães apresentam-se como uma rede de proteção sócio assistencial a pessoa idosa que é sistematizada e realizada, no sentido de formalizar dados sobre todas as instituições que realizam suas atividades com a pessoa idosa dentro do município de Campina Grande. Essa Rede é composta, por instituições governamentais, ONGs, sociedade civil organizada, universidades, totalizando neste sentido mais de quarenta organizações.

De acordo com pesquisas que realizamos considera-se como instituições que constituem a rede de proteção a Pessoa idosa no município de Campina Grande, Paraíba-Brasil, como sendo:

1. Associação dos Aposentados, Pensionistas e Idosos de Campina Grande – (AAPICG);
2. Associação dos Vicentinos;
3. Casa de repouso particular para idosos - Colina da Palmeira;
4. Centro assistencial e humanitário Irene Conserva;
5. Centro cultural;

6. Centro de convivência do idoso;
7. Centro dia escola melhor idade;
8. Conselho municipal do idoso;
9. Centro estadual da referência da mulher Fátima Lopes;
10. Clube de mães;
11. Saúde do idoso;
12. Políticas públicas para mulheres;
13. corpo de bombeiros;
14. Centro de referência de assistência social (CRAS);
15. Centro de referência especializado de assistência social (CREAS);
16. Delegacia do idoso;
17. Faculdade de ciências aplicadas (FACISA),
18. Grupo da melhor idade arte de viver;
19. Instituto nacional do seguro social (INSS);
20. Instituto dos cegos;
21. Instituto São Vicente de Paulo;
22. Instituto de Previdência Municipal de Campina Grande (IPSEN);
23. Lar da providência Adenilson Gonçalves;
24. Ministério público;
25. Ordem dos advogados do Brasil (OAB) Direitos humanos;
26. ONG(Organização Não Governamental) Amor exigente;
27. ONG Maturidade cidadã;
28. Pastoral diocesana da pessoa idosa;
29. Programa interdisciplinar de apoio a terceira idade – PIATI / UFCG;
30. Residência assistencial laços de família;
31. Secretária de educação – Educação Jovens e Adultos (EJA);
32. Serviço Social do comércio - SESC (Grupo de idosos);
33. SEST/ SENAT;
34. Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos - STTP;
35. Universidade Aberta à Maturidade (UAMA) – Universidade Estadual da Paraíba -UEPB;
36. União Campinense dos Equipes sociais (UCES);
37. União fraterna espírita – UFE;
38. Secretaria de desenvolvimento humano;
39. Sindicato dos bancários;

40. Grupo de convivência – desabrochar, alegria de viver;

41. ILPI Laços de família.

Observa-se conforme relação das instituições elencadas acima que, a rede de proteção a Pessoa Idosa no município de Campina Grande, Paraíba-Brasil, tem como critério para um bom funcionamento dessa referida rede, uma *reunião mensal* com a presença de alguns serviços e instituições dos referendados acima, com o objetivo de garantir o direito da pessoa idosa de forma efetivada envolvendo, a participação de todos os órgãos existentes na rede, de forma integrada, além de nortear o atendimento aos idosos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade social. Contem também a escuta de casos para efetivação desses direitos que perpassam ações intrassetoriais, e existe uma divulgação de eventos e apresentação de projetos.

É importante abordar a relevância de todas essas instituições existentes no município de Campina Grande. Tudo isso, demonstra-nos como os idosos possuem lugares e serviços de acessos para benefícios, em prol de uma qualidade de vida melhor.

Podemos citar, por exemplo, o centro de Convivência do Idoso, que desenvolve políticas públicas e promove a integração do idoso na sociedade, funciona de segunda à sexta-feira, no bairro dos Cuités. O centro de Convivência está inserido na política da assistência social que compõe a gerência da pessoa idosa, possui 398 idosos cadastrados pela unidade, sendo que 200 são atendidos semanalmente. Desenvolve atividades que vão desde as oficinas de artesanato, palestras educativas e a apresentação cultural até o acompanhamento de profissionais assistente social, médico geriatra, psicólogo clínico, fisioterapeuta, educador físico e enfermeiros. O Centro faz ainda encaminhamentos para o processo de retirada do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Comemorou 18 anos de funcionamento, em agosto de 2018.

No âmbito da habitação em Campina Grande foram ofertados recentemente 6% das unidades habitacionais com acessibilidade do complexo Aluísio Campos para pessoas idosas e pessoas com deficiências. Já no âmbito da educação são ofertados cursos para cuidadores de idosos e existe o Núcleo de tecnologia municipal (NTM), que oferece a informática para a maturidade.

Em relação aos transportes urbanos, possuem a gratuidade para maiores de 65 anos e para interestaduais é de maiores de 60 anos. Tem um credenciamento na STTP (Superintendência de Trânsito e Transportes Públicos) que garante a existência do estacionamento exclusivo para pessoas maiores de 60 anos.

No âmbito da saúde de acordo com a política nacional de saúde da pessoa idosa é dever do gestor municipal definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação da política, discutir a pactuação em Comissão Intergestores Bipartite (CIB), promover a articulação intersetorial da Política e apresentar a aprovação de inclusão da política no conselho municipal de saúde.

Existem as academias populares em alguns bairros de Campina Grande, nas praças e em parques que servem para melhorar a saúde da população idosa, tem os PSF (Programa Saúde da Família) com atendimentos domiciliares de médicos, fisioterapeutas e entre outros. Eles têm direito a alguns medicamentos gratuitos que são de uso continuado. Têm assegurado campanha intensiva da vacinação com prioridade para essa população. Existem também convênios, com algumas faculdades particulares, por exemplo, a Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas (FACISA) é uma instituição privada que se localiza, na cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Ela é mantida pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED), que mantém, ainda, a Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande (FCM) e com isto a instituição disponibiliza alguns serviços gratuitos, na área médica, como por exemplo, oftalmologistas, entre outros.

Constatamos que existe em Campina Grande uma rede de atuação promovendo uma articulação entres diversos setores, serviços e instituições em prol de uma devida efetivação dos direitos que o idoso possui e, principalmente, para o idoso que se encontra em situação de risco e vulnerabilidade social.

Conforme o objetivo descrito acima, percebe-se que o desafio desta rede de proteção a pessoa idosa é sem dúvida, a condição de manter o compromisso firmado com as instituições e desenvolver mecanismos que promovam a garantia dos direitos dos idosos, por meio do financiamento e também do orçamento público e poder solicitar da sociedade civil a contribuição para implementação de ações que envolvam a questão em pauta, e estimular o protagonismo e empoderamento destes atores sociais em busca dos direitos que lhes são pertinentes.

Diante disso é necessário o comprometimento da sociedade civil e do Estado para com a população idosa, promovendo respeito e efetivando seus direitos conquistados. É preciso aumentar o índice de políticas públicas e de instituições nas gestões municipais, estaduais e federais que promovam a qualidade de vida, desta população, para que assim, o idoso do município de Campina Grande possa gozar de seus benefícios e acima de tudo possam viver dignamente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao atingirmos os objetivos com esse estudo concluímos que o envelhecimento é real e a população mundial e, especialmente brasileira está rapidamente envelhecendo, com isso vários especialistas de diferentes áreas vêm tratando deste processo.

O envelhecer é decorrente da ação concomitante da natureza e do tempo. Os avanços medicinais e da ciência foram capazes de prolongar os anos de vida, mas não está apta a promover à dignidade dos seres humanos, muito menos, a qualidade de vida. Tal conquista depende de vários fatores, visto que orbitam nesse conceito diversos elementos, como qualidade de vida, respeito, saúde, educação, autoestima, etc.

Considerando o envelhecimento populacional como uma realidade palpável, torna-se necessário ampliar, com urgência, os estudos nessa área, utilizando avaliações padronizadas e colocando a pessoa idosa como protagonista nessa intervenção de forma que seja observado todo o contexto do idoso, como sugere Neri (2013) na pesquisa que organiza sobre “Fragilidade e qualidade de vida na velhice” ou ainda, quando o idoso busca uma perspectiva de bem-estar que é expresso de muitas formas como: sua saúde física, mental e intelectual e a sua interação com a família, cultura, lazer, espiritualidade e sua participação social.

É dever de o Estado proporcionar ao idoso os meios necessários ao exercício de sua cidadania, atuando de forma positiva para que suas políticas públicas possam ofertar ao idoso uma velhice com dignidade. Com as normas do ordenamento jurídico assegurando diversos direitos e garantias que amparam os idosos, todavia, na realidade fática essas prerrogativas ainda não são amplamente experimentadas. Daí, a necessidade de recursos materiais que promovam tais direitos.

Portanto é preciso que se tenha uma gestão municipal com atenção para essa população de pessoas idosas, organizando de forma comprometida e responsável em todas as áreas da saúde, lazer, educação, assistência social, previdência social e etc. Como vimos o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

## REFERÊNCIAS

BRAGA, V.M. Pérola. **Curso de Direito do Idoso**. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL. **Lei n. 8.842/1994 de 4 de janeiro de 1994**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm) . Acesso em fev de 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n10.741/2003 de 1 de outubro de 2003.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm) . Acesso em fev de 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 13.466/ 2017 de 12 de julho de 2017.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm). Acesso em fev. 2019

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

BASSIT, A.Z. e WITTER C. Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. In: WITTER, G. P, **Envelhecimento: referências teóricas e pesquisas.** São Paulo: Alínea, 2006;

FREITAS JUNIOR, R. M. **Direitos e Garantias do Idoso: Doutrina, Jurisprudência e Legislação.** 2 ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GUERRA, M. J. **Conversação de idosos em contexto alfabetizador universitário e a oralidade desveladora de uma pedagogia da convivialidade.** João Pessoa: UFPB, 2013.

HADDAD, E. G. M. **A ideologia da velhice.** São Paulo. Cortez. 1986.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>. Acesso em 5 fev 2019.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em 5 fev 2019.

MAHLER, Halfdan. T. Remoçando a velhice. In: **Organização Mundial de Saúde. Remoçar a velhice,** 1982. p. 1.

NERI, Anita Liberalesso (org.). **Palavras-chave em gerontologia.** 3.ed. São Paulo: Alínea, 2008.

\_\_\_\_\_. **Fragilidade e qualidade de vida na velhice.** São Paulo: Alínea, 2013.

ROLIM, Taiane da Cruz. [et al.]. Reflexões Gerais Sobre Envelhecimento E Sobre Direitos Garantidos Pelo Direito Brasileiro Contemporâneo. In: **Boletim Jurídico,** Uberaba/MG, a. 13,no1217. Disponível em: <https://www.boletimjuridico.com.br/doutrina/artigo/3899/reflexoes-gerais-envelhecimento-direitos-garantidos-pelo-direito-brasileiro-contemporaneo>> Acesso em: 5 fev. 2019.

VELASCO, C.G. **Aprendendo a envelhecer á luz da psicomotricidade.** São Paulo: Phorte, 2006.

Disponível em:

<http://campinagrande.pb.gov.br/centro-municipal-de-convivencia-do-idoso-comemora-18-anos-de-funcionamento/> Acesso em 5 fev. 2019.

<<https://drauziovarella.uol.com.br/envelhecimento/oms-alerta-sobre-envelhecimento-da-populacao/>> Acesso em 5 fev. 2019.

<http://transparencia.pb.gov.br/conselhos-estaduais/conselho-estadual-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa/legislacoes/lei-no-8-846-de-25-de-junho-de-2009-2016.pdf>>

Acesso em 15 fev. 2019.

<[https://zeoserver.pb.gov.br/portalthtransparencia/transparencia/conselhos-estaduais/conselho-estadual-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa/legislacoes/regimento\\_-\\_cons-est-pessoa\\_idosa\\_-\\_aprovado-1.pdf](https://zeoserver.pb.gov.br/portalthtransparencia/transparencia/conselhos-estaduais/conselho-estadual-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa/legislacoes/regimento_-_cons-est-pessoa_idosa_-_aprovado-1.pdf)> Acesso em 15 fev. 2019.

# O ENVELHECIMENTO, A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA E O IMPACTO NAS INTERNAÇÕES NO ÂMBITO DO SUS

Elídio Vanzella <sup>1</sup>

## RESUMO

No Brasil, a rápida transição demográfica apresenta impactos importantes na saúde da população e traz, em decorrência do aumento das doenças crônicas, forte repercussão no Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, este estudo tem como objetivo descrever a transição epidemiológica brasileira correlacionada com o envelhecimento da população e como esse fenômeno impacta nas internações, da população idosa, no âmbito do SUS. O estudo tem abordagem qualitativa com dados obtidos em pesquisa bibliográfica em livros, artigos e no *site* do Ministério da Saúde. Ao longo de todo o processo de análise o material foi interpretado à luz da literatura científica. O conceito de transição epidemiológica refere-se às mudanças ocorridas, no tempo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e diante do fenômeno do envelhecimento da população brasileira, existe a premente necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país. O quadro descrito apresenta, para a política de saúde, um duplo desafio, o enfrentamento de males como a cólera, a dengue e as antigas endemias como a malária, esquistossomose, doença de Chagas, hanseníase e a atenção aos novos agravos, cuja incidência aumenta ano a ano e, que são, atualmente, a principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil. O SUS desde sua concepção tem sido flagelado pelos problemas decorrentes de recursos insuficientes, por isso a solução necessariamente passa por um novo planejamento e pela reformulação do modelo vigente.

**Palavras-chave:** Transição epidemiológica, Envelhecimento, Hospitalização.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, desde 1872, são realizados censos que fornecem, entre muitas informações, a estrutura demográfica, do país, das regiões, dos Estados e das cidades. Assim, observou-se que no ano de 2018, a população idosa brasileira representava aproximadamente 13% da população total, ainda é, em comparação com países desenvolvidos, uma das menores. No entanto, o processo de envelhecimento da população brasileira, um fenômeno comprovado por diversos estudos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), está ocorrendo de forma rápida e intensa, sendo um fato irreversível que, no futuro próximo, deverá se acentuar.

A rápida transição demográfica observada no Brasil, com o aumento da idade mediana da população, apresenta impactos importantes na saúde da população e traz, em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, forte repercussão no Sistema Único de Saúde (SUS). Atento a essa situação o SUS, ao longo dos anos, acumulou

---

<sup>1</sup> Doutor em modelos de decisão em saúde (Estatística) pela UFPB, Professor na Unifuturo, orientador para o Programa de Mestrado em Educação da FLORIDA CHRISTIAN UNIVERSITY nos EUA e em 2018 aderiu ao Education Without Borders Program como “Professor Sem Fronteiras”. Pesquisador do GCET-Grupo de Cultura e Estudos em Turismo (base CNPq). [elidiovanzella@gmail.com](mailto:elidiovanzella@gmail.com);

experiência de planejamento, com base no fortalecimento e aperfeiçoamento de sua lógica federativa e do controle e participação social, criou o Plano Nacional de Saúde (PNS) que orientou a gestão federal de 2012 a 2015. Este plano, compatibilizado com o Plano Plurianual (PPA), instrumento de integração entre planejamento e orçamento federal, foi estruturado em 14 diretrizes e compreendeu as ações estratégicas e os compromissos para o setor. Na sua elaboração, além do respeito à participação social, foi assegurado o diálogo com estados e municípios por meio da apresentação à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e ao final foi discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2011).

Em função do foco deste trabalho, das 14 diretrizes descritas no PNS, destacou-se a diretriz de número cinco – Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção (BRASIL, 2011). Nesse contexto, este estudo tem como objetivo descrever a transição epidemiológica brasileira correlacionada com o envelhecimento da população e como esse fenômeno impacta nas internações, da população idosa, no âmbito do SUS.

## **METODOLOGIA**

Este estudo é exploratório/descritivo e inferencial com abordagem qualitativa que, de acordo com Minayo (2010), se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, sentem e pensam. Ao estudar nuances sutis da vida humana explorando os pressupostos que interferem na nossa compreensão do mundo social e simultaneamente coletando, analisando e reformulando perguntas, a pesquisa qualitativa apresenta sua eficácia. Assim, com a descrição direta da experiência, a realidade é construída da forma que é interpretada e, nesse sentido, a realidade não é única, mas em função das interpretações.

Do ponto de vista dos procedimentos técnicos foi realizada uma pesquisa bibliográfica em livros, artigos, etc. Ao longo de todo o processo de análise, o material estava sendo lido e interpretado à luz da literatura científica de referência para o pesquisador, que produz teoria articulada ao conjunto de produções científicas com o qual se identifica (DUARTE, 2004).

Este trabalho utilizou a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). A cada mês de cada ano de processamento da informação, foi selecionado no número de AIHs aprovadas, o valor médio das AIHs. Todavia, esses dados foram coletados considerando a

causa da internação, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10) e por grupos etários. Dessa forma foi possível construir uma série histórica com os dados de internação hospitalar e selecionar as seis principais causas, que respondem por aproximadamente 90% das internações da população idosa, nos hospitais conveniados ao SUS durante o período de estudo (Datusus, 2016). Nesse contexto, foram selecionadas para investigação, como as principais causas de internações para a população idosa:

**Tabela 1** - Principais causas de internações para a população idosa, Brasil, 2016.

<b>Doenças</b>	<b>Percentual (%) nas internações</b>
do aparelho circulatório	29,83
neoplasias	17,30
do aparelho digestório	13,07
do aparelho respiratório	12,10
do aparelho geniturinário	9,91
infeciosas e parasitárias	4,57
<b>Total</b>	<b>86,78</b>

Fonte: datatus, 2016.

O programa R, versão 3.3.2, foi utilizado para o desenvolvimento dos modelos de séries temporais para projeção dos valores médios das AIHs. Confirmando o modelo, em razão dos valores baixos para os erros de previsões, foram projetados os valores para o período 2017 a 2020.

Além disso, foi realizado estudo da correlação que se refere a qualquer situação em que variáveis aleatórias não satisfazem uma condição matemática da independência probabilística e, a análise de regressão que é uma técnica estatística utilizada para modelar e investigar a relação entre duas ou mais variáveis. Assim, essas ferramentas foram utilizadas para a projeção dos valores para os anos 2025 e 2030.

## **REFERENCIAL**

O processo de envelhecimento ativo e a promoção da saúde da pessoa idosa, de modo a ampliar, sobretudo o seu grau de autonomia e independência para o autocuidado – envolvendo familiares e comunidade – constituirão um dos principais focos dessa diretriz, a ser operacionalizada mediante a adoção de um modelo que permita ampliar o acesso a uma atenção integral. Um dos instrumentos relevantes nessa atenção é a caderneta de saúde do idoso, a ser fornecida à rede de serviços. Esse modelo deverá organizar, por exemplo, as

linhas de cuidado para idosos frágeis, por intermédio da formação de cuidadores, adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede, de forma a melhorar a acessibilidade e o acolhimento, bem como fortalecer as ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, com foco na atenção básica. Insere-se nesse modelo, a ampliação da atenção biopsicossocial à pessoa idosa em situação de violência.

Entre as iniciativas estratégicas deverão constar a definição de um currículo nacional básico para a referida formação de cuidadores, a pactuação de mecanismos que assegurem o atendimento da determinação legal de acesso prioritário da pessoa idosa aos serviços e a ampliação do acesso de idosos a órteses e próteses.

No tocante às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), deverão ser estabelecidas as linhas de cuidados na atenção à pessoa idosa, a partir do plano de ações estratégicas para o enfrentamento destas doenças no Brasil, abrangendo o aprimoramento e vigilância dos portadores de condições crônicas. Essas linhas compreenderão projeto terapêutico adequado, a ser vinculado ao cuidador e à equipe de saúde. Outra prioridade será o fortalecimento da assistência farmacêutica, com ampliação do acesso aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos protocolos clínicos, bem como a consolidação de estratégias para o aumento da adesão ao tratamento das DCNT. Igualmente, serão fortalecidas as medidas voltadas ao atendimento integral nos casos de acidentes e doenças que resultem em deficiências.

Nesse contexto ainda, atenção especial deverá ser dada ao monitoramento de eventos medicamentosos adversos. O Ministério da Saúde atuará para fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços, com vistas a definir fluxos de referência e contra referência, bem como as respostas aos idosos portadores de DCNT, mediante a vinculação dos pacientes às UBS (Unidade Básica de Saúde). Serão promovidas também medidas para formação profissional, técnica e de qualificação das equipes, fortalecendo, por exemplo, o cuidado ao paciente com doenças circulatórias na rede de atenção à urgência.

### **Metas**

- Capacitar 400 profissionais para o desenvolvimento do processo de qualificação da gestão e das redes de atenção integral à saúde do idoso nos estados e municípios até 2015.
- Capacitar cinco mil profissionais em saúde do idoso e envelhecimento ativo na modalidade de ensino a distância até 2015.
- Realizar, anualmente, inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas (BRASIL, 2011).

Na segunda metade do século XX houve crescimento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). E, quatro delas: doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes, eram responsáveis por 60% de todos os óbitos no planeta e por 80% daqueles ocorridos em países de média e baixa renda, no ano de 2005 (SCHMIDT, DUNCAN, *et al.*, 2010). Nesse contexto, a intenção do governo de realizar o debate, o planejamento de ações e diretrizes, como as estabelecida no Plano Nacional de Saúde, apresenta-se como uma boa intenção vislumbrando alguma melhoria na difícil situação em que os serviços de saúde pública se apresentam aos brasileiros, especialmente à população idosa.

### **Transição epidemiológica e doenças dos idosos**

O processo de envelhecimento da população brasileira, em função do declínio da fecundidade em algumas regiões mais desenvolvidas do Brasil, é conhecido desde a década de 1960. As PNAD's (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) da década de 70 passaram a demonstrar que o fenômeno se estendia paulatinamente às demais regiões brasileiras, tanto nas áreas urbanas quanto rurais, e a todas as classes sociais (CHAIMOWICZ, 1997).

No período de 1960 a 1991, a taxa de fecundidade total apresentou uma redução superior a 50% e o índice de envelhecimento da população, que era igual a 11,2% em 1960, alcançou 44,8% no ano de 2010. No início, os decréscimos nas taxas reprodutivas reduziram a proporção de jovens e aumentaram a de idosos, em seguida ocorreu um decréscimo nas taxas de mortalidade de pessoas adultas e idosas e, a proporção das mesmas em relação à população como um todo aumentou ainda mais. Esse processo dinâmico no comportamento populacional tem sido chamado de transição epidemiológica por alguns ou demográfica por outros (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987).

Segundo os autores essa transição ocorre em quatro estágios, sendo que no primeiro a mortalidade é concentrada nos primeiros anos de vida (grande percentagem da população é jovem); no segundo a mortalidade decresce e as taxas de crescimento aumentam ou se mantêm elevadas (percentagem de jovens na população aumenta); no terceiro momento, as taxas de fertilidade decrescem e a mortalidade continua a cair (aumento da percentagem de adultos jovens, e progressivamente de pessoas idosas) e no último estágio, a mortalidade em todos os grupos etários continua a cair (aumento contínuo na percentagem de idosos na população).

Agora, na segunda década do século XXI, o cenário contempla os governos nas esferas municipal, estadual e federal, ainda com dificuldades para o enfrentamento de desafios como o controle de doenças transmissíveis ou de dedicar-se a estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Em um contexto de importantes desigualdades regionais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam sequelas daquelas doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida (CHAIMOWICZ, 1997).

Diante do fenômeno do envelhecimento da população brasileira, existe a premente necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às demandas emergentes do novo perfil epidemiológico do país (SIQUEIRA, CORDEIRO, *et al.*, 2004), pois os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensiva que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos, implicando no tratamento de duração mais prolongada e de recuperação mais lenta e complicada (COELHO FILHO, 2000).

O conceito de transição epidemiológica refere-se às mudanças ocorridas, no tempo, nos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (OMRAN, 2001). As alterações nos padrões de morbidade e mortalidade correspondem a uma fase mais recente de um processo histórico secular, ao qual Omran, em 1971, denominou de 'transição epidemiológica' (ARAÚJO, 2012). Segundo essa teoria, a humanidade teria atravessado três fases epidemiológicas ao longo da sua história:

a) A 'Era da Fome das Pestilências', que durou desde o início dos tempos históricos até o fim da Idade Média, foi caracterizada por altos índices de natalidade, altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas endêmicas e epidemias que assumiam, com frequência, caráter pandêmico, devastando as populações. Nessa fase, a expectativa de vida estava em torno de 20 anos e o crescimento demográfico foi lento.

b) A 'Era do Declínio das Pandemias', correspondendo historicamente ao período que vai da Renascença até o início da Revolução Industrial, foi caracterizada pelo progressivo desaparecimento das grandes pandemias, embora as doenças infecciosas continuassem a ser a principal causa de morte. Nesse período verificou-se uma gradual melhora no padrão de vida e a expectativa de vida alcançou os 40 anos. Como as taxas de mortalidade declinaram até níveis de 30 por 1000 e a natalidade continuava acima de 40 por 1000, iniciou-se um longo período de crescimento populacional.

c) A 'Era das Doenças Degenerativas e das Causadas pelo Homem' estende-se da Revolução Industrial até os tempos modernos. Caracterizou-se por uma progressiva melhora do padrão de vida das populações (habitação, saneamento, alimentação, educação) e um correspondente declínio das

doenças infecciosas, que se iniciou várias décadas antes do aparecimento das sulfas e dos antibióticos e se acentuou após esses progressos da medicina. A expectativa de vida foi aumentando até atingir os 70 anos, nos meados deste século. As principais causas de mortalidade passaram a ser doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas. Nessa fase, houve uma desaceleração no crescimento demográfico (OMRAN, 1971).

Conceitualmente, Omran focou a teoria da transição epidemiológica nas complexas mudanças dos padrões saúde-doença e nas interações entre esses padrões, seus determinantes demográficos, econômicos e sociais, e suas consequências (OMRAN, 2005). E, conforme explicam Duarte e Barreto (2012), entre as proposições centrais incluídas nessa teoria, destacam-se: (i) existe um processo longo de mudanças nos padrões de mortalidade e adoecimento, em que as pandemias por doenças infecciosas são gradativamente substituídas pelas doenças degenerativas e agravos produzidos pelo homem; (ii) durante essa transição, as mais profundas mudanças nos padrões de saúde-doença ocorrem nas crianças e nas mulheres jovens; (iii) as mudanças que caracterizam a transição epidemiológica são fortemente associadas às transições demográfica e socioeconômica que constituem o complexo da modernização; e (iv) as variações peculiares no padrão, no ritmo, nos determinantes e nas consequências das mudanças na população diferenciam três modelos básicos de transição epidemiológica, o modelo clássico ou ocidental, o modelo acelerado e o modelo contemporâneo ou prolongado (OMRAN, 2005).

Num entendimento mais simplificado Schramm, Oliveira *et al* (2004), asseveram que o processo engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante.

A definição da transição epidemiológica deve ser considerada componente de um conceito mais amplo apresentado como transição da saúde, que inclui elementos das concepções e comportamentos sociais, correspondentes aos aspectos básicos da saúde nas populações humanas (SCHRAMM, OLIVEIRA, *et al.*, 2004). Nesse contexto, Frenk, Frejka e *et al* (1991) destacam que a transição da saúde pode ser dividida em dois elementos principais: de um lado, fazendo referência as mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades, encontra-se a transição das condições de saúde e, de outro a transição da atenção sanitária que, como resposta social organizada a estas condições e que se instrumenta por meio dos

sistemas de atenção à saúde, determinada pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo.

Com exposto, existe uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e demográfica, pois na medida em que aumenta a expectativa de vida, as doenças não transmissíveis tornam-se mais frequentes e os idosos passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônico-degenerativas (CHAIMOWICZ, 1997), resultando em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas (SCHRAMM, OLIVEIRA, *et al.*, 2004). Ainda, segundo os autores, estes aspectos ocasionam importantes desafios e a necessidade de uma agenda para as políticas de saúde que possam dar conta das várias transições em curso.

### **A transição epidemiológica brasileira**

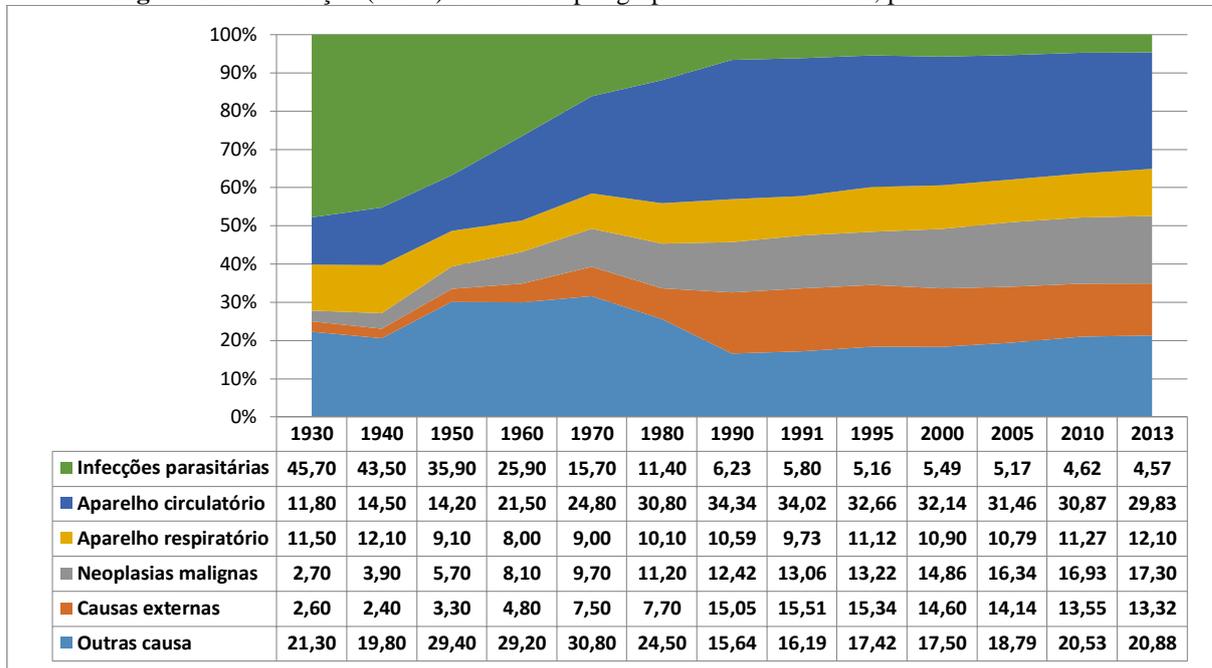
As estatísticas de mortalidade no Brasil mostram que, até 1940 (Figura 1) havia um nítido predomínio das doenças infecciosas e parasitárias (DIP) como principal causa de morte, representando 43,5% do total de óbitos (BAYER e GOES, 1984). A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias declinou desde a década de 1940, inicialmente com queda aguda, depois como se observou no período entre os anos 2000 e 2010, a mortalidade proporcional por DIP caiu de 5,5 para 4,6%, ou seja, mais lenta, mas persistente (BRASIL, 2011). Para esse grupo de causas de morte, um fator importante para explicar a tendência de queda, ao longo do tempo, deve-se ao sucesso alcançado, pela área da saúde, em relação a prevenção por imunização de doenças como o sarampo, poliomielite, rubéola, síndrome da rubéola congênita (SRC), meningite (H. influenza), tétano, coqueluche e difteria. Nesse contexto, reduziu-se de mais de 153 mil casos e 5,5 mil óbitos em crianças menores de 5 anos de idade, no ano de 1980, para cerca de 2 mil casos e 50 óbitos em 2009 (BRASIL, 2012).

As doenças do aparelho circulatório correspondiam, em 1930, a 11,8% e as neoplasias malignas a apenas 2,7% dos óbitos com causa definida. Em 1970, as doenças do aparelho circulatório já surgiam como a primeira causa de mortalidade (24,8%); as doenças infecciosas e parasitárias como a segunda (15,7%); e as neoplasias malignas como a terceira (9,7%) (BRASIL, 1991).

Dados de 1990 mostraram que as doenças do aparelho circulatório já eram responsáveis por 34,34% dos óbitos, causas externas com 15,05% e, em seguida as neoplasias malignas com 12,42%. Aparentemente, esses índices indicariam que se estava verificando no

Brasil, de forma tardia, o terceiro estágio de transição epidemiológica, na teoria de Oram (ARAÚJO, 2012). No entanto, o autor defende que os dados mostram que se está diante de um quadro bastante diverso e que pode ser caracterizado como polarização epidemiológica, isso de acordo com o conceito apresentado nos trabalhos de Frenk e seus colaboradores.

**Figura 1-** Distribuição (em %) das mortes por grupos de causas. Brasil, período 1930 a 2013.



Fonte: datasus, 2016.

O quadro epidemiológico descrito apresenta, para formulação e execução da política de saúde brasileira, um duplo desafio. O enfrentamento de males como a cólera, a dengue e as antigas e ainda persistentes endemias como a malária, esquistossomose, doença de chagas, hanseníase, etc, e o não negligenciamento do problema dos novos agravos, cuja incidência aumenta ano a ano e cujas taxas de mortalidade ocupam os primeiros lugares (CONASS, 2007). Atualmente, a principal causa de mortalidade e morbidade no Brasil são as doenças crônicas, que normalmente têm desenvolvimento lento, duram períodos extensos e apresentam efeitos de longo prazo, difíceis de prever (VERAS, 2011).

As doenças cardiovasculares e seus fatores de risco, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, diabetes, os acidentes automobilísticos e do trabalho e as consequências da violência social têm um papel decisivo nos dispêndios da saúde, da previdência e nos gastos, além de influenciarem na qualidade de vida das pessoas acometidas e de seus familiares (SCHRAMM, OLIVEIRA, *et al.*, 2004). E, em função disso precisam de uma resposta complexa e de longo prazo, coordenada por profissionais de saúde de formações diversas, com acesso aos medicamentos e equipamentos necessários, estendendo-se à assistência social (VERAS, 2011).

A mudança da estrutura etária com aumento da representatividade da população idosa está entre os principais fatores que contribuem para o aumento da carga de doenças não transmissíveis no Brasil e as desigualdades sociais e em saúde.

### **As causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do SUS**

O rápido aumento da população idosa brasileira apresenta, como consequência, uma previsão com maior pressão sobre os sistemas públicos de saúde e previdência, gerando mais demanda de serviços de saúde, que ocasionará, por vez, aumento em gastos com cuidados médicos e de internações hospitalares (PEIXOTO, GIATTI, *et al.*, 2004). Nesse sentido, descrever as características das hospitalizações da população idosa torna-se uma etapa importante e que permitirá subsidiar estratégias para promoção da saúde e prevenção de agravos e, como fonte facilitadora para a realização dessa tarefa, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) permite determinar o perfil de hospitalizações da população idosa brasileira no âmbito do SUS, bem como os custos correspondentes. De fácil acesso e abrangendo todo o país, o SIH/SUS disponibiliza um banco de dados responsável por 80% das internações ocorridas no país, possibilitando não apenas o delineamento do perfil das hospitalizações, como permitindo a avaliação do impacto econômico das mesmas (SILVEIRA, SANTOS, *et al.*, 2013).

A unidade de observação do SIH/SUS é a autorização de internação hospitalar ou AIH preenchida para cada internação realizada em hospitais conveniados ao SUS, para fins de reembolso financeiro (PEIXOTO, GIATTI, *et al.*, 2004). Com isso é possível formar uma série histórica dos dados de internação hospitalar que apresenta as variáveis: tipo de AIH, o gênero, a idade, custo da internação, dias de permanência e diagnóstico principal, segundo capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10) (SILVEIRA, SANTOS, *et al.*, 2013).

Nesse contexto foram selecionadas as doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestório; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho geniturinário; causas externas; doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; doenças do sistema nervoso; transtornos mentais e comportamentais; neoplasias; doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; e outras doenças como as principais causas de internações para a população idosa (DATASUS, 2016).

Os estudos sobre a população idosa brasileira apontam que os maiores coeficientes de mortalidade relacionam-se a doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e neoplasias (SILVA, ALBUQUERQUE, *et al.*, 2012). Sendo que as doenças cardiovasculares

foram responsáveis por 31% dos óbitos no Brasil, destacando-se os óbitos por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração (OLIVEIRA, KLEIN e SILVA, 2006).

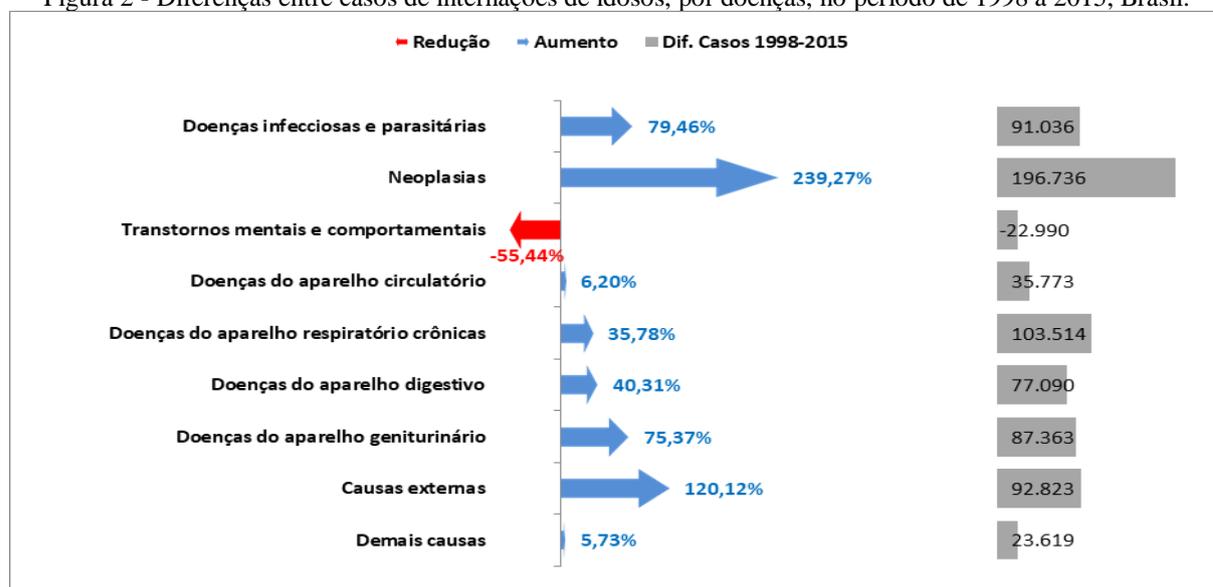
Em relação às neoplasias, no ano de 1998, as notificações no Brasil foram de 82.224 casos da doença e no ano de 2015 ocorreram 278.960 casos, isto significou um crescimento de 239,27% em 17 anos. Ainda, conforme a Tabela 2 e a Figura 2, foi observado que nesse período de tempo, entre as principais causas de internações da população idosa, apenas os transtornos mentais e comportamentais sofreram redução do número de casos.

**Tabela 2-** Principais causas de internações de idosos no SUS. Período 1998 a 2015, Brasil.

Ano	Doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Transtornos mentais e comportamentais	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório crônicas	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do aparelho geniturinário	Causas externas	Demais causas
1998	114.565	82.224	41.468	576.654	289.339	191.262	115.908	77.276	412.317
1999	123.602	79.933	43.477	613.742	297.983	211.919	128.895	88.577	369.236
2000	119.343	90.744	42.849	625.762	286.388	214.482	132.083	92.796	376.487
2001	129.980	95.159	33.220	637.274	273.894	222.935	134.717	94.127	373.951
2002	115.710	115.710	19.190	662.134	273.029	219.460	130.635	97.763	338.171
2003	127.480	127.480	26.051	666.603	251.453	215.859	131.209	102.203	335.918
2004	134.321	134.321	19.026	655.298	250.578	220.033	132.461	108.169	341.838
2005	140.593	140.593	21.126	637.559	226.524	227.439	136.197	113.099	347.445
2006	144.467	144.467	23.505	633.725	222.518	227.669	128.301	117.348	365.298
2007	151.475	151.475	18.094	626.344	217.753	236.100	135.653	125.238	379.147
2008	145.864	175.755	23.083	605.673	362.282	229.834	140.473	122.018	334.610
2009	161.881	191.515	18.599	628.249	393.576	241.879	160.909	124.876	367.319
2010	178.181	208.861	19.937	643.405	404.338	255.549	175.411	135.887	400.492
2011	193.578	224.401	20.546	649.913	417.951	258.582	180.156	145.518	416.755
2012	209.941	242.605	19.467	640.544	390.067	263.351	186.972	152.665	424.634
2013	229.265	263.507	19.107	645.416	407.024	269.154	193.882	163.900	439.430
2014	203.942	281.886	19.345	653.099	402.962	282.553	207.907	177.598	452.472
2015	205.601	278.960	18.478	612.427	392.853	268.352	203.271	170.099	435.936

Fonte: tabnet.datasus (2016)

Figura 2 - Diferenças entre casos de internações de idosos, por doenças, no período de 1998 a 2015, Brasil.



Fonte: tabnet.datasus (2016)

A maior utilização de serviços hospitalares por idosos repercute a maior ocorrência de doenças e condições crônicas nessa fase da vida, muitas vezes com maior intensidade e gravidade (DESAI, ZHANG e HENNESSY, 1999) e, considerando que a parcela da população brasileira que dispõe unicamente do SUS para o seu atendimento hospitalar é estimada em 75,5% da população total (BAHIA, COSTA, *et al.*, 2002), a utilização dessa população para o cálculo da taxa de internação hospitalar resulta em valores mais próximos da realidade, na esfera da assistência hospitalar pública (LOYOLA FILHO, MATOS, *et al.*, 2004).

### **Os gastos no sistema único de saúde em razão do envelhecimento populacional**

O crescimento da população idosa e as implicações desse crescimento na construção de um novo perfil epidemiológico de atenção à saúde, caracterizando um período de transição epidemiológica, em que enfermidades infecto parasitárias coexistem com a elevação da prevalência de doenças crônico-degenerativas (BAER, CAMPINO e CAVALCANTI, 2000), refletem-se em mudanças na estrutura da atenção de cuidados hospitalares e na consequente elevação dos custos de atenção médico hospitalar (NUNES, 2004). E, se por um lado, os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades e, por conseguinte, utilizam grande parcela dos serviços de saúde, na outra ponta, destacam-se a ineficiência e os altos custos relacionados aos modelos vigentes de atenção à saúde ao idoso (VERAS, 2012). Dessa forma, delinear o perfil e as estatísticas de hospitalizações de idosos poderá servir, como modelo, para elaborar estratégias mais eficazes de promoção da saúde e prevenir agravos.

Um hospital é uma unidade econômica semelhante a outras empresas, onde conceitualmente uma empresa é uma organização econômica e social, que faz uso dos fatores produtivos: trabalho, terra e capital, e, que integrada por elementos humanos, materiais, técnicos e com riscos por conta de quem empreende, se propõe produzir bens ou serviços destinados à venda com a expectativa de realização de lucros. Nesse contexto, para o hospital, o seu produto básico é a ação que objetiva o restabelecimento da saúde do paciente ou, dada as circunstâncias, uma ação mais humanizada e possível no momento, pois um produto é qualquer coisa que possa ser oferecida, a um mercado, para satisfazer uma necessidade e isso inclui a aquisição ou consumo de objetos físicos, serviços, pessoas, lugares, organização e ideias (KOTLER e KELLER, 2006).

Para as instituições hospitalares, o produto é uma série de serviços prestados a um paciente como parte do processo de tratamento, controlado por médico. Embora, nesse caso,

possuem peculiaridades que são compreendidas quando o indivíduo, ao procurar a assistência médica, geralmente, não o faz por livre vontade, mas sim por necessidade (MEDICI e MARQUES, 1996).

O Sistema Único de Saúde brasileiro parte geralmente de duas premissas: saúde é um direito que deve ser fornecido pelo estado; e o governo consegue controlar o fornecimento deste serviço de forma a ter uma cobertura ampla para toda a população evitando discriminação econômica, geográfica e social (LEITE, 2015). Mas, no ano de 2016, o Brasil já conta com mais de 206 milhões de habitantes, sendo que mais de 150 milhões são usuários do SUS, um sistema idealizado no ano de 1990 e que teve uma concepção modelar caracterizada pela universalidade e integralidade, porém, que não foi dotado de recursos orçamentários capazes de fazer cumprir os seus objetivos (FERRAZ, 2008).

Conceitualmente, a saúde é um direito fundamental do cidadão e decorre de um processo histórico, que ganha importância e positividade em documentos jurídicos na esfera internacional de forma expressa, ou, implícita e indiretamente por meio do princípio da dignidade humana (URRUTIGARAY e CENDRON, 2016). A promoção pelo direito à saúde encontra-se prevista na Constituição da Organização Mundial da Saúde de 1946, na Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 (SEITENFUS, 2004) e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos Sociais e Culturais de 1976, sendo o Brasil um dos seus signatários. Desse modo, o legislador constituinte de 1988 dispôs:

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Assim, em tese, o Estado garante os devidos meios necessários para que o cidadão exerça plenamente o direito a serviços com qualidade na saúde pública e não dependendo de qualquer reciprocidade. Então, nessa lógica, o estado é fornecedor da saúde e dono de hospitais, clínicas, ambulâncias e empregador dos profissionais que trabalham na área de saúde; do faxineiro ao neurocirurgião. Este sistema é politicamente popular porque ele fornece a ilusória vantagem de que as pessoas não precisam desembolsar diretamente o dinheiro para ter acesso ao sistema de saúde, já estando cobertas quando de qualquer necessidade (LEITE, 2015).

É certo que o SUS é composto pela rede pública e pela rede privada de saúde (por contratação ou convênio), pois a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, admitindo-se a participação das instituições privadas, preferencialmente as de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, na prestação dos serviços públicos de saúde, apenas de forma complementar

(URRUTIGARAY e CENDRON, 2016), desde que observadas às regras previstas na Lei de Licitações e contratos administrativos n.º 8.666/1993 e as disposições regradas pelos órgãos encarregados da regulamentação e fiscalização desses serviços em âmbito nacional (BRASIL, 1993).

Com isso, para que sejam respeitadas as particularidades locais, ambas as redes formam uma rede regional e hierárquica, que devem estrita observância aos princípios do SUS (integralidade, igualdade e participação da comunidade). Portanto, existe um único sistema de saúde, mesmo que composto por sistemas de natureza jurídica diferenciada, visto que todos estão subordinados aos mesmos princípios (SCHWARTZ, 2001). E nessa alegada cobertura universal igualitária, presente normalmente só no papel e não no fornecimento do serviço, ricos e pobres têm acesso aos mesmos tipos de médicos (LEITE, 2015).

Assim, a promessa é de que o estado, financiado por meio do pagamento de impostos sobre a renda, o consumo ou a propriedade, vai cuidar das pessoas sempre que elas precisarem sejam elas ricas ou pobres, saudáveis ou em situações gravíssimas. Nesse modelo, os custos são divididos por toda a sociedade e a lógica de transferência de renda é feita dos saudáveis para os doentes. Então, o clamor de que os ricos pagam pelos pobres, abandona a verdade, visto que um pobre saudável, que não use o sistema de saúde, financiará um rico doente. Na prática, com a intenção de ampliar o atendimento a todos, não é o rico que paga pelo pobre, mas o saudável que paga pelo doente (LEITE, 2015).

### **Correlação e projeções de gastos com AIHs**

Para o estudo do valor médio das AIHs aprovadas optou-se pelo uso de modelos de séries temporais de *Holt-Winters* que apresentou menores erros de previsão para realizar as previsões futuras relacionadas aos anos de 2017 a 2020. Em seguida foi ajustado o modelo de regressão para estimar o valor médio das AIHs aprovadas para os anos 2025 e 2030.

Com estes dados foram calculados, o coeficiente de correlação linear “*r*” de *Pearson* e o teste de significância, para o coeficiente de correlação linear, que confirmou os resultados amostrais como significativos, indicando a existência de correlação linear entre as variáveis de estudo.

Na análise dos resíduos padronizados foi verificada a normalidade, por meio o teste de *Lilliefors*, a igualdade das variâncias (homocedasticidade), a independência dos resíduos e a confirmação da hipótese de linearidade do modelo. Com isso, o modelo proposto foi validado e utilizado para estimar valor médio das AIHs aprovadas para os anos de 2025 e 2030.

**Tabela 3** - AIH aprovadas, Valor médio AIH segundo Ano processamento.

Ano	Total	< 60 anos	= > 60 anos
	Valor médio AIH	Valor médio AIH	Valor médio AIH
2008	822,97	733,41	1.037,50
2009	972,00	861,43	1.227,71
2010	1.003,12	880,42	1.278,34
2011	1.080,83	946,30	1.363,61
2012	1.153,91	1.004,65	1.461,14
2013	1.281,20	1.120,81	1.595,20
2014	1.363,76	1.184,21	1.703,81
2015	1.417,07	1.229,79	1.751,38
2016	1.452,29	1.258,54	1.792,28
2017	1.502,12	1.303,38	1.836,34
2018	1.551,95	1.348,22	1.880,41
2019	1.601,78	1.393,06	1.924,48
2020	1.651,61	1.437,91	1.968,54
2025	1.929,52	1.407,83	2.445,01
2030	2.119,91	1.312,84	2.866,69

Fonte: dados 2008 a 2016, Datasus.

A análise da população apresentou uma tendência, constante, de crescimento da população com idade igual ou superior a 60 anos e uma convergência de redução para a população com menos de 60 anos e esse fenômeno deverá influenciar a disposição da população total que deverá, por volta do ano de 2030, iniciar um processo de redução populacional.

**Tabela 4** - População brasileira total e por segmento para o período 2008 a 2030.

	Ano	População Brasil Total	População Brasil (= ou >60 anos)	População Brasil (< 60 anos)
Real	2008	191.532.439	18.176.428	173.356.011
	2009	193.543.969	18.831.828	174.712.141
	2010	195.497.797	19.608.429	175.889.368
	2011	197.397.018	20.391.112	177.005.906
	2012	199.242.462	21.239.246	178.003.216
	2013	201.032.714	22.073.392	178.959.322
	2014	202.768.562	23.014.232	179.754.330
	2015	204.450.649	24.002.506	180.448.143
	2016	206.081.432	24.956.461	181.124.971
Projetada	2017	207.660.929	25.978.382	181.682.547
	2018	209.186.802	27.068.772	182.118.030
	2019	210.659.013	28.144.044	182.514.969
	2020	212.077.375	29.287.885	182.789.490
	2205	218.330.014	35.434.961	182.895.053
	2030	223.126.917	41.546.232	181.580.685

Fonte: IBGE, 2016.

De acordo com os dados analisados e, em função desses, com as projeções realizadas foi observado que os valores médios das AIHs apresentaram uma tendência de crescimento

constante ao longo do tempo. Apenas a população com faixa etária menor que 60 anos deverá, a partir do ano 2020, apresentar uma tendência de redução dos valores.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando o SUS, a 25 anos atrás foi idealizado, vislumbrou junto a sociedade, a universalização do direito ao acesso a saúde na forma de atenção integral. No entanto, o desafio de tornar viável a ideia de serviços de saúde socializados, que são ofertados de acordo com o princípio que o acesso aos serviços de saúde deve ser gratuito, chocou-se com a realidade econômica, pois sempre que algo passa a ser oferecido gratuitamente, a quantidade demandada passa a ser infinita e, no caso específico da saúde, a quantidade desses serviços que as pessoas passam a querer consumir tornou-se praticamente infinita. Nesse contexto, o SUS desde sua concepção, tem sido flagelado pelos problemas decorrentes de recursos insuficientes para cumprir seus objetivos e realizar seus princípios: universalidade, integralidade, equidade.

Como os recursos para a saúde não são infinitos, mas a demanda é, o governo se vê obrigado a impor vários controles de custos e com isso o acesso segue sendo o desafio mais importante. Nesse sentido, embora os custos estejam limitados, porque os burocratas estabeleceram um teto de gastos na saúde, a demanda por consultas, pedidos de testes de diagnósticos, hospitalizações e cirurgias segue inabalada. Consequentemente, com oferta limitada e pleito infinito, ocorre a inevitável penúria, gerando filas de espera para tratamentos, cirurgias, remédios e até mesmo consultas de rotina. Nessa conjuntura, o acesso oportuno a uma atenção à saúde resolutiva e de qualidade é demanda permanente e sempre presente nas pesquisas acadêmicas e nas pautas dos movimentos sociais. No entanto, a solução necessariamente passa por um novo planejamento e pela reformulação do modelo vigente.

O projeto do SUS completou 25 anos e seus idealizadores prometeram atendimentos com qualidade e irrestritos a toda a população, mas a promessa não foi, até hoje, cumprida e não será, pois os recursos são finitos, mas a demanda não. Por isso, é necessário aceitar que o SUS precisa ser reformulado na essência, pois os problemas se avolumam e não é racional esperar resultados diferentes fazendo as coisas sempre do mesmo modo. Nesse sentido, é necessário compreender que o futuro é uma construção do passado e, por isso, carecemos da urgência de parar de se conformar com os serviços de saúde como estão ou que são possíveis para buscarmos o melhor.

É preciso criar liberdade no sistema para que novas formas de parcerias entre o setor público e o setor privado aconteçam para que finalmente a população possa usufruir de um serviço de saúde com qualidade e na medida da necessidade.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. D. D. Polarização epidemiológica no Brasil (Republicação, 1992). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez 2012.

BAER, W.; CAMPINO, A. C.; CAVALCANTI, T. Condições e política de saúde no Brasil: uma avaliação das últimas décadas. **Economia Aplicada**, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 763-785, 2000.

BAHIA, L. et al. Segmentação da demanda dos planos e seguros privados de saúde: uma análise das informações da PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 671-686, 2002.

BAYER, G. F.; GOES, S. Mortalidade nas capitais brasileiras 1930-1980. **Radis-Dados**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 1-8, 1984.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatísticas de mortalidade: Brasil, 1986. **Estatísticas de mortalidade**, Brasília, 1991.

BRASIL. LEI Nº 8.666, DE 21 DE JUNHO DE 1993, Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, jun 1993.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde - Parte 1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, Brasília, 2011.

BRASIL. Orçamento. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. In: **MINISTÉRIO DA SAÚDE Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2011. p. 114.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 184-200, 1997.

COELHO FILHO, J. M. Modelos de serviços hospitalares para casos agudos em idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, p. 666-671, 2000.

CONASS. Vigilância em Saúde. In: **BRASIL Conselho Nacional de Secretários de Saúde/Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS**. 1ª. ed. Brasília: CONASS, v. 1, 2007. Cap. 6, p. 278.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **DATASUS. Informações Populacionais e do Sistema de Internações Hospitalares, 2016.** Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 09 out 2016.

DESAI, M. M.; ZHANG , P.; HENNESSY, C. H. Surveillance formorbidity and mortality among older adults – United States, 1995-1996. **Surveillance Summaries** , v. 48, n. 8, p. 7-25, 1999.

DUARTE , C.; BARRETO, S.. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, 2012.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Revista Educar**, Curitiba, v. 24, p. 213-225, 2004.

FERRAZ, E. M. O caos no atendimento do sistema único de saúde. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, set-out 2008.

FRENK, J. et al. La transition epidemiológica em América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

KALACHE, ; VERAS , P.; RAMOS, R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde pública**, São Paulo, v. 21, p. 200-210, 1987.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de marketing**. 12. ed. São Paulo: Pearson Hall , 2006.

LEITE, D. L. Um breve manual sobre os sistemas de saúde - e por que é impossível ter um SUS sem fila de espera. [www.mises.org.br/](http://www.mises.org.br/), 2015. Disponível em: <<http://www.mises.org.br/Article.aspx?id=2029>>. Acesso em: 21 out 2016.

LOYOLA FILHO, A. I. D. et al. Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 229 - 238, 2004.

MEDICI, A. ; MARQUES, R. M. Sistemas de custo como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde. **Cadernos Fundap**, Rio de Janeiro.FGV, p. 47-59, jan/abr 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

OLIVEIRA, G. M. M.; KLEIN, C. H.; SILVA, N. A. S. Mortalidade por doenças cardiovasculares em três estados do Brasil de 1980 a 2002. **Rev Panam Salud Publica**, v. 19, n. 2, p. 85-93, fev 2006.

OMRAN , A. R. The epidemiological transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, v. 49, n. 4, p. 509-583, 1971.

OMRAN, A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 731-757, 2005.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, Switzerland, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

PEIXOTO, S. V. et al. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, p. 239-246, 2004.

SCHMIDT, I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: **BRASIL Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, 2010. p. 368.

SCHRAMM, M. D. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, Oct/Dec 2004.

SCHWARTZ, A. D. **Direito à saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

SEITENFUS, R. **Legislação Internacional**. São Paulo: Manole, 2004.

SILVA, V. L. et al. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 433-441, jul-set 2012.

SILVEIRA, R. E. D. et al. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. **Einstein**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 514-520, 2013.

SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

URRUTIGARAY, M.; CENDRON, P. A possibilidade de cobrança de serviços vinculados ao sistema único de saúde - solução para o caos na saúde ou afronte à constituição federal de 1988. **XII Seminário nacional demandas sociais e políticas públicas na sociedade contemporânea**, Santa Cruz do Sul, 2016.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Oct/Dec 2011.

## O FEMININO DIANTE DA VELHICE: CRENÇAS ATRIBUÍDAS POR MULHERES IDOSAS AO ENVELHECIMENTO

Adriano de Sousa Barros <sup>1</sup>  
Laiza Kelly da Silva Vasconcelos <sup>2</sup>

### RESUMO

O presente estudo objetivou analisar as crenças desenvolvidas por mulheres idosas sobre o processo do envelhecimento. Construído numa perspectiva qualitativa, foi realizado com mulheres idosas participantes de um grupo desenvolvido por uma associação e outro coordenado pelo serviço escola de Psicologia em uma IES privada, ambas na cidade de Campina Grande. Numa perspectiva psicodinâmica, este trabalho toma por base o conceito de crenças irracionais como algo inerente ao ser humano, as quais são desenvolvidas durante a socialização iniciada na família e continuada em outros espaços sociais. Esta chave de análise nos serve para investigar o envelhecimento feminino sob o olhar da mulher idosa. As falas aqui colhidas foram trabalhadas via Análise do Conteúdo de Bardin. A partir dos resultados obtidos observou-se que as crenças desenvolvidas pelas idosas foram: A distinção entre o envelhecer feminino e o masculino (disposição física e valores); A autoimagem construída na relação com o outro (processos grupais, dependência e aparência); Envelhecimento e vulnerabilidade (fragilidade, solidão e preconceito). A identificação de tais crenças, portanto, revela aspectos ligados às relações de gênero, à cultura e à subjetividade, perpassando o campo de forças que constitui a complexidade do envelhecimento enquanto elemento da experiência humana, construída a partir do entrecruzamento sócio-histórico que forja os processos subjetivos e é por eles constituído dialogicamente.

**Palavras-chave:** Mulher, Idosa, Envelhecimento, Crenças.

### INTRODUÇÃO

O envelhecer da população mundial é um fenômeno um tanto quanto atual, o que precisa ser compreendido como algo complexo, pois, em nossa cultura, esta fase é relegada ao espaço da improdutividade, do não belo e do esquecimento, uma rejeição revelada pela cultura da “juventude eterna”. Arcuri (2005) explica que possuímos um roteiro social muito claro a seguir até os 50 anos, e isso nos leva a pensar que as mudanças imaginadas possam ocorrer na segunda metade da vida, determinando um futuro que não desejamos reconhecer.

<sup>1</sup> Graduado em Psicologia – UEPB, Mestre em Sociologia – UFPB, Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. E-mail: [adriano.dsbarros@gmail.com](mailto:adriano.dsbarros@gmail.com)

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia, UNINASSAU - PB, E-mail: [laiza\\_kelly@hotmail.com](mailto:laiza_kelly@hotmail.com)

Neri (1991) define idoso como uma população de indivíduos categorizados a partir da duração do ciclo de vida, sendo a velhice a última fase de tal ciclo, delimitada por eventos de natureza múltipla a exemplo das perdas sociais, psicológicas e biológicas; já envelhecimento pode ser compreendido como processo de mudanças universais regulada pela genética de cada indivíduo. Neste caminho, o envelhecimento populacional é compreendido como uma mudança na estrutura etária da população, caracterizado pelo aumento relativo dos indivíduos acima de 60 anos, ponto inicial da velhice. Este limite inferior pode, portanto, variar de uma sociedade para outra e depende de fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos. (CARVALHO; GARCIA, 2003)

O crescimento da população idosa vem acontecendo de forma progressiva no Brasil. Segundo dados do IBGE (2004), os valores da projeção dessa população seguem uma curva de crescimento acelerado. Como o Brasil não se planejou adequadamente para atender às necessidades da população idosa, o envelhecimento é tratado como um “problema” e não como uma conquista, sendo os idosos vistos como um encargo para a família, para o Estado e para a sociedade. Na opinião de Siqueira, Botelho e Coelho (2002), o processo de envelhecimento populacional repercutiu e ainda continua repercutindo nas diferentes esferas da estrutura social, econômica e política da sociedade, uma vez que os idosos possuem necessidades específicas na obtenção de condições de vida adequadas.

No Brasil, a transição demográfica vem ocorrendo de maneira rápida e intensa, diferente do que ocorre em países desenvolvidos, onde o envelhecimento se deu de forma lenta e gradativa. Carvalho e Wong (2006) mostram que a população de sessenta anos ou mais, teve um aumento de 5,1% em 1970, para 8,6% em 2000. Estima-se que no ano de 2025, o Brasil terá uma população com mais de 16 milhões de habitantes com idade acima de 60 anos. Nesta direção, o Índice de Envelhecimento (IE) será três vezes maior que o observado no ano de 2000 e, em 2045, o número de pessoas idosas poderá ultrapassar o número de crianças no país. (SHOUREI JUNIOR; RAMOS; PAPALÉU NETTO, 2004)

Estes dados revelam que a expectativa de vida da pessoa idosa tem aumentada, sendo a longevidade da mulher idosa mais alta que a masculina. No mundo, existe uma proporção maior de mulheres idosas do que de homens, quando considerado a população total de cada sexo. O aumento da população idosa no Brasil, mesmo que não seja universalmente feminina, possui um forte componente de gênero (SERASA, 2008). Em 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos, em 2050 essa relação será de 100 idosas para 76 idosos do sexo masculino, afirmam Carvalho e Wong (2006).

No que se refere à saúde, a falta de produtividade física e econômica, principalmente por doenças crônicas e por perda da autonomia, associa-se à vulnerabilidade e dependência química<sup>3</sup>, física, social, econômica (SERASA, 2008). A vulnerabilidade é um construto que inclui aspectos relacionados à saúde e seus determinantes individual e social tratados de forma indivisível e, no que se refere as mulheres, o envelhecimento as afeta de forma distinta dos homens, tornando-as mais vulneráveis não apenas por conta dos problemas de saúde, mas, também, do isolamento social e dos transtornos emocionais que podem ser desencadeados devido à viuvez, às alterações fisiológicas, à aposentadoria, dentre outros.

Nesse contexto, é importante visualizar o fenômeno do crescimento da população idosa feminina, proporcionado pelo aumento da longevidade entre as mulheres. Essa situação pode ser atribuída a menor exposição a fatores de risco como tabagismo e etilismo, bem como ao controle e tratamento de doenças que são maiores neste grupo do que no dos homens (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

A maior expectativa de vida das mulheres e a tendência destas em se casar com homens mais velhos, trouxe como consequência que, nas famílias, a maioria das pessoas de idade avançada sejam do sexo feminino. Isso se deve também a comportamentos específicos do homem e da mulher: mulheres frequentam mais os centros de saúde, enquanto homens estão mais expostos a acidentes de trabalho e de trânsito e somam-se à prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo, vícios que também afetam as mulheres, mas em menor proporção (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo (Motta, 1999) pode-se ressaltar diferentes formas de vivenciar a velhice combinadas entre classe social e gênero.

[...] As mulheres de classe média tendem a ir para as universidades, que lhes oferecem a oportunidade de atualizar-se e de aprender sobre o mundo e sobre si próprias, num contexto a que sempre sonharam pertencer. A indústria da beleza, da saúde e do bem-estar contribui para disseminar atitudes fantasiosas a respeito da velhice entre mulheres dos segmentos médios urbanos. A feminização da velhice também é indicada pelo crescimento relativo da taxa de mulheres idosas que são chefes de família, e que fazem parte da população economicamente ativa (NERI, 2000, p 27).

Nesse caminho, destacamos que as mulheres idosas enfrentam uma problemática muito particular na sociedade atual, o que as coloca, em uma posição de fragilidade e de vulnerabilidade. As idosas são parte de uma maioria muitas vezes invisível e cujas

---

<sup>3</sup> Dependência essa que se refere ao uso abusivo de medicamentos, álcool e drogas.

necessidades emocionais, econômicas e físicas permanecem ignoradas de modo geral. Em relação ao aspecto psicossocial, à mulher é atribuída no decorrer de sua vida, uma série de responsabilidades na família e na sociedade em geral. As idosas das classes menos favorecidas economicamente acabam enfrentando uma aposentadoria com pouco ou nenhum rendimento econômico, ficam viúvas ou passam pela separação do casal, afastando-se de seus filhos e filhas, cuidado de familiares dependentes (jovens ou outros idosos).

Podem enfrentar ainda, sentimentos de inutilidade, provocados por todos os mitos e estereótipos existentes socialmente no campo da beleza. Essa série de situações pode acarretar a não aceitação da velhice, a negação de sua sexualidade e a uma baixa autoestima, com negação ou distorção da sua autoimagem, tendo em vista que as estruturas sociais exigem arbitrariamente que a mulher seja jovem, produtiva e bonita para participar e contribuir com a sociedade. As idosas tornam-se ainda mais vulneráveis devido à valorização da juventude como atributo social, enxergando o envelhecimento como um processo relacionado a desgastes, limitações, perdas físicas e de papéis sociais. Segundo Lima e Bueno (2009, p.273),

[...] Fonte de alienação, sofrimento e até enfermidades, que encontra na mulher o alvo mais fértil, devido às insistentes cobranças sociais pela eterna juventude, beleza e um corpo sexuado e desejável. Entendemos que esta conjuntura de situações leva a desgastes emocionais que as predispõem ao isolamento e a problemas de saúde de diversas naturezas e intensidades. (LIMA; BUENO, 2009, p.273)

As mulheres com idade acima de 60 anos enfrentam muitos desafios gerados em um contexto social sexista e xenofóbico, o qual ensina e perpetua o descrédito e a desvalorização da mulher idosa, o que se reflete no campo da representação da mulher velha nas histórias clássicas como bruxas, feias e malvadas, por exemplo (SALGADO, 2002). Esses e outros fatores possuem forte influência nas crenças que as próprias idosas atribuem ao processo de envelhecimento, bem como com a construção da sua autoimagem. A velhice aparenta ser uma fase em que as preocupações com o corpo são acentuadas, seja pelas modificações estéticas intensificadas a partir daí, seja pela forte pressão social estimulada pela mídia.

Sendo assim, partindo da necessidade de melhor compreensão sobre tema brevemente discutido neste texto, propomos como questões norteadoras: *Quais as crenças atribuídas por mulheres idosas ao processo de envelhecimento, e como essas mulheres lidam com a construção da autoimagem a partir da relação com o outro?*

Para tanto, no caminho da problematização emergente destas questões, o presente trabalho, construído por meio de uma pesquisa de cunho qualitativo, teve como objetivo geral analisar as crenças atribuídas por mulheres idosas ao processo de envelhecimento e, como objetivos específicos: Caracterizar o perfil sócio demográfico da população participante; Perceber os modos através dos quais as mulheres enfrentam o envelhecimento de forma distinta dos homens; Identificar como se constrói sua autoimagem a partir da relação com o outro; Identificar a relação entre o envelhecimento e situações de vulnerabilidade.

Cabe ressaltar ainda, que nossa compreensão sobre crenças baseia-se na concepção apresentada pelas autoras MATTA, BIZARRO e REPPOLD (2009)<sup>4</sup>, que as determina enquanto algo inerente ao indivíduo e desenvolvidas na educação familiar e social, permitindo criar uma visão sobre si mesmo, sobre o outro e sobre o mundo em geral, podendo, enfim, influenciar e dar contornos ao seu comportamento.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa<sup>5</sup> aqui apresentada trata-se de um estudo de natureza qualitativa realizado realizada em uma associação de caráter filantrópico e em um serviço escola de uma IES privada na cidade de Campina Grande-PB. As duas instituições realizam um trabalho social voltado para o público idoso numa perspectiva de ressocialização, informação, promoção de qualidade de vida e bem-estar. Como informantes participaram seis mulheres com idade variável entre 62 e 80 anos, divididas em dois grupos de 3, sendo um de cada instituição participante. As integrantes de ambos os grupos participaram de forma voluntária, após convite e assinatura do Termo de Conduta Livre e Esclarecido – TCLE.

A coleta de dados foi realizada em três encontros, sendo um na Associação e dois no Serviço Clínica Escola, utilizando-se de um ambiente que preservasse o sigilo, o respeito e a integridade da participante. Cabe ressaltar que é muito comum em pesquisas qualitativas a presença do pesquisador por si só caracterizar-se como uma intervenção e, entendendo esse processo, ocorreu após uma demanda percebida o encaminhamento da participante para acompanhamento psicoterápico no Serviço Escola da IES.

---

<sup>4</sup> Essas autoras associam crenças irracionais como a perspectiva da TREC (Terapia Racional-Emotivo-Comportamental), uma terapia de reestruturação desenvolvida por Albert Ellis.

<sup>5</sup> Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética sob parecer CAEE: 71394817.6.0000.5187.

Para coleta de dados utilizamos como instrumento uma entrevista semiestruturada, dividida entre um breve levantamento sociodemográfico somado a perguntas abertas relacionadas ao tema em questão, a entrevista foi gravada e em seguida transcrita. Tendo a participação condicionada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como também do Termo de Autorização para Gravação de Voz<sup>6</sup>.

O trabalho com os dados foi feito através da Análise de Conteúdo de Bardin (1994), entendida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, focadas na expressão verbal e no conteúdo latente observado pelo pesquisador. Na análise do material, buscou-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o levantamento dos dados, apresentamos na tabela 1 o perfil sociodemográfico do grupo de mulheres idosas participantes da pesquisa. Nesse levantamento foram analisados apenas os dados que mostraram relação com os objetivos e o roteiro da entrevista.

**Tabela 1- Levantamento sócio demográfico.**

	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Estado civil</b>		
Solteira	1	20%
Casada	3	50%
Viúva	2	30%
<b>Escolaridade</b>		
Ens. Médio	4	60%
Ens. Fundamental (incompleto)	1	20%
Ens. Fundamental (completo)	1	20%
<b>Profissão/Ocupação</b>		
Dona de casa	3	50%
Aposentada	3	50%
<b>Grupo Familiar</b>		
Mora sozinha	2	33,33%
Mora com o marido	2	33,33%
Mora com toda a família	2	33,33%

Fonte: Elaborado pelos autores..

<sup>6</sup> Os critérios éticos que norteiam a pesquisa foram desenvolvidos conforme orienta a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e também conforme orienta a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

A partir do levantamento sociodemográfico podemos perceber que as idosas que encontram-se em estado de viuvez tendem a ficar sozinhas e, como consequência estão mais expostas a solidão e as situações de vulnerabilidade. Outro fator percebido foi a influência do nível de escolaridade nas respostas e no comportamento de algumas das idosas, como por exemplo, questões que remetiam as distintas formas de enfrentar o envelhecer para homens e mulheres. As idosas com ensino médio completo, com exceção de uma, trazem uma visão dessas diferenças relacionada a valores sociais; as idosas com ensino fundamental relacionam as diferenças a fatores físicos, como a disposição para realizar atividades do cotidiano.

Após o levantamento sociodemográfico, a categorização foi realizada tendo como norte os objetivos da pesquisa, gerando o roteiro da entrevista semiestruturada como exposto na tabela abaixo:

**Tabela 2- Visão relacional entre objetivos e entrevista**

---

**1. Modos femininos de enfrentar o envelhecer distintos dos masculinos**

- Diferença no envelhecer feminino e masculino
- Dificuldades no envelhecer para as mulheres
- Riscos no envelhecer, diferença entre o homem e a mulher

**2. Construção da autoimagem na relação com o outro**

- Definição da vida a partir da experiência do envelhecimento
- A percepção do outro sobre o amadurecimento
- Mudanças ocorridas no corpo
- Produtividade

**3. Relação entre Envelhecimento e situações de vulnerabilidade**

- Percepção sobre o processo de amadurecimento (Positiva e Negativa)
- Exposição a riscos
- Situações de discriminação com a pessoa idosa

---

*Fonte: Elaborado pelos autores.*

Partiu-se então, para seleção das palavras-chave geradas a partir das entrevistas, agrupando-as em categorias iniciais que configuram as primeiras impressões acerca do

material colhido. Resultaram do processo de codificação das entrevistas transcritas, um total de doze categorias, cada uma delas constituída com base nos trechos selecionados das falas das idosas participantes da pesquisa.

**Tabela 3- Categorias iniciais**

---

<b>Categorias Iniciais</b>
1. Disposição física
2. Valores
3. Afirmar-se como saudável
4. Processos grupais
5. Sentimento de inutilidade
6. Dependência
7. Mudanças na aparência
8. Utilidade/ocupação
9. Fragilidade emocional
10. Fragilidade física
11. Abandono/solidão
12. Preconceito

---

*Fonte: Elaborado pelos autores.*

Posteriormente as categorias iniciais foram divididas em três categorias intermediárias, a primeira aborda as categorias iniciais referentes aos **Modos Femininos de Enfrentar o Envelhecer Distintos dos Masculinos**, a segunda categoria intermediária refere-se **Construção da Autoimagem na Relação com o Outro**, já a terceira categoria intermediária é voltada para o **Envelhecimento e Situações de Vulnerabilidade**. O agrupamento das categorias iniciais resultou na emergência das categorias intermediárias, desenvolvendo as primeiras inferências a partir dos conceitos norteadores.

A categoria intermediária I foi constituída através de situações que remetem aos **Modos Femininos de Enfrentar o Envelhecer Distintos dos Masculinos**. Nas entrevistas pode-se perceber que a maioria das idosas participantes da pesquisa, acreditam que o homem

enfrenta o envelhecimento de forma diferente da mulher, e os aspectos que apareceram com mais frequência nas falas são disposição física, valores e afirmar-se como saudável, como mostrado na tabela 4.

Segundo o discurso das entrevistadas, as mulheres mesmo após os 60 anos procuram ser ativas e realizar suas atividades como na juventude, já os homens começam a demonstrar mais cansaço e comodidade; a maior parte das entrevistadas também ressaltam a distinção em questões ligadas a valores sociais, para essas idosas as mulheres tem mais facilidade de renovar seus valores com o passar do tempo, enquanto os homens procuram permanecer com os mesmos valores da sua socialização primária; em relação ao aspecto afirmar-se como saudável, pode-se interpretar a necessidade de algumas das idosas se auto afirmar como ainda saudável, e com a mesma vitalidade da juventude.

**Tabela 4- Categoria intermediária I**

<b>Categoria inicial</b>	<b>Conceitos Norteadores</b>	<b>Categoria intermediária</b>
Disposição física	Maior energia da mulher em realizar a dupla jornada de atividades em oposição ao homem.	
Valores	Valores morais que tanto a mulher quanto o homem recebem na sua socialização primária, distinguindo na mudança desses valores que a mulher faz o passar do tempo.	I. Modos femininos de enfrentar o envelhecer distintos dos masculinos
Afirmar-se como saudável	Necessidade de se afirmar como ainda saudável por parte das mulheres.	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na tabela 5 é destacada a categoria intermediária II, **Construção da Autoimagem na Relação com o Outro**. Essa categoria identifica como a mulher idosa constrói sua autoimagem a partir da relação com o outro. Dentre os diferentes aspectos do envelhecimento tratados no discurso das participantes desse estudo, destacou-se uma distinção entre duas formas de envelhecimento, o físico e o psicossocial. Para (Rougemont, 2012) o envelhecimento biológico é visto pela pessoa idosas como algo inevitável, porém, as transformações decorrentes dele são vistas predominantemente como inconvenientes.

**Tabela 5- Categoria intermediária II**

<b>Categoria Inicial</b>	<b>Conceitos Norteadores</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
Processos grupais	Espaços sociais onde ocorre a interação de papéis e identidades	II. Construção da autoimagem na relação com o outro
Sentimento de inutilidade	Denota questões relacionadas a perda de responsabilidades que antes eram designadas apenas a pessoa	
Dependência	Perca da autonomia e insegurança ao sair sozinha	
Mudanças na aparência	Com o passar dos anos e a perda de peso, a pele ficar ressecada e enrugada é natural	
Utilidade/ocupação	Evidencia a relação entre servir o outro e sentir-se útil	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Mesmo após diversas conquistas no universo feminino, envelhecer ainda torna as idosas mais vulneráveis, devido a vários aspectos. Através da análise dos dados foi percebido aspectos que influenciam diretamente nessa ligação entre o envelhecimento e a vulnerabilidade. A vulnerabilidade busca a universalidade e considera como planos indivisíveis o individual, o social e o programático como afirma PAZ, SANTOS e EIDT (2006). A vulnerabilidade do idoso decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano pela população envelhecida, tais circunstâncias referem-se aos fatores psicossociais, culturais, econômicos e de saúde. A tabela 6 apresenta alguns desses aspectos que fizeram parte da construção da categoria intermediária III, **Envelhecimento e Situações de Vulnerabilidade**:

**Tabela 6 - Categoria intermediária III**

<b>Categorias Iniciais</b>	<b>Conceitos Norteadores</b>	<b>Categoria Intermediária</b>
Fragilidade emocional	Referência a sentimentos de dependência	III. Envelhecimento e situações de vulnerabilidade
Fragilidade física/limitações	Relaciona a insegurança de estar só e a perda da autonomia	
Abandono/solidão	Ausência do cuidado, carinho e atenção dos familiares	

Preconceito

Falta de respeito e educação com a pessoa idosa que ocorre em vários lugares como em filas de banco, ônibus, lojas, na rua e em suas próprias casas

Fonte: Elaborado pelos autores.

As categorias iniciais e intermediárias anteriormente apresentadas embasaram a construção da categoria final denominada: **“Fatores psicossociais e crenças sobre o envelhecimento feminino sob o olhar da mulher idosa”**. Essa categoria busca respaldar as interpretações e inferir os resultados.

**Tabela 7- Categoria final**

<b>Categorias Intermediárias</b>	<b>Conceitos Norteadores</b>	<b>Categoria Final</b>
I. Modos femininos de enfrentar o envelhecer distintos dos masculinos	As mulheres continuam mais expressivas, buscam exercitar sua disposição física e evoluir seus valores. Lembrando que o processo de envelhecimento é heterogêneo, nem todas as pessoas (homens e mulheres) envelhecem da mesma forma.	Fatores psicossociais e crenças sobre o envelhecimento feminino sob o olhar da mulher idosa
II. Construção da autoimagem na relação com o outro	A pele enrugada, os cabelos brancos e outras mudanças decorrentes do envelhecer são tratadas e aceitas com normalidade pelas idosas. Porém, elas atribuem ao envelhecimento sentimentos de inutilidade e perda da autonomia, produzindo a crença de que o velho é um peso para a família e para sociedade.	
III. Envelhecimento e situações de vulnerabilidade	A vulnerabilidade social da mulher idosa decorre da diversidade de circunstâncias enfrentadas no seu cotidiano, quando essa mulher está em situação conjugal de viuvez tem a tendência de permanecer só.	

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir do referencial teórico e das vivências retratadas pelas idosas nas entrevistas sobre a questão norteadora da pesquisa, identificamos palavras-chave que foram distribuídas em doze categorias iniciais, como exposto na tabela 3. Em seguida foi realizado um

agrupamento das categorias iniciais, esse agrupamento originou três categorias intermediárias, como mostrado nas tabelas 4, 5 e 6. Por fim, através do agrupamento das categorias intermediárias, chegamos a categoria final exposta na tabela 7.

As categorias mencionadas acima foram construídas a partir da fala das entrevistadas, todas as vezes que elas refletiam as crenças que atribuem ao envelhecimento. Os resultados revelam três crenças que as idosas entrevistadas relacionam ao envelhecimento feminino, a primeira crença refere-se a distinção entre o envelhecer feminino e o masculino, onde maior parte das idosas entrevistadas atribuem essa diferença a disposição física e valores sociais, como expresso nessas duas falas:

*As mulheres tem mais disposição, tem mais energia... Os homens são mais parados depois de uma certa idade, as mulheres enfrentam mais (E6<sup>7</sup>, 63 anos).*

*[...] meu marido tem 80 anos e nós temos valores totalmente diferentes, é incompatível! O tempo deixa a mulher mais segura pra mudanças, já o homem não, continua com os mesmos valores (E4, 71 anos).*

A segunda crença refere-se a autoimagem construída na relação com o outro, essa crença difere um pouco do que a literatura nos traz quando colocamos em evidencia questões referentes a aparência. No discurso das idosas entrevistadas ficou claro como elas sentem-se bem e lidam com naturalidade diante das mudanças ocorridas na sua aparência, e não se deixam influenciar pela pressão social que exige da mulher atender a padrões estéticos e manter-se jovem e bonita. As idosas entrevistadas afirmam enxergar de forma natural e tranquila a pele ficar enrugada, os cabelos ficarem brancos e outras mudanças estéticas decorrentes do envelhecer. Inclusive, uma das entrevistadas nos revela nitidamente estar satisfeita e bem resolvida com sua aparência, quando diz:

*[...]Jeu me sinto tão bem, sou tão vaidosa que não me lembro de velhice. A velhice depende do seu interior. Eu não brigo com a velhice, eu me cuido, tanto na saúde quanto na beleza (E4, 71 anos).*

As entrevistadas atribuem opiniões negativas sobre envelhecimento quando diz respeito a sentimentos de inutilidade e perda da autonomia, então acabam produzindo a crença

---

<sup>7</sup> As entrevistadas estão sendo identificadas como: Entrevistada 1 (E1), e assim sucessivamente.

de que o velho é um peso para a família e para sociedade. Como é expresso na fala dessa entrevistada:

*[...]as atividades que eu fazia minha família não deixa eu fazer mais, dizem que já fiz demais. Mas eu não gosto, eu queria fazer todas as atividades. As vezes eu me sinto rejeitada, porque eu sei fazer mas não deixam (E6, 63 anos).*

A terceira crença está relacionada ao envelhecimento e situações de vulnerabilidade, que segundo mostram algumas pesquisas, isso decorre da variedade de circunstâncias enfrentadas no cotidiano das mulheres idosas, e quando essa mulher está em situação conjugal de viuvez ela tende a solidão, e muitas vezes de fato permanecem só e conseqüentemente mais vulnerável. Esse ponto pode ser observado nas seguintes falas:

*O que eu achei pior foi a solidão depois que eu fiquei viúva. Porque eu não achei ruim a velhice, o que eu achei foi ficar só. Meus filhos não procuram saber de mim. Eles acham que eu estou bem, mas pela minha idade e por eu ser hipertensa eles eram pra ter mais cuidado, mas não tem (E3, 69 anos).*

*[...]a mulher que está só sempre está sujeita a alguns risco, a que tem companhia não, porque a companhia ajuda (E5, 68 anos).*

Nessa discussão de resultados podemos perceber como os fatores psicossociais e as crenças sobre o envelhecimento feminino, sob o olhar da mulher idosa, marcam uma trajetória com infinitas experiências que são norteadas por valores, metas, crenças e formas próprias que a mulher idosa pode utilizar para interpretar o mundo. Além disso, os processos subjetivos vivenciados por este grupo revelam uma trama social que as colocam em um lugar de vulnerabilidade e sofrimento psíquico, reforçado por processos culturais e históricos sexistas e opressores.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo da construção do trabalho pôde-se perceber através do levantamento bibliográfico, que são poucos os trabalhos que caracterizam o envelhecimento feminino trazendo um estudo voltado para as crenças que as idosas atribuem à velhice. Grande parte

dos trabalhos se referem ao envelhecimento entre homens e mulheres sem nenhuma distinção, deixando de lado as características de gênero envolvidas.

Neste trabalho, podemos observar mediante a coleta de dados, alguns fatores onde envelhecimento é vivenciado de diferentes formas por parte das mulheres. Na ligação entre o envelhecimento e situações de vulnerabilidade, e as relações com o outro, estão presentes diversos aspectos, prejudicando muitas vezes uma vivência saudável nessa etapa da vida. As mulheres de terceira idade enfrentam uma problemática muito particular na sociedade atual, o que as coloca em uma posição de fragilidade e de vulnerabilidade, considerando aspectos psicossociais e culturais, tais como: dependência; limitações; solidão; trabalho; desempenho de atividades e vivências de diversos papéis como mãe, esposa, mulher e trabalhadora, por exemplo.

Devemos levar em conta a singularidade dessa fase da vida, em que a mulher dá mais atenção ao fato de estar bem de saúde e com vigor, e assim, se intimida e sofre com uma realidade oposta que por ventura venha acontecer. A saúde, o trabalho, a cidadania e os fatores psicossociais da vida das idosas são consequências dos eventos ocorridos ao longo de toda vida. Por isso, as relações de gênero juntamente com esses fatores merecem maiores investigações para que na velhice essas questões não interfiram no bem estar físico, psíquico e na aceitação da velhice. Mesmo com tantas conquistas importantes realizadas pelas mulheres, envelhecer ainda é um tabu a ser problematizado.

Espera-se que as reflexões realizadas nesta pesquisa ofereçam subsídios para a promoção da saúde da população feminina idosa, com intervenções que possam promover qualidade de vida e um empoderamento feminino independente da faixa etária. São necessárias mudanças que possam problematizar, questões de gênero que acompanham nossa sociedade, trazendo a questão da mulher idosa e suas crenças sobre a velhice para o centro do debate científico.

## REFERÊNCIAS

ARCURI, I. G. **Velhice: da gerontofobia ao desenvolvimento humano**. In: B. Corte, E.F. Mercadante y I.G. Arcuri (Ed.). *Velhice, envelhecimento, complex(idade)*. São Paulo: São Paulo, 2005.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica.** In: Freitas, E. V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Koogan, p. 88-105. Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

CHAIMOWICZ, F. A. Saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**, 31(2), 184-200, 1997.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI, **Cad. Saúde Pública**, 24(3), 597- 605, 2008.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico, **Cad Saúde Pública**, 19(3), 725-733, 2003.

COELHO FILHO; MACEDO, J.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar, **Revista de Saúde Pública**, 33(5), 445-453, 1999.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Rev. Bras. Psiquiatria**, 24(1), 3-6, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população brasileira - 2004.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em agosto de 2017.

LIMA, L. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, 2(2), 273-280, 2009.

MATTA, A. D.; BIZARRO, L.; REPPOLD, C. T. Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. **PsicoUSF**, 14(1), 71-81, 2009.

MOTTA, A. B. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. **Cadernos Pagu**, 13, 191-221, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635327/3129>. Acesso em agosto de 2017.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas – SP: UNICAMP, 1991.

NERI, A. L., Freire, S. A. **Qual é a idade da velhice?** In: NERI, A. L., FREIRE, S. A. (Org.). E por Falar em Boa Velhice. Papyrus Editora, 2000.

IBGE. PNAD - Pesquisa de Amostra por Domicílio. (2007). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica>. Acesso em setembro 2017.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm**, 19(3), 338-42, 2006.

ROUGEMONT, F. R. Da longevidade a velhice. **Primeiros Estudos**, 2, 12-27. 2012.

SALGADO, C. D. S. Mulher idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, 4, 7-19, 2002. Disponível em:

<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4716/2642> Acesso em setembro de 2017

SERASA. Guia Serasa de orientação ao cidadão. Disponível em: <http://www.serasa.com.br/guiaidoso/> Acesso em outubro de 2017.

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. Velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4), 899-906. 2002.

SHOUERI FILHO, R.; RAMOS, L. R.; PAPALÉO NETO, M. **Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais**. In.: Carvalho Filho, E. T., Papaléo Neto, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. Cap.2. Editora Atheneu. 9-29. São Paulo: São Paulo, 2002.

## **O IDOSO CRIMINOSO: POSSÍVEIS MOTIVAÇÕES PARA O CRIME NA CONCEPÇÃO DA TEORIA PSICANALÍTICA**

Daniely da Silva Dias Vilela <sup>1</sup>  
Cirlene Francisca Sales da Silva <sup>2</sup>

### **RESUMO**

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar o perfil de idosos criminosos e compreender quais fatores podem influenciar a prática de crimes por esta população, de acordo com a concepção da Teoria Psicanalítica. Mais especificamente, investigar os fatores que influenciam alguns idosos a praticar crimes; Analisar o perfil de idosos que cometeram crime e cumprem pena no regime aberto e livramento condicional no Estado de Pernambuco. Para alcançar os objetivos estabelecidos, foi realizada, além da revisão da literatura dos últimos cinco anos, uma análise documental dos dados estatísticos cedida pelo Patronato Penitenciário de Pernambuco no mês de março 2018. Assim, se constatou o perfil de uma população, predominantemente masculina, entre 60 e 68 anos, brancos, com ensino fundamental incompleto, moradores da região metropolitana, de profissões diversificadas, na maioria, pedreiros, agricultores, comerciantes e motoristas. Eles foram condenados pela prática, em maioria, dos crimes de homicídio, sexuais e tráfico de drogas. Logo, se observou que o aumento da população de idosos não ocorre apenas fora dos presídios, mas também, dentro deles. Tal fato está relacionado, principalmente, a reincidência criminal, pois muitos envelhecem no crime. Além disso, a violência, em todas as esferas da sociedade, afeta majoritariamente a classe que se torna vulnerável ao envolvimento com o crime. Portanto, fatores psíquicos, culturais, sociais e econômicos, podem motivar idosos a tornarem-se criminosos. Esperamos, a partir dos resultados, ter contribuído com o debate a cerca do tema e, por conseguinte, subsidiado a prática de profissionais que lidam com essa problemática.

**Palavras-chave:** Idoso; Violência; Crime.

### **INTRODUÇÃO**

“Idoso”, cronologicamente falando, é a pessoa com idade a partir dos 60 anos nos países em desenvolvimento, e 65 anos, nos países desenvolvidos (ESTATUTO DO IDOSO, 2003; NERI, 2008; BVS – BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE/DECS - DESCRITORES, 2018). “Violência”, comportamento agressivo individual ou grupal que não é aceitável socialmente, turbulento e muitas vezes destrutivo. Ele é precipitado por frustrações, hostilidade, preconceito, etc. (BVS/DECS, 2018). “Crime”, violação da lei criminal, ou seja,

---

<sup>1</sup>Mestranda do Curso de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, danielydiasvilela@gmail.com ;

<sup>2</sup>Doutora em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, cirlene.silva@unicap.br.

Este trabalho foi resultado da pesquisa da Monografia do Curso de Especialização em Psicologia Jurídica da primeira autora.

uma violação do código de conduta especificamente sancionada pelo Estado, que através do Poder Judiciário, julga e aplica penas ao criminoso (BVS/DeCS, 2018). Assim, os três conceitos acima fazem parte de um sistema composto por diversos fatores, os quais serão abordados ao longo do texto a fim de que possamos atingir o foco principal, o idoso agente do crime.

Nesse sentido, os idosos do século XXI, com aumento da expectativa de vida, ganharam notoriedade e passaram a ser valorizados, como foram no século XIX às crianças e no século XX os adolescentes. O fenômeno em ascensão no Brasil e no mundo chama a atenção da sociedade em geral. Quanto a isso, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), afirmou que no Brasil, diminuiu o número de crianças e aumentou o de pessoas idosas. Logo, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) pontuou, que de forma geral, a população mundial tem apresentado níveis de envelhecimento nunca antes visto na história da humanidade. A Organização das Nações Unidas (ONU, 2017) ressaltou que em 2015, Brasil, China, Rússia, Índia e África do Sul eram o lar de mais de 380 milhões de idosos com 60 anos ou mais, o contingente representava 42% da população mundial nessa faixa etária, o ritmo acelerado de envelhecimento da população deve seguir crescendo. Destarte, o Brasil, em 2025, será o sexto país no mundo em número de idosos (CAMARANO, 2004).

Consequentemente, muitas demandas têm emergido com esse aumento, dentre elas, merece destaque a temática que aborda o idoso como agente do crime. Conhecer o perfil desta população e compreender os fatores que podem influenciar uma pessoa idosa a cometer um crime - quando comumente são consideradas: frágeis, vulneráveis e indefesas, em uma fase da vida que merecem mais dignidade e qualidade de vida - constitui um tema especialmente relevante. Dessa forma, para compreensão dos fatores que possam vir a motivar um idoso a cometer um crime, faremos uso da Teoria Psicanalítica. Esta metodologia foi desenvolvida com base no método interpretativo e indica que a relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica, ou seja, a forma pela qual o idoso construiu suas fantasias (inconscientes), desde as primeiras experiências da infância, orientará seu modo de ver, agir e se posicionar no mundo (PAPALIA; OLDS, 2000; LAPLANCHE; PONTALIS, 2004; CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

Portanto, o presente trabalho tem o objetivo geral de analisar o perfil de idosos apenados e compreender quais fatores, a partir da Teoria Psicanalítica, podem influenciar a prática de crimes por esta população. Mais especificamente: Pontuar o que a literatura vigente

fala sobre os idosos; investigar os fatores que influenciam alguns idosos a praticar crimes e por fim analisar o perfil de idosos que cometeram crime e cumprem pena no regime aberto e livramento condicional no Estado de Pernambuco. Espera-se a partir dos resultados, compreender a relação entre os fatores que geram o aumento da violência praticada pelos idosos e contribuir com o debate a cerca do tema. Por conseguinte, subsidiar a prática de profissionais que lidam com essa problemática.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi realizado através de uma revisão da literatura e pesquisa documental. A revisão foi feita com base nas palavras chaves: idoso, violência e crime, controladas pelo (DeCS – Descritores em Ciências da Saúde). As fontes utilizadas para pesquisa foram publicações acadêmicas resgatadas nas bases de dados *PubMed*; *BVS* - Biblioteca Virtual em Saúde; *SciELO* - Scientific Library Electronic; *LivRe* – Revista de Livre Acesso; *IBict* - Portal Brasileiro de Acesso Aberto à Informação Científica (oasisbr); *PePSIC* – Periódicos Eletrônicos em Psicologia; *Scholar Google*; *Lilacs*; Periódicos *CAPES/MEC*. A coleta foi delimitada pelo critério de saturação mediante descrição e análise da literatura. Partimos das publicações de autores contemporâneos aos clássicos, dos quais 50% extraídos do Sistema On Line, tais como artigos, revistas científicas, dissertações, teses e livros em versão digital, no período de 2013 a 2018 e o restante do material foi coletado dos livros clássicos. A pesquisa documental ocorreu em Março de 2018 no *Patronato Penitenciário do Estado de Pernambuco* órgão de execução penal ligado a Secretaria Executiva de Justiça e Direitos Humanos, coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos, ocupa-se em monitorar os reeducados em liberdade vigiada, livramento condicional e regime aberto, egressos dos estabelecimentos prisionais. Os dados foram coletados por meio da fonte de processamento de dados da instituição, de onde obtivemos informações sobre o perfil sociodemográfico da população idosa em cumprimento de pena, mais precisamente, no regime Aberto e Livramento condicional, acima dos sessenta anos e de ambos os sexos. O objeto desta investigação foi identificado a partir das vivências teóricas da especialização *lato sensu* em Intervenção Psicossocial, ocorridas entre o período de Agosto de 2016 a Maio de 2018, na instituição Faculdade de Ciência Humanas de Olinda (FACHO).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Motivações para o crime na concepção da Teoria Psicanalítica**

Freud ([1914-1916], 1996) falou sobre as possíveis motivações para o crime em seu trabalho “criminosos em consequência de um sentimento de culpa”. Ao analisar seus pacientes, descobriu que na infância, alguns deles, haviam apresentado comportamento transgressor, perverso. De início, atribuiu tais ações ao prematuro desenvolvimento psíquico infantil, no qual a internalização da Lei não havia se dado por completo. No entanto, mais adiante percebeu que tais ações também se estendiam a alguns adultos, que ao praticarem atos proibidos demonstravam certo prazer. Assim, em suas palavras:

[...] tais ações eram praticadas principalmente por serem proibidas e por sua execução acarretar, para seu autor, um alívio mental. Este sofria de um opressivo sentimento de culpa, cuja origem não conhecia, e após praticar uma ação má, essa opressão se atenuava. Seu sentimento de culpa estava pelo menos ligado a algo (p. 347).

Nesse sentido, mais tarde Freud compreendeu que o sentimento de culpa estava relacionado à internalização dos limites na infância. A lei seria herdeira de um processo ao qual denominou de Complexo de Édipo. De acordo com Nasio (2007, p. 132), ele “foi descoberto por Freud a partir do relato de cenas de sedução que seus pacientes adultos *acreditavam* ter vivido na infância [...] não é uma realidade observável”, mas “[...] uma *fantasia sexual* forjada inocentemente pelo menino ou pela menina” no cerne da relação com seus pais “[...] uma *fábula simbólica* que põe em cena uma criança encarnando a força do desejo, e seus pais tanto o objeto desse desejo quanto o interdito que o refreia” (p.16-17). Essa neurose, o drama infantil, mais tarde dá origem à neurose do adulto, representada, inconscientemente por este, na cena analítica.

Nessa continuidade, para o mesmo autor, o Édipo no menino e na menina ocorre de formas diferentes. No menino: a criança apaixonada pela mãe deseja obter dela o prazer sexual destinado ao pai, por isso sente ciúmes do genitor e almeja matá-lo para ocupar seu lugar. Sob a ameaça de castração concedida pelo genitor, é obrigado a abandonar essa fantasia. Logo, o posicionamento do pai delimita os devidos lugares na relação, impedindo o filho de cometer o parricídio e o incesto, os dois primeiros grandes crimes da humanidade. Ocorre, imediatamente, o recalque do desejo sexual pela mãe no inconsciente, e se instaura o sentimento de culpa, gerado pela Lei do interdito do incesto, na forma da lei social, culmina na formação do superego, uma das três instâncias psíquicas. “É uma figura da lei introjetada no inconsciente infantil e que dita, como um mestre interior, as escolhas decisivas e cotidianas da existência”, ele é nosso pai psíquico (p. 142).

Nessa sequência, o autor supracitado, menciona que o Édipo na menina ocorre em três fases: no primeiro momento a menina deseja a mãe igualmente ao menino como objeto sexual, em seguida ela percebe que o menino tem o Falo (força representada pelo pênis) e ela não tem, a partir disso, se sente traída pela mãe, pois ela não foi capaz de lhe dar o Falo. No segundo momento, dominada pelo sentimento de inveja do menino, observa que o pai possui o Falo e então deseja obtê-lo. O pai se recusa a lhe dar o falo, então ela decide ser o próprio falo encarnando a figura da mãe (a mãe torna-se um modelo de identificação). No terceiro e ultimo momento, “a menina é arrebatada pelo desejo feminino de ser possuída pelo pai”, tornando-se, neste momento rival da mãe, mas o pai, mais uma vez, lhe interdita (p.135).

Nesse contexto, para o referido autor, o menino resolve o Édipo “em um dia, já a menina precisa de muitos anos” (p. 49). Ele explica que antes a menina quis o falo, depois quis sê-lo e, em ambos os momentos foi interdita. Agora quer o pai por inteiro, mas com outra representação: destitui o pai sexualizado (fantasiado) e admite o pai dessexualizado (pai real) como modelo de identificação. “Assim, impregna-se de atitudes, gestos e até mesmo desejos e valores morais que caracterizam seu pai no real”. Ela abandona a cena edipiana após identificar-se, primeiramente, com a mãe e por ultimo com o pai. “Notem que as duas identificações constitutivas da mulher – identificação com a feminilidade da mãe e identificação com a virilidade do pai – foram desencadeadas pelas duas recusas do pai: recusa de dar o Falo a filha e recusa de tomá-la como Falo” (p. 57). Assim, reafirma-se a importância dos limites na estruturação da personalidade dos sujeitos.

Nessa perspectiva, para o mesmo autor, todas as crianças estão envolvidas nessa trama inconsciente, independente do arranjo familiar ao qual pertenceram: família clássica, monoparental, recomposta, homossexual, e etc., até mesmo as crianças abandonadas, criadas em orfanatos, adotadas pela sociedade. Logo, “Nenhuma criança escapa ao Édipo! [...] Porque nenhuma criança de quatro anos, menina ou menino, escapa à torrente das pulsões eróticas que lhe afluem e porque nenhum adulto de seu círculo imediato pode evitar ser o alvo de suas pulsões ou tentar bloqueá-las”. Contudo, se não houver a figura “real” do pai, é necessária a presença de alguém que faça a função paterna, ou seja, o pai simbólico. “Em suma, há o Édipo a partir do momento em que a mãe deseja um terceiro entre ela e o filho” (p. 73-142).

Desta maneira, a argumentação - acerca da cena edipiana - foi promovida com intuito de elucidar, minimamente, a origem dos nossos desejos e do sentimento de culpa fomentado por Freud quando falou da existência deste na dinâmica da ação criminal. Percebe-se que há

uma ambivalência presente na ação proibida vivenciada pela criança edipiana e representada posteriormente no adulto. Nesse sentido, Freud ([1914-1916], 1996) explicou o sentimento de culpa como anterior ao delito, pois o alívio mental após a prática da ação criminal é representativa da realização dos desejos sexuais reprimidos na infância. Desejos, também, de punição, presente na ação infantil e, simultaneamente, no adulto transgressor e reincidente na prática da ação criminal. Assim, textualmente falou que:

No tocante as crianças, é fácil observar que muitas vezes são propositadamente travessas para provarem o castigo, e ficam quietas e contentes depois de terem sido punidas. Frequentemente, a investigação analítica posterior pode situar-nos na trilha do sentimento de culpa que as induziu a procurarem punição (p. 348).

Nesse sentido, seria possível inferir que, algumas pessoas transgridem as normas sociais e incorrem na ação criminal em busca de um atestado de culpabilidade, uma determinação externa, imposta pelo Juiz. Mais adiante, o autor mencionado, reconheceu os limites da psicanálise no tocante a alguns seres humanos que não apresentam culpa ao praticarem um crime, casos em que houve falha na internalização da lei, como na perversão, por exemplo. Assim, o sentimento de culpa seria a base da motivação inconsciente para a prática da maioria dos crimes. Diante disso, o mesmo autor, lança luz sobre a possibilidade de intervenção sob o olhar da psicologia:

Entre criminosos adultos devemos, sem dúvida, excetuar aqueles que praticam crimes sem qualquer sentimento de culpa; que, ou não desenvolveram quaisquer inibições morais, ou, em seu conflito com a sociedade, consideram sua ação justificada. Contudo, no tocante a maioria dos outros criminosos, aqueles para os quais medidas punitivas são realmente criadas, tal motivação para o crime poderia muito bem ser levada em consideração; ela poderia lançar luz sobre alguns pontos obscuros da psicologia do criminoso e oferecer punição com uma nova base psicológica (p. 348).

Assim, para o autor supracitado, o sentimento de culpa é experienciado de modo singular pelas pessoas de acordo com cada estrutura clínica. O neurótico, por exemplo, em seu movimento ambivalente, ora projeta sua culpa no outro, ora em seu próprio ego. Já o melancólico atribui a culpa a si mesmo e o paranoico acredita, plenamente, que o outro é o culpado. No caso do perverso, como posto pelo autor, “não desenvolveram quaisquer inibições morais”, portanto, não experimentam a culpa. Como exemplo da estrutura perversa existe a psicopatia ou o transtorno antissocial. Nessas pessoas, subjaz o desejo de transgredir as normas sociais, provavelmente, devido à ausência de introjeção da lei na infância, origem

da má formação do superego, nosso pai psíquico. Contudo, a culpa recalçada no inconsciente, permanece viva na maioria das pessoas (p. 348).

Destarte, o inconsciente é atemporal, ou seja, os desejos da criança permanecem vivos no adulto e, portanto, no idoso (FREUD [1914-1916], 1996); (FRUETT, 2015). Assim, a relação entre as motivações inconscientes e conscientes, fomentadas até aqui, podem influenciar a prática criminal. Com base nesta conjectura, passaremos a discutir o lugar do idoso na contemporaneidade e os fatores que podem o levar a cometer um crime. Hodiernamente, o imaginário social construiu a figura de um idoso que renunciou a seus desejos para ocupar um lugar na sociedade. Assim, ele passa a ser sinônimo de benevolência e fragilidade, ou seja, aparentemente, ao envelhecer o sujeito aprisionaria seus desejos, abandonaria seu modo de ser no mundo, para atender as novas demandas sociais (NOVO; LOPES, 2010).

Beauvior (1990) esclarece que o avanço da medicina e das outras ciências voltadas para o estudo do envelhecimento, trouxe muitos benefícios para a longevidade, mas também associou a idade ao pesar, pois as teorias biológicas passaram a valorizar a perda da vitalidade e das funções corporais, tornando este velho, “frágil e indefeso”. Assim, excluído do seu lugar social, em detrimento da perda de uma identidade firmada no papel do jovem produtivo e trabalhador, este “novo velho” precisa se adaptar as exigências da contemporaneidade. Assim, o idoso no imaginário social, não se apaixona, por isso está condenado a ser assexuado, gentil, sábio, benéfico e generoso (NOVO; LOPES, 2010).

Para Fruett (2015), os novos dilemas sociais nos colocam diante de “uma multidão de pessoas saudáveis e ativas, mas que se encontram desnorteadas libidinalmente<sup>3</sup>, tentando equilibrar-se entre o velho e o novo modo de envelhecer” (p. 24). Assim, Novo e Lopes (2010, p. 242) acreditam que a “falta de direcionamento para a libido na velhice” pode ser a responsável pela manifestação da ação violenta e agressiva, em alguns idosos, pois seria a forma de satisfazer os desejos reprimidos no passado. Logo, a busca pela satisfação dos desejos reprimidos pode desencadear a transgressão, presente na pulsão de morte e na fantasia edipiana de aniquilamento da Lei simbólica, da lei social. Nesses casos, torna o sujeito capaz de agir contra si mesmo ou contra seu semelhante.

---

<sup>3</sup> Libido: “Energia psíquica das pulsões sexuais, que encontram seu regime em termos de desejo, das aspirações amorosas, e que, para Freud, dá conta da presença e da manifestação do sexual na vida psíquica” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

Os conflitos entre as forças psíquicas tornam-se mais presentes durante o envelhecimento devido aos limites estabelecidos neste período: luto pela morte dos entes queridos, os filhos que saem de casa, os sonhos não realizados, pouco tempo de vida, e quem sabe até, uma identidade perdida nesse processo, podem provocar uma diversidade de sintomas aceitos ou não pelo social. Os conflitos, presentes em todas as etapas do desenvolvimento humano, leva o idoso a reviver sentimentos de angústia e culpa presentes no passado edípico (NOVO; LOPES, 2010; FRUETT, 2015).

Dentre as desorganizações psíquicas mais comuns nesta fase da vida se encontram a posição perversa e a depressiva. Na primeira, o sujeito nega a passagem do tempo não se percebendo velho, tal manifestação vivenciada no plano das representações psíquicas, remontam afetos do passado e se expressam na dificuldade, antes já existentes, em apreender os limites impostos pela vida. Na segunda posição, a depressiva, o sujeito se frustra quando percebe a passagem do tempo, chegando a tornar-se melancólico, pois “idealiza o passado e antecipa a morte através da ausência de projetos vitais” (FRUETT, 2015, p.45).

Assim, o sentimento de culpa do depressivo, a pulsão de morte voltada para si, à autoagressão, acelera de fato, o processo de perda vital. Os que se encontram nesses estados transformam a velhice em amargura, mas há pessoas que conseguem fazer o contrário, demonstram aceitação aos lutos mantendo-se numa posição mais equilibrada. As demências também possuem grande representatividade na desorganização mental do idoso, pois o decaimento físico e cognitivo provocado pelas doenças degenerativas, frequentemente resultam manifestações de comportamentos estereotipados, às vezes, não aceitos pelo social (FRUETT, 2015; MONTEIRO, 2013).

Portanto, as motivações para o crime fazem parte de um universo complexo subjetivo e multifacetado. O passado, as experiências, as circunstâncias, constituem a junção de vários elementos conscientes e inconscientes que resultam numa fórmula única e diferenciada. Logo, ponderar esses fatores é fundamental para compreensão dos motivos que desencadearam a ação criminal por parte de cada sujeito. Nesse sentido, os conflitos gerados durante o envelhecimento e a falta de habilidade em lidar com os limites impostos nesta fase da vida, podem lançar o sujeito ao extremismo, levando-o em alguns momentos, a comportamentos não aceitos pelo social. Dessa forma, o idoso que não consegue canalizar seus instintos de modo construtivo, pode vir a regredir, agredir ou se autoagredir. Assim,

estados depressivos, maníacos, demenciais, passageiros ou não, estão entre as alterações físico-cognitivas, comportamentais e afetivas. Contudo, o idoso que comete um crime, nem sempre se encontra sob o estado de alguma desorganização psíquica, portanto, pode estar consciente de suas escolhas (NOVO; LOPES, 2010; MONTEIRO, 2013).

### **O idoso criminoso**

Anteriormente falamos do idoso e suas representações historicamente, culturalmente e no cenário atual. Também buscamos dialogar sobre as possíveis causas da violência e acabamos por entender que a mesma é intrínseca as relações humanas e floresce da nossa expressão mental na ânsia pelo poder. O conceito de violência pode variar conforme o tempo, a cultura e as leis estabelecidas pelo Estado. Assim, em seguida discutimos as motivações para o crime e descobrimos o sentimento de culpa como anterior ao delito, estando este na base das nossas experiências infantis e na introjeção da lei nesta fase da vida.

Deste modo, caminhamos até aqui a fim de termos compreendido que fatores internos e externos podem influenciar um sujeito na prática de crimes. Logo, a relação que o sujeito estabelece com os objetos externos dependerá do modo como se constituiu psiquicamente, de acordo com os estímulos que recebeu do ambiente ao longo da vida. A partir deste momento, falaremos do idoso criminoso e por isso justifica-se, antes de tudo, o esclarecimento e o significado da palavra crime.

Nesse sentido, embora os termos crime e violência pareçam caminhar lado a lado, algumas violências não são consideradas crime e há crimes não violentos. Sendo assim, a Biblioteca Virtual em Saúde/DeCS – Descritores (2018) diz que “Crime”, constitui a violação da lei criminal, ou seja, uma violação do código de conduta especificamente sancionada pelo Estado, que através do Poder Judiciário, julga e aplica penas ao criminoso (BVS/DeCS, 2018). No Código Penal não há descrição da palavra crime, mas no Art. 1º da Lei de introdução do Código Penal - Decreto-Lei n. 3914, de 09 de dezembro de 1941, consta uma definição:

Considera-se crime a infração penal que a lei comina pena de reclusão ou de detenção, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a pena de multa; contravenção, a infração penal a que a lei comina, isoladamente, penas de prisão simples ou de multa, ou ambas, alternativa ou cumulativamente.

Assim, a palavra crime representa à ação que transgride a norma social, por isso, é passível a aplicabilidade das Leis do Código Penal. Logo, criminoso é o sujeito que comete o crime. Assim, idoso Criminoso é “toda aquela pessoa com 60 (sessenta) anos ou mais de idade que, com plena capacidade de vontade e entendimento dos seus atos age de forma lesiva a outrem, contrariando as normas legais, trazendo a estes prejuízos de qualquer ordem: social, legal, financeira, psicológica” (BRANDÃO, 2015).

Feito o breve esclarecimento da palavra crime e do que caracteriza o nosso ator principal, o idoso criminoso, discutiremos a seguir alguns dados estatísticos e as últimas pesquisas que tratam dos crimes cometidos por esta população. Nessa perspectiva, de acordo com os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN), atualizado em junho de 2016 e publicado em 2017, a prática de crimes no Brasil, no tocante a faixa etária da população prisional, 55% é formada por jovens, considerados até 29 anos. Os idosos acima de 60 anos representavam 1% desta população, cerca de 7 mil em um total de 726,712 mil.

Destarte, essa taxa de aprisionamento em 2016, ultrapassou, pela primeira vez na história, a marca de 700 mil pessoas privadas de liberdade, o que representa um aumento da ordem de 707% em relação ao total registrado no início da década de 90 (INFOPEN, 2017). Nessa sequência, o número de idosos encarcerados também apresentou um crescente aumento entre os anos de 2008 e 2016. Em 2008 eram 3.174 idosos encarcerados, 2009 passou a ser 4.076, em 2011 chegou 4.856, e em 2016 um total de 7.267 representando um aumento de mais de 100% em 07 anos (BRANDÃO, 2015; INFOPEN, 2017).

O constante crescimento da população idosa sugere um conseqüente aumento no número de crimes cometidos por esta classe (MONTEIRO, 2013). Para, Brandão (2015) o aumento nas estatísticas dos crimes cometidos por idosos tem a ver com os avanços tecnológicos e a globalização. Acrescentou que, as novas demandas sociais acabam por jogar esses idosos “muitas vezes, [...] em um vazio: não são afortunados para usufruírem de uma aposentadoria decente, nem tão jovem para concorrerem num competitivo mercado de trabalho” (p. 31). Para Côrte (2010) e Melo *et al.* (2016) outro fator se refere ao número crescente de pessoas que estão envelhecendo no sistema prisional devido à reincidência criminal que ocorre em detrimento da falha no processo de ressocialização.

A análise dos dados demonstra que o idoso criminoso existe, mas a sociedade acredita que o mesmo por ter vivido bastante e ser uma pessoa dotada de experiência, jamais seria capaz de transgredir as normas sociais. Logo, vê-lo no lugar do criminoso é algo pouco

cogitado pela população que o tem como frágil e indefeso. Na verdade, é bastante comum encontrá-lo em lugar da vítima e não no banco dos réus. Desse modo, as pessoas esquecem que o idoso teve um passado, o tempo modificou sua aparência física, mas não sua personalidade. É natural que ao envelhecer o sujeito se torne mais dependente de forma global, mas nem sempre incapaz fisicamente e mentalmente (MONTEIRO, 2013; BRANDÃO, 2015).

Nesse contexto, o idoso criminoso parece também não ser notado pelas áreas do conhecimento, pois boa parte da literatura que trata do binômio, idoso – crime, versam sobre a violência contra o idoso e poucos trabalhos o retratam como agente da ação criminal. Deste modo, embora os números não sejam alarmantes, quando comparados ao total da população brasileira, percebemos que não se pode negligenciar o fato de que muitos idosos estão em lugar de agressor. Para Côrte (2010) “a ausência de informações sobre a pessoa idosa como criminosa, nos faz perceber o quanto estamos despreparados para lidar com a velhice, pois tentamos criar estereótipos do que é ser velho, do que dele se espera” (p. 256). Logo, esta lacuna acerca do tema pontua que “a velhice ainda é fruto das mais variadas crendices, mitos, e preconceitos” (BRANDÃO; NETO, 2015, p.259).

Destarte, Brandão (2015) apreende a fragilidade presente no processo do envelhecimento, mas reforça que a idade não impede a ação criminosa. Ressalta, ainda, que os mitos em torno da velhice são acentuados, quase sempre, por “interesse patrimonial, debilidade do entendimento do que seja saúde, fatores culturais”, políticos e econômicos (p.35). Assim, as novas denominações “melhor idade”, “boa idade”, “longeviventes”, conotações positivas, demonstram que o lugar da velhice assumiu posição privilegiada e, portanto, a imagem do idoso não deve ser associada a conotações “negativas”. (BEAUVIOR, 1990); (NOVO; LOPES, 2010; MONTEIRO, 2013; FRUETT, 2015).

Nesse contexto, será que o idoso criminoso possui benefícios quando condenado por um crime em função da idade? O Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 01 de outubro de 2003) propõe garantir os direitos fundamentais e a proteção integral da pessoa idosa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade. Segundo Monteiro (2013, p.11), o Estatuto “no âmbito do Direito Penal [...] acrescentou causas de agravamento e majoração de penas e delitos que forem praticados contra [...] o idoso quando vítima do crime”. Entretanto, em relação ao idoso que comete um crime, a Lei do Idoso permaneceu considerando, “Réu idoso”, todo aquele que possui acima dos sessenta anos, ou seja, não há benefícios em

consequência da idade. Logo, ele será julgado e submetido aos artigos do Código Penal (CP) igualmente a qualquer maior de 21 (vinte e um) anos.

Desta maneira, “a lei tem por intuito proteger o idoso e garantir a qualidade de vida daquele que tem 60 anos ou mais, mas também punir e repreender o idoso que comete crimes, atenuando essa situação somente nos casos em que ele contar com mais de 70 anos” (MONTEIRO, 2013, p. 11). Deste modo, o (Art. 115) do Código Penal (2017), prevê a redução nos prazos de prescrição da pena pela metade “quando o criminoso era, ao tempo do crime, menor de 21 (vinte e um) anos ou na data da sentença maior de 70 (setenta) anos”.

Nessa sequência, O (Art. 65, I, CP) também presume atenuantes da pena quando o agente for maior de 70 (setenta) anos na data da sentença. O idoso criminoso conforme o (Art. 26, p. 16) pode se tornar inimputável quando por “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento”, enquadrando-se nesses casos o idoso que comprovar estar acometido por algum tipo de demência (Idem).

A modesta quantidade de pesquisas sobre o assunto dificultou o enriquecimento deste trabalho. Contudo, através disto, denota-se a invisibilidade dos idosos agentes do crime perante o social. Como já visto, por diversos motivos parece haver uma incredulidade, embora as estatísticas apontem para realidade. Sendo assim, a partir de agora passaremos a debater algumas pesquisas publicadas sobre o idoso criminoso, em 2010 no Estado de São Paulo, em 2013 no Estado da Paraíba, em 2015 no Estado do Rio Grande do Sul e em 2016 no Estado de Minas Gerais. Os trabalhos possuem temáticas diferentes, mas com o mesmo objetivo: fomentar o debate acerca do idoso envolvido com o crime. Os artigos indicam dados relevantes para esta população, importantes na busca para o entendimento deste fenômeno em ascensão.

Nesse âmbito, Côrte (2010) realizou uma pesquisa nos jornais diários de São Paulo entre os anos de 2004 e 2005. O trabalho consistiu na análise e coleta de dados em matérias jornalísticas onde o idoso era agente do crime. Neste período foi possível identificar 62 notícias, em 736 edições dos jornais, as quais se referiam a idosos como agente do crime. A maior parte das matérias tratava de crimes que colocam em risco a vida das pessoas (52), seguido pelos crimes de assassinato (17), roubo (11), crimes de guerra (08), atropelamento (06), abuso sexual (05), drogas e suicídio (02). Os crimes que afetam a integridade física, moral, mental e ambiental estiveram em menor quantidade, estes se relacionavam a corrupção

(04), seguido por falta do pagamento de pensão (02), preconceito (01), crime ambiental (01), estelionato (01) (p.258).

O referido autor concluiu que, em relação aos crimes sexuais, as vítimas são crianças e jovens de ambos os sexos e os agressores são homens. Em relação aos crimes envolvendo o tráfico de drogas, tanto homens quanto mulheres em igual proporção, não possuíam antecedentes criminais. Contudo, afirmou que “a maioria dos idosos sempre viveu no crime”. Assim, à medida que envelhecem permanecem na “criminalidade, em decorrência da ineficiência do sistema de ressocialização” (273).

Oliveira, Costa e Medeiros (2013) conduziram um estudo descritivo, com abordagem qualitativa entre os meses de julho e dezembro do ano de 2011 em instituições prisionais no Estado da Paraíba. Teve por objetivo compreender o significado do envelhecimento para idosos em cumprimento de pena. O perfil dos 11 sujeitos selecionados variou, predominantemente, com idades entre 60 e 65 anos, casados, com seis filhos, religião católica, possuíam algum tipo de rendimento mensal, alfabetizados, reclusos há três anos em média, recebendo visitas regularmente (Idem).

Nesse contexto, concluíram que o envelhecimento para esses idosos, estava relacionado a sentimentos melancólicos e angustiantes em detrimento das perdas e da ausência de perspectivas quanto ao desenvolvimento. Demonstraram percepção negativa acerca do envelhecimento potencializado pelo encarceramento. A qualidade de vida no ambiente prisional demonstrou prejuízos em consequência dos obstáculos presentes na execução laboral, na perda do convívio com a família e nos conflitos intergeracionais com os membros mais jovens da instituição (Idem).

Brandão (2015) fez levantamento do perfil do idoso acusado de cometer crime no município de Imbé-RS, no ano de 2013. Neste estudo analisou os 4.806 boletins de ocorrência dos quais 92 acusações referiam-se ao idoso como agente do crime. A análise estatística verificou que 57,6% desta população tinham entre 60 e 64 anos, enquanto apenas 17,4% estavam entre 65 e 69 anos, 14,1% 70 a 74 anos. Assim, constatou que quanto maior a idade menor o índice de crimes de que são acusados (p. 269).

Nessa sequência, em relação ao fator escolaridade, predominaram os que tinham ensino fundamental com 53,2%. O autor também constatou que os de nível superior 7,6% estavam em maior índice em relação aos que se diziam analfabetos 4,4%. Assim, percebeu que tais dados em sua pesquisa, demonstravam o rompimento do preconceito que associava o baixo nível de escolaridade ao aumento no índice de transgressão. Quanto ao gênero, 75%

eram homens e 25% mulheres. No tocante às vítimas, 65,6% eram mulheres e apenas 28,9% eram homens (p.263).

Nessa continuidade, em relação aos tipos de crime, lesão corporal e ameaça, juntos corresponderam a 53,2% seguidos por apropriação indébita, posse irregular de arma de fogo, calúnia, crimes contra a fauna, desobediência a ordem judicial, difamação, tráfico de drogas, dirigir sem habilitação, esbulho possessório, estelionato, estupro de vulnerável, injúria, jogos de azar, lesão corporal dolosa e culposa, violação de domicílio (p. 263).

O referido autor concluiu em seu estudo que o pequeno número de pesquisas é antagônico no tocante ao número de idosos no sistema prisional que aumenta a cada ano em consequência dos que chegam e dos que lá envelhecem. Chama atenção para um sistema que não possui capacidade para receber um preso idoso, situação que tende a evoluir por conta do crescimento populacional e das desigualdades sociais. Acredita que, sua pesquisa contribuiu para desmistificar a ideia do idoso como vítima, pois a idade avançada não impede a ação criminal por parte desta população. Alertou que, “muitos crimes podem ser favorecidos pelo estereótipo do velhinho bonzinho” (274).

Melo *et al.* (2016) descreveram um relato de experiência que teve como objetivo identificar o perfil de saúde de idosos apenados em um Centro de Recuperação Social (CRS) que utilizava a metodologia APAC (Associações de Proteção e Assistência aos Condenados) no Estado de Minas Gerais. Na ocasião, a população idosa era composta por 2,5% do total de sujeitos institucionalizados. Destes, 3,75% estavam no sistema semiaberto, 1,67% no sistema fechado. “Apenas um foi admitido com mais de 60 anos, ou seja, todos os outros envelheceram no regime prisional” (p.85).

Nessa sequência, quanto ao gênero à maioria era homens com idade entre 60 e 67 anos, foi predominante o grau de escolaridade até o fundamental incompleto. Em relação à etnia 60% eram brancos. Neste estudo foi possível identificar 09 sujeitos que dentro de 11 anos estariam com idade acima de 60 anos, representando 7% do total de idosos. Esse dado confirma a hipótese de que muitos idosos envelhecem no crime (Idem).

Assim, concluíram que o cumprimento de pena em regime fechado implica situação de risco e vulnerabilidade podendo gerar comprometimento a saúde integral dos idosos apenados. Dessa forma, chamam atenção para o surgimento de novas políticas públicas a fim de oferecer atenção integral e garantir a inclusão social a este segmento da população. No sistema prisional a população carcerária em maioria composta por pobres, negros, sem profissão, sem acesso a educação de qualidade, “caracteriza uma situação de exclusão social

que precede o aprisionamento” e, ser idoso neste contexto, potencializa a discriminação (p. 143).

Portanto, de acordo com os dados acima, percebe-se que o crescimento da população idosa vem ocorrendo, igualmente, fora e dentro do Sistema Penitenciário. O fato chama a atenção, principalmente, porque passa despercebido pela sociedade em geral que não acredita ser o idoso capaz de cometer um crime. Outro fator que merece nossa atenção se refere ao número diminuto de pesquisas sobre o assunto afirmando que ocorre pouco interesse da população em geral sobre o idoso criminoso. Contudo, a ausência de informações sobre a temática, denuncia nosso despreparo para lidar com esta realidade. A falha no processo de ressocialização e as demandas da atualidade anunciam que no futuro, possivelmente, iremos contemplar um aumento ainda maior nas estatísticas. A partir disso, percebe-se a necessidade de um olhar atento para este fenômeno que demanda ser aprofundado em suas peculiaridades.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho objetivou compreender os fatores que motivam uma pessoa idosa a cometer um crime quando são considerados comumente como frágeis, vulneráveis e indefesos. Assim, percebemos que o idoso criminoso parece não ser notado pelas áreas do conhecimento, pois boa parte da literatura que trata do binômio - idoso x crime - disserta sobre a violência “contra” e poucos trabalhos o retratam como agente da ação criminal. Nesse âmbito, embora os números não sejam alarmantes, quando comparados ao total da população carcerária no Brasil, percebemos que não se pode negligenciar o fato de que muitos idosos estão em lugar de agressor. O diminuto número de pesquisas denuncia certo grau de alheamento perante o assunto, pois a figura do idoso na atualidade está imersa em representações distorcidas sobre seu lugar e suas possibilidades. A partir disso, não se pretende negar a fragilidade presente no processo de envelhecimento, mas reforçar que a idade não impede a ação criminosa (NOVO; LOPES, 2010; MONTEIRO, 2013; BRANDÃO, 2015).

Deste modo, percebemos que fatores inconscientes e conscientes em interação com o ambiente externo podem levar um sujeito a cometer um crime. Assim, as forças psíquicas constitucionais visam o equilíbrio do aparelho psíquico, mas o ambiente pode provocar alterações nessas energias e, com isso, o sujeito escolhe entre regredir ou progredir em busca da constância. Logo, a regressão desencadeia a agressão direcionada aos objetos externos ou a

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

autoagressão com objetivo de satisfazer os desejos inconscientes, presentes na criança, no adulto e no idoso. A apreensão dos limites na infância influencia diretamente a escolhas do adulto ao longo de sua vida. A partir disso, é possível inferir que a transgressão é fruto da não internalização destes limites ou que esse processo tenha ocorrido de forma deficitária (FREUD, [1914/1916], [1927/1931], [1932/1936]); (OSORIO, 2001); (LEBRUN, 2004); (NASIO, 2007); (FRUETT, 2015).

Neste contexto, os conflitos entre as forças psíquicas tornam-se mais presentes durante o envelhecimento, pois os limites estabelecidos neste período: luto pela morte dos entes queridos, os filhos que saem de casa, os sonhos não realizados, pouco tempo de vida, e quem sabe até, uma identidade perdida nesse processo, podem provocar uma diversidade de sintomas aceitos ou não pelo social (NOVO; LOPES, 2010); (FRUETT, 2015). Para, Brandão (2015) os avanços tecnológicos, a globalização e as novas demandas sociais acabam por jogar esses idosos “muitas vezes, [...] em um vazio: não são afortunados para usufruírem de uma aposentadoria decente, nem tão jovem para concorrerem num competitivo mercado de trabalho” (p. 31). Os conflitos, presentes nesta etapa do desenvolvimento, podem levar o idoso a reviver sentimentos de angústia e culpa presentes no passado edípico, resultando na regressão e, conseqüentemente, na ação criminal.

Destarte, as dificuldades socioeconômicas promovidas pelo sistema capitalista desfavorecem, de modo significativo, os idosos. A fome, a violência, o desemprego, aliados a ausência de moradia digna e saúde adequada, colocam esta população em situação de risco. A má distribuição da renda provoca escassez dos recursos necessários para lidar com as transformações decorrentes do crescimento no número de idosos. Gastos com saúde, medicamentos, seguros de vida, políticas públicas, atingem, sobretudo, esta parcela da população. Logo, essa desorganização social afirma o despreparo dos países de terceiro mundo para lidar com esse fenômeno em ascensão (ZIMERMAN, 2000); (NOVO; LOPES, 2010); (BRANDÃO, 2015); (NETTO, 2016).

Côrte (2010), Monteiro (2013), Brandão (2015), Melo et. al. (2016), Brandão e Neto (2017), INFOPEN (2017) apontam para o aumento no número de idosos dentro e fora dos presídios. Segundo, os autores acima, o crescimento se dá, principalmente, em decorrência dos que chegam a cada ano e dos que envelhecem dentro do sistema prisional devido à falha no processo de ressocialização. Logo, boa parte dos idosos criminosos viveu uma vida inteira

no crime. Conforme os dados fornecidos pelo INFOPEN (2017) 55% da população prisional são jovens com até 29 anos. Logo, se permanecerem no crime e sobreviverem a violência proeminente das metrópoles, daqui a 31 anos, pelo menos boa parte desta população estará entre os idosos.

Nesse contexto, a partir da revisão de literatura e do levantamento do perfil da população de idosos em cumprimento de pena no regime aberto e livramento condicional do sistema prisional do Estado de Pernambuco em março de 2018, concluiu-se que os idosos que cometeram um crime apresentavam o seguinte perfil: População, predominantemente, masculina entre 61 - 68 anos. Quanto à etnia, em maioria eram brancos. Em relação ao nível de escolaridade (43%) eram alfabetizados com nível fundamental incompleto. As atividades profissionais se apresentaram de forma bem diversificada, mas em maioria eram pedreiros, agricultores, comerciantes, motoristas. No tocante a região de moradia, (52%) eram oriundos da região metropolitana do Estado, os outros 48% da zona da mata, agreste e sertão. Condenados pela prática, predominantemente, dos crimes contra a pessoa: homicídio (38%), crimes sexuais (21%) e tráfico de drogas (12%).

Os dados acima quando comparados às pesquisas anteriores revelam que em relação à idade, Oliveira *et al.* (2013) em sua pesquisa aponta que estavam entre 60 e 65 anos, Brandão (2015) sinalizou que a maioria estava entre 60 e 64 anos, Melo *et al.* (2016) refere que estavam entre 60 e 67 anos, em Pernambuco (P.P.P., 2018) os dados apontam para uma faixa entre 60 e 68 anos de idade. De modo geral, idosos com idade mais avançada tendem a envolver-se menos com crime. Em relação ao sexo, Brandão (2015), Melo *et al.* (2016) e em PE (P.P.P., 2018) expõem uma prevalência masculina no sistema prisional para esta parcela da população e corroboram com as estatísticas nacionais para outras faixa etárias (INFOPEN, 2017). Contudo, o fato de ser mulher e idosa não impossibilita a ação criminal.

Nessa continuidade, em relação ao nível de escolaridade, Oliveira *et al.* (2013) encontraram sujeitos alfabetizados, Brandão (2015) constatou sujeitos com ensino fundamental, Melo *et al.* (2016) corrobora com os achados do Estado de Pernambuco (P.P.P., 2018) os quais referem sujeitos com ensino fundamental incompleto. De modo geral, esses dados vão de encontro à máxima que relaciona o baixo nível de escolaridade a transgressão das normas sociais. Brandão (2015) também ressaltou em seu trabalho que as pessoas com nível superior estavam em maioria quando comparados aos analfabetos. Quanto a isso, não podemos deixar de considerar o contexto da sua pesquisa, realizada na Região Sul do país,

onde a qualidade de vida é superior a Região nordeste. Contudo, os dados do (P.P.P., 2018) referem 20 idosos com nível superior completo e 26 analfabetos, uma proporção que chama atenção para uma população que apresenta uma mudança de perfil, com mais escolaridade que seus antepassados (FRUETT, 2015).

Nessa sequência, Côrte (2010) em análise as matérias dos jornais observou que a maior parte das matérias (67,5%) tratava de crimes que colocam em risco a vida das pessoas e assassinato. Brandão (2015) na análise dos boletins de ocorrência percebeu que os crimes de ameaça e lesão corporal correspondiam a (53,2%), mais da metade das denúncias. Em Pernambuco a análise dos crimes demonstrou que (59%) da amostra referiam-se a crimes de homicídio e sexuais (P.P.P., 2018). Logo, a análise dos tipos de crimes praticados por idosos com mais frequência, nas três situações distintas, se relaciona a crimes contra pessoa, ameaça, lesão corporal, homicídio e estupro. Assim, percebe-se uma tendência do idoso a resolver situações conflituosas por meios próprios, geralmente com uso das próprias mãos, mesmo diante do comprometimento físico que possa apresentar (BRANDÃO, 2015).

Portanto, nosso trabalho chama atenção para o aumento no número de idosos dentro e fora das penitenciárias. A discussão sobre este fenômeno em ascensão permitiu-nos evidenciar o alheamento social e os preconceitos empregados à figura do idoso na contemporaneidade. O estigma do velho bondoso pode inclusive favorecer a prática de crimes por esta população. Deste modo, o corpo fragilizado não impede a ação criminal. Fatores psíquicos, culturais, sociais e econômicos, podem motivar o idoso a torna-se criminoso. Além disso, a falha no processo de ressocialização e as demandas da atualidade sugerem que no futuro temos a possibilidade de contemplar um número ainda maior nas estatísticas de crimes praticados por idosos. A partir disso, percebe-se a necessidade de políticas públicas e ações voltadas a oferecer atenção integral e garantir a inclusão social da classe a fim de prevenir o aumento da violência. Logo, espera-se que mesmo diante das limitações do estudo, subnotificação dos casos, ausência de literatura e resistência das instituições em fornecer dados, possamos ter contribuído, de algum modo, para o aprofundamento e o interesse por futuras pesquisas sobre o tema em questão. Também, subsidiar o trabalho de profissionais que lidam com essa problemática.

## REFERÊNCIAS

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRANDÃO, Sergio Vieira. **Perfil do Idoso Acusado de Cometer Crime em um Município do Litoral Norte do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2015, p. 114. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/7549>

BRANDÃO, Sergio Vieira; NETO, Alfredo Cataldo. **Perfil do idoso acusado de cometer crime**. Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social. Vol. 10, nº 02, p. 259-277. Maio – Agosto, 2017. Recuperado de <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/10597>

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (2010). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Distrito Federal, Brasília/Brasil. Recuperado de [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1).

BRASIL. Presidência da República. (2003). **Estatuto do Idoso Lei n. 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Diário Oficial da União, 3 de outubro de 2003, edição 192. D. Distrito Federal, Brasília/Brasil. Recuperado de <http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf>

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde. (2018). **DeCS - Descritores em Ciências da Saúde**. Recuperado de <http://decs.bvs.br/>.

CAMARANO, A. A. (2004). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA.

CHEMAMA, Roland; BERNARD, Vandermersch. **Dicionário de Psicanálise**. Rio Grande do Sul: Editora Unisinos, 2007.

CÔRTE, Beltrina. O idoso como agente do crime. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William (Org.). **Rompendo o Silêncio: Faces da Violência na Velhice**. São Paulo: Martinari, 2010, p. 255 – 272.

FREUD, Sigmund. Reflexões para os tempos de guerra e morte. In: **A História do movimento Psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927 – 1931)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Por que a guerra? (Einstein e Freud) In: **Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (1932 - 1936)**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FRUETT, Ana Cassia. **Longeviver: O inconsciente no declínio da vida**. Fortaleza: Premium, 2015.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

LEBRUN, Jean-Pierre. **Um mundo sem limite: Ensaio para uma clínica psicanalítica do social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004.

MELO, Natália Soares; COELHO, Aglaya B.; OLIVEIRA, Miriam Martins de; SOUZA, Juliana Cristina de;. **Envelhecer no Sistema Prisional: Condições de saúde de idosos privados de liberdade em um CRS-APAC em um município de Minas Gerais**. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais: Enfermagem Revista, v. 19, n. 01, 2016. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/11642>

MONTEIRO, Simone Ribeiro. **Crimes cometidos por idosos: considerações criminológicas**. Porto Alegre, 2013. Dissertação de Mestrado: Programa de Pós Graduação e Ciências Criminais, Mestrado em Ciências Criminais. Faculdade de Direito, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/1739>

NASIO, J. D. **Édipo: O complexo do qual nenhuma criança escapa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

NERI, A. L. (2008). **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas, SP: Editora Alínea.

NETO, Matheus Papaléo. Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 03 - 13.

NOVO, Ana Lúcia Marques de Souza; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. O outro lado da moeda: Velhos Violentos. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William (Org.). **Rompendo o Silêncio: Faces da Violência na Velhice**. São Paulo: Martinari, 2010, p. 239 - 252.

OLIVEIRA, Lannuzya Veríssimo de; COSTA, Gabriela Maria Cavalcante; MEDEIROS, Kaio Keomma Aires Silva. **Envelhecimento: Significado para idosos encarcerados**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2013, p. 139-148. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000100014)

OMS – Organização Mundial de Saúde. Portal Brasil. (2015). **Relatório mundial de saúde e envelhecimento**. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/idosos-serao-um-quinto-do-planeta-em-2050-diz-oms-17649843>

ONU - Organização das Nações Unidas. (2017). **Países dos BRICS terão 940 milhões de idosos até 2050**. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/paises-dos-brics-terao-940-milhoes-de-idosos-ate-2050/>

OSORIO, Luiz Carlos. **A violência nossa de cada dia: da aceitação contemplativa à indignação transformadora**. Florianópolis: Grupos, 2001.

PAPALIA, Diane E; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento Humano**. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PERNAMBUCO, Governo do Estado. **Público idoso em cumprimento de pena no Patronato Penitenciário de Pernambuco.** Secretaria de Justiça e Direitos Humanos. Fonte: processamento de dados. Recife, 2018.

SANTOS, Thandara; ROSA, Marlene Inês da (Org.). **INFOPEN. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias.** Departamento Penitenciário Nacional. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

## O LUGAR DA VELHICE NA ESCOLA

Everton Willian de Oliveira Cavalcanti<sup>1</sup>

Cirlene Francisca Sales da Silva<sup>2</sup>

Pedro Vinícius Lins Oliveira Lima<sup>3</sup>

Nayana Pinheiro Tavares<sup>4</sup>

### RESUMO

Esse texto é um recorte do trabalho monográfico intitulado “O lugar da velhice na escola: atitudes de crianças em relação à velhice”, que teve por objetivo geral analisar as atitudes de crianças dos anos iniciais do ensino fundamental em relação à velhice. Caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório descritiva. A coleta de dados ocorreu a partir de aplicação de questionário e da Escala Todaro. A análise de dados se deu a partir da análise de conteúdo. No que concerne a esse recorte, de título “O lugar da velhice na escola”, que teve por objetivo analisar o trato da velhice na Educação Básica, os nossos resultados apontaram que, apesar da existência de uma Lei federal que sinaliza a obrigatoriedade do trato de tal temática na Educação Básica, não é possível encontrar, em documentos que regem a atuação dos professores de Educação Física, orientações de como tratar essa temática, ou, ao menos, a necessidade de se tratar na Educação Básica questões voltadas ao envelhecimento, à velhice ou ao idoso. É necessária uma atuação educativa direcionada que trate a temática velhice dentro da escola, pois, crê-se ser possível proporcionar uma mudança em estereótipos atrelados ao idoso e formar uma geração que lide com a velhice de maneira diferente das gerações passadas.

**Palavras-chave:** Velhice, Educação Básica, Educação Física.

### INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam para uma reforma demográfica no Brasil em que o mesmo irá ocupar, até 2025, a sexta posição no ranking dos países com maior quantitativo de idosos (OMS, 2005).

Em uma pesquisa<sup>5</sup> realizada pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o Serviço Social do Comércio (SESC) São Paulo e o SESC Nacional foi possível observar diversos dados sobre como é ser idoso no Brasil, construindo um cenário que discorre sobre

<sup>1</sup> Graduado pelo Curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE, [ewocavalcanti@gmail.com](mailto:ewocavalcanti@gmail.com);

<sup>2</sup> Doutora pelo Curso de Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP, [cirlene.psicologa@gmail.com](mailto:cirlene.psicologa@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduando do Curso de Bacharelado em Fisioterapia do Centro Universitário Brasileiro- UNIBRA, [plins0404@gmail.com](mailto:plins0404@gmail.com);

<sup>4</sup> Professora orientadora: Doutora em Educação, Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE, [nayana.pinheiro@ufrpe.br](mailto:nayana.pinheiro@ufrpe.br).

<sup>5</sup> Pesquisa de título: Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade., realizada em 2006, em 204 municípios (pequenos, médios e grandes) distribuídos nas cinco macrorregiões do Brasil.

as vivências, desafios e expectativas na terceira idade. Uma parte da mesma trata das formas com que os jovens veem o indivíduo idoso e sobre como o próprio idoso se vê. Os dados apontam para uma realidade repleta de preconceitos e associação da velhice a aspectos negativos (NERI, 2007).

O que foi verificado nos dados da pesquisa anteriormente falada possui uma direta relação com o que Simone De Beauvoir percebia já no século passado, ao afirmar que

[...] a velhice surge como uma desgraça: mesmo entre os indivíduos considerados bem conservados, a decadência física por ela acarretada patenteia-se à vista de todos pois é na espécie humana que são mais espetaculares as alterações provocadas pelos anos (p. 9-10, 1970).

Considerando o cenário atual da sociedade brasileira há uma importante demanda de encontrar maneiras de propiciar uma concepção de velhice que esteja favorecendo a dignidade, o respeito, a alteridade, superando a ideia de uma decadência e degradação completa, pois, como discutido por Neri (2007) a humanidade se amedronta mais com o processo de perda de dignidade e independência, solidão e sofrimentos associados à velhice do que com a própria morte.

A Educação Física como uma área de conhecimento que atua de forma contributiva na qualidade de vida dos indivíduos, possui uma grande importância no processo de envelhecimento, sendo uma grande aliada na promoção da saúde (MACIEL, 2010). Entretanto, uma outra face dessa área de conhecimento que possui um grande potencial para contribuir nas transformações das concepções da velhice hegemônicas na sociedade é a educação física escolar. Ao compreender que o professor de educação física está apto a intervir na realidade social, de maneira crítica, acadêmica e profissional, consideramos possível que o mesmo possa contribuir no processo de construção de novas concepções de velhice já na infância e na adolescência<sup>6</sup>.

A fim de possibilitar a superação de visões preconceituosas sobre a velhice, a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, conhecida por Estatuto do Idoso<sup>7</sup>, apresenta a obrigatoriedade de tratar este tema em todos os níveis da educação básica.

Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à

<sup>6</sup> Considerando as faixas etárias presentes na educação básica.

<sup>7</sup> Lei Federal brasileira destinada a regular os direitos assegurados às pessoas com sessenta (60) anos ou mais.

valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria (Art. 22).

Diante de todo esse cenário e reflexões, essa pesquisa se propôs a analisar o trato da velhice na Educação Básica, tomando por referência os dados encontrados no trabalho monográfico “O lugar da velhice na escola: atitudes de crianças em relação à velhice”. Pôde-se encontrar um grande distanciamento entre o que a Lei nº 10.741 aponta e o que é encontrado nos documentos oficiais que regem a atuação dos professores de Educação Física. Assim, emerge uma necessária modificação desse cenário, buscando uma modificação das representações atreladas à velhice, ao envelhecimento e ao próprio idoso.

## **METODOLOGIA**

Conforme indicado, essa pesquisa é um recorte do trabalho monográfico “O lugar da velhice na escola: atitudes de crianças em relação à velhice”, que se caracterizou, no tocante a abordagem, como qualitativa, tendo em vista que o objetivo desse trabalho não se resumiu aos números e médias obtidos, e sim a um conjunto de sentidos e significados por trás dos dados coletados. Essa escolha de abordagem levou em consideração que

ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 21-22).

Em relação à classificação, a mesma se expressou como uma pesquisa exploratória, tendo em vista que teve como ponto de partida, indagações sobre um tema com o qual não se havia maiores aproximações, pois as pesquisas exploratórias, de acordo com Gil (2002) “têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais claro ou a construir hipóteses (p. 41). E se situou, ainda, como uma pesquisa descritiva, pois, buscou analisar características específicas de um determinado grupo, dessa forma, estando em conformidade com o objetivo primordial da pesquisa descritiva que consiste na “descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, então o estabelecimento entre variáveis” (GIL, 2002, p. 42).

O campo de pesquisa foram escolas públicas, geridas pela Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco que ofertassem o Ensino Fundamental, anos finais e não possuíssem nenhuma outra origem de renda, a não ser as verbas direcionadas pelo Estado. Já no que se refere aos sujeitos, foram selecionadas as crianças que estivessem matriculadas no turno da

manhã nas referidas escolas e que soubessem ler, tendo em vista que o instrumento de coleta exigia esse domínio.

A coleta de dados se deu através da aplicação de um questionário composto por duas partes, a primeira parte corresponde a questões que versam sobre a identificação do participante (mantendo o anonimato do mesmo), a escolaridade e a convivência diária com idosos. A segunda parte foi composta por uma escala<sup>8</sup>.

A escala selecionada para fazer parte do questionário foi a Escala Todaro. A mesma, uma escala diferencial semântica<sup>9</sup>, consiste em uma adaptação construída a partir da Escala Neri<sup>10</sup> a qual avalia a atitude de crianças em relação à velhice. Essa escala possui um total de quatorze pares de adjetivos antagônicos dispostos em quatro categorias (cognição, agência, relacionamento social e persona) e disposta em três níveis de intensidade. A seleção de um dos adjetivos de cada par deve ser relacionada a afirmação: Os Idosos são.

A análise dos dados se deu a partir da análise de conteúdo, tomando por referência Bardin (2010), que afirma que a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras (quantitativas ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (p. 44).

No que se refere a metodologia desse recorte em específico, partimos de discussões sobre educação, educação física e gerontologia e como essas áreas se correlacionam, ou como poderiam se correlacionar, e a maneira que podem ser inseridas em conjunto na Educação Básica. Para isso, utilizamos os documentos oficiais que regem a atuação dos professores de Educação Física na Educação Básica, as discussões sobre escola, educação, professores e alunos, a partir de obras, como Freire (1987), (2000), (2002), Saviani (1999), Manacorda (1997) e alguns conceitos básicos ligados ao envelhecimento, velhice e idoso, afim de analisar como a temática velhice é ou pode ser tratada dentro da Educação Básica.

---

<sup>8</sup> Escalas são instrumentos de avaliação psicológica em que o respondente atribui pesos ou graus de intensidade a elementos que lhe são oferecidos para julgar, os quais lhe são apresentados sob a forma de uma sequência de itens escolhidos com base em uma teoria e em pesquisa empírica (TODARO, 2017, p. 141)

<sup>9</sup> Uma escala diferencial semântica busca medir a reação das pessoas expostas a palavras e conceitos por meio de escalas bipolares, definida com adjetivos antônimos em seus extremos. (ANDRADE et al., 2009)

<sup>10</sup> Escala diferencial semântica brasileira mais utilizada para avaliar a atitude de pessoal em relação à velhice, composta por trinta pares de adjetivos antagônicos, com cinco níveis de intensidade (em sua versão reformulada).

## REFERENCIAL TEÓRICO

A humanidade caminhou, em sua história, para uma organização social em que a responsabilidade de ensinar os conhecimentos produzidos pela humanidade cabe a uma instituição denominada escola (MANACORDA, 1997). Essa instituição também sofreu diversas modificações com o passar dos anos, com as mudanças sociais, culturais, políticas, econômicas e tantas outras. Contudo tratar da escola gera a elaboração de algumas perguntas: O que é a escola? Qual sua função social? Quem são seus principais sujeitos?

Antes de mais nada, uma conceituação sobre o que é educação surge como algo importante ao que será tratado daqui para frente. Vianna (2006) aponta que “a Educação, em sentido amplo, representa tudo aquilo que pode ser feito para desenvolver o ser humano e, no sentido estrito, representa a instrução e o desenvolvimento de competências e habilidades” (VIANNA, 2006, p. 130).

A partir dessa afirmação podemos concluir que a educação é o processo de construção do conhecimento através das relações entre os homens e mulheres, possuindo uma dimensão mais ampla e uma mais restrita.

Para Paulo Freire a educação é “sempre uma certa teoria do conhecimento posta em prática [...]” (FREIRE, 2000, p. 40), ou seja, a educação é um conjunto de ideias sendo praticadas, sendo essa prática dentro ou não do ambiente escolar. Assim, a educação é algo que ocorre de maneira intimamente ligada com a cultura e com a sociedade da qual se faz parte.

A compreensão de que a educação e a escola não surgem da mesma forma como hoje estão postas, se faz necessária, tendo em vista a importante necessidade de perceber a mutabilidade e maleabilidade das mesmas, pois, segundo Luckesi (1994) são os valores presentes na sociedade que norteiam a prática educacional, ou seja, é graças a essas características que a educação é diretamente influenciada pela sociedade que a concentra.

Um exemplo das influências da sociedade sobre a educação é o fato da mesma não ser politicamente neutra.

Numa sociedade em que convivem segmentos da população com interesses opostos e contraditórios, é impossível a existência de uma única educação que sirva, da mesma maneira, a todos estes grupos sociais. Ela estará sempre

a favor de alguém e, por consequência, contra alguém (BARRETO, 1998, p. 61).

Entretanto, a relação da educação com a sociedade não é apenas de sofrer influências da mesma. A educação também age sobre a sociedade, gerando modificações em suas estruturas. Saviani (1999) aponta que a educação pode ser utilizada como um “instrumento de equalização social” (p. 15), ou seja, influenciando a sociedade de modo direto.

Ensinar, segundo Freire (2002), não é transferir conhecimentos, pois está além da simples passagem de um ao outro, assim, não sendo reduzidos “[...] à condição de objeto, um do outro” (p. 12). Durante o processo educativo à uma simbiose dos papéis de educador e educando.

Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina, ensina alguma coisa a alguém. Por isso é que, do ponto de vista gramatical, o verbo ensinar é um verbo transitivo-relativo. Verbo que pede um objeto *direto* – *alguma coisa* – e um objeto *indireto* – *a alguém* [...] Ensinar inexistente sem aprender e vice-versa e foi aprendendo socialmente que, historicamente, mulheres e homens descobriram que era possível ensinar. Foi assim, socialmente aprendendo, que ao longo dos tempos mulheres e homens perceberam que era possível – depois, preciso – trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar. Aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender (FREIRE, 2002, p. 12).

Essas diversas inferências aqui realizadas provocam uma inclinação para uma perspectiva de educação e escola que se construiu no decorrer da história, que vai além, ao compreender o educando como um ser possuidor de conhecimento e não o contrário.

Ao considerar o processo educativo não como a passagem de conhecimento de um para outro, mas sim como a construção do conhecimento pelas relações sociais, faz-se interessante analisar dois dos principais sujeitos que constituem a escola: o professor e o aluno, considerando que os dois são os atores mais protagonistas no processo de ensino-aprendizagem no contexto escolar.

Como visto em Freire (2002), a educação não ocorre de um sobre o outro e sim de um para o outro. Essa relação não deve ocorrer embasada no autoritarismo e sim pautada na dialogicidade, na realidade do aluno e na criticidade (FREIRE, 2002).

Tardif (2002) compreende que o professor ocupa uma posição estratégica dentro da sociedade, sendo assim, o mesmo aparece como protagonista do processo educativo (em

conjunto com os alunos), e é dentro desse contexto educacional que o mesmo deve pautar sua prática em algumas reflexões. Sobre isso vemos a necessidade, segundo Santiago (2006), inspirada em Freire (1996), de compreender que

ensinar exige escutar; liberdade e autoridade; exige risco, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação; assim como exige a disponibilidade para o diálogo, além de querer bem as/aos educandos(as) [...] a educação e o trabalho docente exigem amorosidade. Amorosidade entendida como compromisso com as pessoas, como ato de coragem, como exercício de liberdade, como prática dialógica. Amorosidade numa perspectiva multidimensional que leve em consideração as dimensões afetiva, epistemológica, política e pedagógica. Amorosidade como formulação-busca-produção-socialização do conhecimento (SANTIAGO, 2006, p. 115).

Por tempos a visão dualista de homem foi o que direcionou as práticas pedagógicas e as teorias metodológicas da educação, tratando o homem como um produto de reações biológicas, reações estas, que justificavam o trato para com os mesmos. Nesta perspectiva, o nascimento da Educação Física, segundo Bracht (1999)

se deu, por um lado, para cumprir a função de colaborar na construção de corpos saudáveis e dóceis, ou melhor, com uma educação estética (da sensibilidade) que permitisse uma adequada adaptação ao processo produtivo ou a uma perspectiva política nacionalista, e, por outro, foi também legitimado pelo conhecimento médico-científico do corpo que referendava as possibilidades, a necessidade e as vantagens de tal intervenção sobre o corpo (p. 73).

Com o passar dos anos foram ocorrendo diversas modificações na dinâmica escolar, bem como nos objetivos da educação. Um exemplo dessas modificações é a organização e constituição da pedagogia histórico-crítica, realizada por Demerval Saviani. Visando romper as amarras de propostas pedagógicas que não propunham uma educação crítica, associada a realidade e que buscasse a superação de paradigmas e desigualdades cristalizados na sociedade, Saviani (1999), entendia que

uma pedagogia articulada com os interesses populares valorizará, pois, a escola; não será indiferente ao que ocorre em seu interior; estará empenhada em que a escola funcione bem; portanto, estará interessada em métodos de ensino eficazes. Tais métodos situar-se-ão para além dos métodos tradicionais e novos, superando por incorporação as contribuições de uns e de outros. Serão métodos que estimularão a atividade e iniciativa dos alunos sem abrir mão, porém, da iniciativa do professor; favorecerão o diálogo dos alunos entre si e com o professor, mas sem deixar de valorizar o diálogo com a cultura acumulada historicamente; levarão em conta os interesses dos

alunos, os ritmos de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico, mas sem perder de vista a sistematização lógica dos conhecimentos, sua ordenação e gradação para efeitos do processo de transmissão-assimilação dos conteúdos cognitivos (SAVIANI, 1999, p. 79).

Segundo Medina (2007), a Educação entrou em uma verdadeira “crise de identidade”, onde necessitou toda uma reformulação para poder dar conta das demandas desse novo momento educacional. Assim, nas décadas de 1970 e 1980 houve, segundo Bracht (1999), um grande avanço nos estudos específicos na área da Educação Física, principalmente, devido à função social da escola e de como a mesma se relacionava com esta função, sendo parte constituinte dela ou apenas focando a aptidão física.

Assim, diversas abordagens metodológicas para o trabalho com a educação física escolar surgem, cada uma com suas especificidades de objeto de estudo e de objetivos. Ela vai deixando, aos poucos, de ser uma ferramenta que atendia a demais interesses e passa a ser, relativamente, autônoma, independente, com suas próprias inquietações e objetivos (PERNAMBUCO, 2013; SOARES, 1994).

Seguindo nessa linha de novas proposições para a Educação Física, articulada a proposta pedagógica organizada por Demerval Saviani (1999), surge a perspectiva crítico-superadora da Educação Física.

A perspectiva crítico-superadora de Educação Física alinha-se à chamada Pedagogia Histórico-Crítica (PHC) de Dermeval Saviani. Busca propor novos caminhos para a apropriação do conhecimento na escola, inclusive pela organização metodológica fundamentada nos cinco passos metodológicos do método dialético de transmissão do conhecimento, a saber: identificação da prática social, problematização, instrumentalização, catarse e retorno à prática social (PERNAMBUCO, 2013, pp. 16-17).

Desta forma, a associação da pedagogia histórico-crítica com a perspectiva crítico-superadora da educação física possibilita ao docente tratar o conhecimento de forma científica, ampliando cada vez mais o repertório de saberes dos estudantes, buscando assim contribuir para a alteração da realidade, partindo dos dados da realidade e tendo estes dados como base de trabalho.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> A ênfase dada aqui a perspectiva crítico-superadora se deve ao fato da mesma ser a abordagem que aparece com maior frequência nos documentos oficiais que regem a educação física no estado de Pernambuco.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O advento da educação como um direito constitucional necessitou de um conjunto de regulamentações que garantam a qualidade e a efetivação da educação enquanto um direito. Sendo uma dessas regulamentações, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), compostas por um conjunto de direcionamento obrigatórios que necessitam ser seguidos pelas escolas, municípios e estados na construção e organização do seu currículo. No que se refere as temáticas que devem estar presentes nos currículos escolares, existem, ainda, além do que é previsto na Lei de Diretrizes e Bases (LDB), diversas outras leis que complementam a LDB, como é o caso da Lei nº 10.741/2003, mais conhecida como Estatuto do Idoso<sup>12</sup>. Dessa forma a LDB possibilita uma ampliação das temáticas presentes nas escolas, pois torna possível tratar

temas abrangentes e contemporâneos, que afetam a vida humana em escala global, regional e local, bem como na esfera individual. Temas como saúde, sexualidade e gênero, vida familiar e social, assim como os direitos das crianças e adolescentes, [...] preservação do meio ambiente, [...] educação para o consumo, educação fiscal, trabalho, ciência e tecnologia, diversidade cultural, [...] temas relativos à educação para o trânsito [...] e à condição e direitos dos idosos [...] (BRASIL, 2013, p. 115).

Atualmente, no Estado de Pernambuco, a Educação Física é balizada pelo Parâmetros para Educação Básica do Estado de Pernambuco (PCPE). Esse documento tem por objetivo orientar os professores no processo de ensino-aprendizagem e a prática pedagógica no cotidiano escolar (PERNAMBUCO, 2013). Os PCPE apresentam em sua organização um *hall* de expectativas de aprendizagens (EAs) que devem ser levadas em consideração no planejamento das aulas e nas avaliações realizadas pelas escolas e, mais especificamente, pelos professores.

Algumas EAs propõem relações de conteúdos específicos com outros temas, como pode-se ver a seguir:

EA12 - Sistematizar as referências sobre as atividades esportivas que desenvolvem as capacidades físicas/condicionantes (flexibilidade, força, resistência, agilidade, velocidade) e coordenativas (equilíbrio, lateralidade, ritmo, coordenação), bem como, a compreensão dos principais benefícios do

---

<sup>12</sup> Como já abordado aqui, o Estatuto do Idoso afirma que é obrigatória a inclusão da temática envelhecimento dentro de todo o currículo da educação básica, a fim de promover conscientização e romper com ageísmos existentes na sociedade.

alongamento, do aquecimento e do relaxamento, vivenciando-os nas referidas práticas

EA15 – Relacionar a prática das atividades esportivas a outros saberes escolares (biológicos, fisiológicos, filosóficos, linguísticos e outros)

EA20- Refletir sobre os valores (re)produzidos no esporte: morais, éticos, estereótipos, preconceitos e discriminações relacionados à prática do esporte na sociedade (PERNAMBUCO, 2013, p. 59-60).

As relações entre a Educação Física e diversos outros temas não oriundos de sua especificidade enriquece ainda mais o processo de ensino-aprendizagem, pois, segundo Darido (2012), nesse processo de incluir tais temas nas aulas de educação física, elegeu-se fornecer auxílio à sociedade no tratamento de seus problemas sociais. “Assim, ensinar Educação Física não significa tratar apenas de técnicas e táticas, mais do que isso, significa oferecer uma formação ampla voltada à formação do cidadão crítico” (DARIDO, 2012, p. 78).

Dessa maneira

propicia desenvolver empatia e respeito pelo outro, pelo que é diferente de nós, [...] leva a conhecer as razões dos conflitos que se escondem por trás dos preconceitos e discriminações que alimentam as desigualdades sociais, étnico-raciais, de gênero e diversidade sexual, das pessoas com deficiência e outras, assim como os processos de dominação que têm, historicamente, reservado a poucos o direito de aprender, que é de todos (BRASIL, 2013, 115).

Essa explanação torna possível perceber a importância de a Educação Física ir além do ensino da técnica e ampliar seu hall de conteúdos e interações. Inversamente proporcional a importância dada aos temas transversais<sup>13</sup>, o processo de envelhecimento, bem como a velhice e o idoso, não estão contidos dentro dessas EAs de forma direta ou objetiva, ou dentro do documento que rege a educação física escolar no Estado de Pernambuco (os PCPE). Essa ausência de clareza de como, onde e quando tratar essa temática na escola reflete o que foi percebido por Todaro (2008), ao avaliar a atitude de crianças escolares sobre a velhice. Essa autora percebeu que o silenciamento dessa temática na escola levava a uma atitude que podia ser modificada com o trato de tal temática, gerando assim uma atitude mais positiva em relação à velhice daqueles a quem não foi negado esse conhecimento.

---

<sup>13</sup> Considerando por temas transversais os temas não oriundos da especificidade do componente curricular, mas que tem direta relação com a realidade do estudante e da sociedade (DARIDO, 2012).

Como já foi aqui apresentado, as teorias críticas da educação surgem em um contexto de superação das opressões que, socialmente, foram sendo construídas e se enraizaram no modo como a sociedade lida com as mais diversas questões. Dessa forma, ao compreendermos que o idoso sofre diariamente com o preconceito e estereótipos negativos, podemos dizer que os mesmos compõem um grupo que lida também com essa relação opressor-oprimido<sup>14</sup>. Sendo assim, a educação crítica, que procura promover a superação das opressões, precisa atuar também no que se refere as questões relacionadas ao envelhecimento.

De acordo com Zabala (1998) os conteúdos trabalhados nas aulas devem envolver todas as dimensões da pessoa, para tal, sugere a classificação dos mesmos em três tipos: procedimental<sup>15</sup>, conceitual<sup>16</sup> e atitudinal<sup>17</sup>. Essa classificação favorece um planejamento a partir de uma teoria crítica da educação, pois possibilita problematizar questões que vão além do fazer pelo fazer, bem como, ampliam a ideia sobre o que deve ser ensinado nas aulas.

Todaro (2008) verifica em sua tese que, em sua maioria, os conteúdos atitudinais, são mais trabalhados na escola por dentro dos temas transversais, com ênfase no ensino fundamental. Assim, tratar da velhice e as questões relacionadas à velhice encontra um terreno mais propício por dentro dos temas transversais, porém com ações eficientes e planejadas e não sendo deixado à caso do espontaneísmo.

Para aumentar sua eficácia, é desejável que busquem oportunidades para fortalecer atitudes de respeito às diferenças etárias e à heterogeneidade da velhice, para promover reflexão sobre crenças e para comprometer-se com a formação para a cidadania. Para as crianças, a participação em projetos que promovem o debate sobre os idosos e as questões intergeracionais representa a possibilidade de participar da construção do seu próprio desenvolvimento como cidadão crítico (TODARO, 2008, p. 29).

Dessa maneira a ação educativa gerontológica não apenas irá ensinar as crianças o que é ser idoso, mas vai promover seu desenvolvimento enquanto cidadão, buscando problematizar sua própria realidade e, através do que for aprendendo, será capaz de modificar, inclusiva, sua própria realidade, ou seja, atuar na sociedade.

---

<sup>14</sup> Principalmente quando se leva em consideração a relação que a sociedade faz entre o idoso e a produtividade, associando, por vezes, o mesmo como algo improdutivo e, assim, deixando o mesmo de lado.

<sup>15</sup> Conteúdos relacionados à operacionalização, a ação, ao fazer.

<sup>16</sup> Conteúdos relacionados aos conceitos, aspectos teóricos e históricos.

<sup>17</sup> Conteúdos relacionados aos valores e atitudes.

Para além do aspecto atitudinal, o trato dessa temática na escola contribuirá, ainda, para a própria percepção sobre o envelhecimento de cada um. Pois, o processo de envelhecimento em si, bem como as alterações biopsicossociais pelas quais a pessoa passa ao envelhecer, por vezes, são temidas, como apontado por Beauvoir (1970) e Newman, Faux e Larimer (1997). Assim sendo, aprender sobre essa temática poderia promover uma menor associação de velhice apenas as possíveis perdas que venham a ocorrer, sendo possível ampliar a visão sobre o envelhecimento para as possibilidades, trazendo assim a imagem mais próxima do real e não ficando preso aos estereótipos propagados socialmente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo a Educação Física um componente curricular que com maior facilidade lida com as temáticas ligadas ao corpo, faz-se necessário tratar da temática velhice dentro de suas aulas, ampliando as discussões sobre o corpo para as discussões sobre como cada corpo envelhece. Porém, essas discussões não devem ficar apenas na dimensão procedimental ou conceitual, deve ser discutida a dimensão atitudinal do processo de envelhecimento.

As lacunas encontradas nos documentos oficiais que direcionam a Educação Física no Estado de Pernambuco também surgem como um meio que parece não favorecer a alteração da forma como o idoso é percebido na sociedade. O silenciamento dessa temática nos referidos documentos pode sugerir uma maneira de negar conhecimento aos alunos e, dessa forma, negar a possibilidade dos alunos de avançarem em suas análises da sociedade e propor mudanças a partir de sua criticidade.

Sendo assim, vislumbramos a possibilidade de, partindo dos resultados dessa pesquisa, fornecer indicativos para uma atuação dos professores de educação física mais comprometida com a temática da velhice, pois, conforme o que aqui já foi apontado, o trato das questões ligadas ao envelhecimento é algo obrigatório dentro da educação básica. Cremos que uma atuação pautada em dados científicos e no conhecimento dos professores sobre essa temática poderá alcançar maior êxito do que uma atuação alicerçada apenas no senso comum.

Esses resultados verificados fornecem um norte para maiores pesquisas que aprofundem os achados aqui apresentados e ampliem o *campus* da pesquisa, buscando uma compreensão mais ampla da problemática trabalhada nesse estudo. Os resultados também levam a novos questionamentos, como, por exemplo, estariam os profissionais da educação capacitados para tratar temas relacionados à velhice dentro das suas aulas? Pois apesar de ser

verificado atitudes mais positivas, conforme Cavalcanti (2018), a literatura aqui utilizada também demonstra que com o passar da idade as atitudes tendem a se tornarem mais negativas, o que demonstra a relevância da atuação educativa durante todo o processo educativo.

Outro questionamento que fica é sobre a participação da Educação Física na mudança ou manutenção da imagem do idoso frente as crianças. Seria a Educação Física, devido às suas especificidades, um componente curricular protagonista no trato das questões relacionadas à velhice por dentro da escola? Por a Educação Física trabalhar questões relacionadas ao corpo, pode se esperar que a mesma tenha uma maior “facilidade” para tratar temas ligados às mudanças causadas pelo processo de envelhecimento, bem como as atitudes e valores ligados a esse momento do desenvolvimento, sendo assim, esta é uma dúvida que surgiu após a realização dessa pesquisa.

Assim, a temática proposta nessa pesquisa não se encerra nos questionamentos que a guiaram, bem como também não se encerra nos questionamentos acima trazidos. Espera-se que com os resultados e análises aqui realizados seja possível contribuir para a ciência de modo geral, e, de modo específico, nas pesquisas ligadas ao público idoso, buscando sempre a construção de uma imagem positiva do idoso, bem como um ambiente de respeito e compreensão sobre essa fase do desenvolvimento pelo qual todos possivelmente passaremos.

## **REFERÊNCIAS**

ANDRADE, A. L. D. et al . Construção de escalas de diferencial semântico: medida de avaliação de sons no interior de aeronaves. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 8, n. 2, p. 197-208, ago. 2009 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712009000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712009000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 abril 2018..

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

BARRETO, V. **Paulo Freire para educadores**. São Paulo: Arte & Ciência, 1998.

BEAUVOIR, S. **A velhice: a realidade incômoda**. Tradução: Heloysa de Lima Dantas. São Paulo: Pensamento, 1970.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional da Educação. Câmara Nacional de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica** / Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso** / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

BRACHT, V. A constituição das teorias pedagógicas da educação física. **Caderno Cedes**. Campinas, ano XIX, Nº 48, p. 69-88. 1999.

CAVALCANTI, E. W. de O. **O lugar da velhice na escola: atitudes de crianças em relação à velhice**. 2018, 89 f. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.

DARIDO, S. C. **Temas transversais e a educação física escolar**. In: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Prograd. Caderno de formação: formação de professores didática geral. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. p. 76-89, v. 16. Disponível em: <<https://acervodigital.unesp.br/bitstream/123456789/41550/1/01d19t04.pdf>> Acesso em: 18 abr. 2018

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa**. 25ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. São Paulo: Editora UNESP, 2000.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LUCKESI, C. C. **Filosofia da Educação**. São Paulo: Cortez, 1994 - (Coleção magistério 2º grau. Série formação do professor)

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**. Rio Claro, v. 16, Nº 4, p. 1024-1032, 2010.

MANACORDA, M. A. **História da educação:** da antiguidade aos nossos dias. Tradução de Gaetano Lo Monaco; Revisão da tradução Rosa dos Anjos Oliveira e Paolo Nosella – 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 1997.

MEDINA, J. P. S. **A Educação Física cuida do corpo e... “mente”:** bases para a transformação e renovação da Educação Física. 23. ed. Campinas: Papirus, 2007.

MINAYO, M. C. S.; (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

NERI, A. L. **Idosos no Brasil:** vivências, desafios e expectativas na terceira idade. 1 ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

NEWMAN, S.; FAUX, R.; LARIMER, B. Children’s views on aging: their attitudes and values. **The Gerontologist.** Oxford, v. 37, N° 3, p. 412-417,1997.

OMS – Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Organização PanAmericana de Saúde, 2005.

PERNAMBUCO. **Secretaria de Educação. Parâmetros para a Educação Básica do Estado de Pernambuco:** Parâmetros Curriculares para a Educação Física – Ensino fundamental e médio. Recife: SE-PE, 2013.

SANTIAGO, E. Perfil do educador/educadora para a atualidade. IN: **Formação de professores e prática pedagógica.** José Batista Neto e Eliete Santiago (Orgs.). Recife: Massangana, 2006.

SAVIANI, D. **Escola e democracia:** teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação e política! 32. ed.- Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1999. - (Coleção polêmicas do nosso tempo; v. 5)

SOARES, C. L. **Educação física:** raízes européias e Brasil. Campinas: Autores Associados, 1994.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional.** Petrópolis: Vozes, 2002.

TODARO, M. de A. Construção da Escala Todaro: atitudes de crianças em relação a idosos. **Horizontes,** V. 35, N°. 1, p. 141-150, jan./abr. 2017.

TODARO, M. de A. **Desenvolvimento e avaliação de um programa de leitura visando à mudança de atitudes de crianças em relação a idosos.** 2008, 166 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

VIANNA, C. E. S. Evolução histórica do conceito de educação e os objetivos constitucionais da educação brasileira. **Janus**. Lorena, ano 3, Nº 4, p. 128-138, 2006.

ZABALA, A. **A prática educativa:** como ensinar. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

## Percepção da qualidade de vida de idosas participantes do projeto ginástica na terceira idade da universidade Maurício de Nassau-Campina Grande.

Tiago Silva Sousa<sup>1</sup>  
Anderson Gomes Porto<sup>2</sup>  
Joerika Batista Ciqueira<sup>3</sup>  
Kelly Cristina Alves de Araújo<sup>4</sup>

### RESUMO

Entende-se por qualidade de vida o conceito de um bem-estar físico, social e mental que também pode abranger em diversos outros fatores como, por exemplo, a autoestima, as relações sociais com a família ou pessoas que convivem no dia-a-dia de cada indivíduo, a satisfação com seu próprio eu, com seu trabalho etc. Teve como principal objetivo avaliar a percepção dos idosos participantes do projeto de ginástica na terceira idade sobre a qualidade de vida e a autonomia. A pesquisa caracterizada como um estudo de campo, utilizou como principal instrumento uma versão adaptada do questionário produzido pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-10000) em que versa sobre autonomia e qualidade de vida além de outros temas correlatos. A análise das referidas questões foi descritiva, em que demonstramos graficamente os resultados utilizando a ferramenta WorlExcelversão2017. as normalmente. Com isso, percebemos que o projeto de ginástica da terceira idade ofertado pelo Centro Universitário Maurício de Nassau consegue aprimorar a percepção das idosas em relação a uma qualidade de vida satisfatória e, conseqüentemente, proporciona as participantes autonomia para realizar tarefas diversas em seu cotidiano.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Idosas, Autonomia, Ginástica, Percepção.

### INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de qualidade de vida tem como ideia a percepção de um indivíduo sobre sua posição na vida, dentro do contexto de sistemas de cultura e valores relacionada aos seus objetivos, suas preocupações, sua relação com as pessoas, suas perspectivas e seus padrões. O conceito de qualidade de vida está relacionado diretamente à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, estilo de vida, a satisfação com o emprego

<sup>1</sup>Graduando do Curso de Educação Física do Centro Universitário Maurício de Nassau - PB, [tiagosousa279@hotmail.com](mailto:tiagosousa279@hotmail.com);

<sup>2</sup>Graduando do do Curso de Educação Física do Centro Universitário Maurício de Nassau - PB, [andersonmengao.ac@gmail.com](mailto:andersonmengao.ac@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Nutrição do Centro Universitário Maurício de Nassau - PB, [joerikabatista@hotmail.com](mailto:joerikabatista@hotmail.com);

<sup>4</sup> Mestra pelo Curso de Educação Física da Universidade Federal da Paraíba - PB, [profkellyalves@hotmail.com](mailto:profkellyalves@hotmail.com);

e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. Segundo Fleck et al. (1999a, p.20) a expressão “qualidade de vida” foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos; eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. A qualidade de vida decorre da relação entre vários fatores biológico, sociais e psicológicos e, também, de uma integração entre o indivíduo e a sociedade, sendo transformada de acordo com o período da vida e com meio sociocultural no qual o indivíduo está inserido (REIS JUNIOR, 2008). O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependendo do nível sociocultural, faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

Os estudos sobre o tema qualidade de vida no trabalho surgiram por volta da década de 50, em Londres em que foram realizadas pesquisas em relação às mudanças nos valores dos indivíduos, com o objetivo de compreender a organização do processo de trabalho e tornar a vida dos trabalhadores menos estressante (MACEDO; MATOS, 2007). Na década de 60, as preocupações com os efeitos do trabalho na saúde e no bem-estar geral dos trabalhadores e com as formas de se melhorar o desempenho das pessoas no trabalho ganham vigor, principalmente por meio de “iniciativas de cientistas sociais, líderes sindicais, empresários e governantes, na busca de melhores formas de organizar o trabalho a fim de minimizar os efeitos negativos do emprego na saúde e bem-estar geral dos trabalhadores” (VIEIRA, 1996, p.37 *apud* MACEDO; MATOS, 2007, p. 5). No final dos anos 70, houve uma interrupção no desenvolvimento da QVT, que reiniciou na década de 80, especialmente no Japão, quando houve o desenvolvimento dos ciclos de controle de qualidade, que se estenderam para o ocidente e cujo objetivo era alcançar a qualidade total (RODRIGUES, 2002 *apud* SCHIMIDT; DANTAS, 2006).

Diante disto, é relevante revisitar o conceito de autonomia que se apresenta como à habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais na vida cotidiana. Beauchamp e Childress (2002) empregam o conceito de autonomia para examinar a tomada de decisão no cuidado da saúde, definindo a escolha autônoma como o ato de governar efetivamente e não a simples capacidade de governar. A autonomia pessoal pode ser influenciada por fatores controladores, a exemplo do uso de medicamentos em excesso, emoções, alfabetização, institucionalização, limitações ao nível das funções sensoriais (auditivas e visuais), e, principalmente, pela capacidade mental, suficiente racionalidade e inteligência. Assim a autonomia, diz respeito à capacidade do idoso de tomar decisões. A independência, por sua vez, está mais relacionada a um efeito prático: significa dizer que seria a condição de

capacidade em realizar atividades do dia a dia sem o auxílio de terceiros ou com uma interferência mínima destes.

Enquanto a primeira concerne à aptidão mental, a segunda está associada às habilidades físicas. Sendo assim, é possível que um idoso tenha autonomia, mas uma independência limitada. Da mesma forma, ele pode ter ambos, ser apenas independente ou ser somente autônomo. E, apesar de o idoso geralmente não ter a mesma mobilidade da juventude e enfrentar certas dificuldades de deslocamento e na realização de afazeres de casa, isso não implica na redução da sua capacidade de decidir por si mesmo e de expressar suas vontades.

O processo de envelhecimento é uma fase de extrema importância, informações provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2 evidenciam o alargamento do topo da pirâmide etária, marcado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos e mais: 4,8% em 1991; 5,9% em 2000 e 7,4% em 2010. Adicionalmente, é possível visualizar maior ocorrência de doenças e déficits no campo físico, bem como no psíquico e social, de forma que mais anos vividos podem se traduzir em anos assinalados por doenças que levam a sequelas e sofrimento para os idosos, – além de, muitas vezes, sofrerem maus tratos, o que favorece ainda mais o declínio funcional –, à redução da independência e autonomia e, especialmente, ao afastamento social e tristeza profunda. A redução da capacidade funcional e da autonomia da pessoa idosa pode implicar em consequências negativas não apenas para si, mas em modificações no modo de vida e sobrecarga aos familiares. Em contrapartida, o envelhecimento conduz o indivíduo à aceitação da realidade, tolerância ao declínio fisiológico.

O envelhecimento caracteriza-se pela manifestação de eventos biopsicossociais que ocorrem ao longo do tempo e não com o tempo, como alguns autores postulam. Nesta ótica, fica estabelecido que a idade cronológica não está diretamente correlacionada com a idade biopsicossocial, corroborando com a premissa de que este processo apresenta caráter individual, no qual cada ser idoso é único e portador de várias particularidades. As diversas doenças crônicas que acompanham o processo de envelhecimento decorrem do aumento dos riscos de incidência destas, quer pelo próprio processo biológico, quer pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos. Neste contexto, torna-se relevante compreender que o termo envelhecimento pode assumir duas perspectivas diferenciadas: senescência ou senilidade. A senescência caracteriza-se pelo envelhecimento saudável, no qual as alterações nos órgãos e tecidos ocorrem de forma sincronizada. A senilidade caracteriza-se pelo

envelhecimento não saudável, em que se observam processos patológicos associados. O desenvolvimento de doenças crônicas e enfermidades próprias desta faixa etária acarretam modificações no estilo de vida e no contexto familiar, que conseqüentemente levam ao surgimento de situações incomuns vivenciadas até então, no que abrange questões éticas. Ao se ter a consciência de que o envelhecimento saudável se consubstancia a partir das atividades de promoção da saúde, do acesso universal dos idosos aos serviços de saúde e do bem-estar social durante toda a vida, o envelhecimento caracteriza-se como tema emergente no campo da bioética, clamando por reflexão sobre os idosos, seu convívio com as demais gerações e o processo de inserção e participação na sociedade. Para Fonseca (2015), a capacidade funcional é uma unidade bastante expressiva para a abrangência da saúde. No Brasil, o envelhecimento vem ocorrendo de forma bastante acelerada e diferenciada em comparação com outros países mais desenvolvidos. Diminuir a carga de incapacidade funcional dos idosos, beneficiando amplos segmentos desta população, requer, além de ações preventivas e individuais, diminuição nas desigualdades sociais, educacionais e melhor suporte institucional. Essas medidas devem se tornar prioridade da política pública no país, de forma a melhor favorecer este grupo etário.

Retardar o processo de sarcopenia que significa o processo de perda de massa e de força na musculatura, poderá adiar a redução de mobilidade, um encurtamento no tecido muscular causando a redução da flexibilidade. Este processo é combatido através da atividade física, pelo fato da atividade física oferecer um estímulo no ganho de massa muscular, além de influir no equilíbrio e coordenação motora e assim interferir diretamente na qualidade de vida de um indivíduo no processo de envelhecimento humano.

Com isto, esta pesquisa justifica-se pelo fato de percebermos que para o idoso a relevância da percepção de uma vida com autonomia representa um fator de extrema importância para ele considerar ter uma qualidade de vida ou não. Diante desta constatação, foi elaborado o objetivo principal deste estudo que foi de avaliar a percepção dos idosos participantes do projeto de ginástica na terceira idade sobre a qualidade de vida e a autonomia, utilizando para isto instrumentos capazes de mensurar a qualidade de vida propriamente dita e a sua autonomia.

Nos últimos anos, tem-se observado um crescente interesse no desenvolvimento de instrumentos capazes de avaliar a qualidade de vida do indivíduo, tanto relacionada à saúde quanto ao trabalho. Em virtude disto e da experiência vivenciada no projeto de ginástica na

terceira idade, pensamos em avaliar a qualidade de vida das idosas participantes. O projeto Ginástica na Terceira Idade é oferecido em caráter de extensão pelo centro universitário Maurício de Nassau desde 2016, e conta com professores e estagiários do curso de Educação Física que oferecem aulas de Ginástica geral a idosas da comunidade de segunda a sexta feira pela manhã das 7:50 as 8:30. O estudo de campo foi feito com um grupo de idosas que participam do projeto desde o início, onde elas responderam o questionário produzido pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-10000) em que versa sobre autonomia e qualidade de vida além de outros temas relacionado a qualidade de vida do idoso. Teve como eixo norteador levantar informações sobre que tipo de percepção de qualidade de vida as participantes possuíam, para assim avaliar como elas se percebem nesse contexto de qualidade de vida e conseqüentemente se isso interfere em sua autonomia no cotidiano.

## **METODOLOGIA**

A pesquisa caracterizada como um estudo de campo de caráter descritivo que segundo Gil (2008) procura o aprofundamento de uma realidade específica, é basicamente realizada por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações do ocorrem naquela realidade. Foi utilizado como principal instrumento uma versão adaptada do questionário produzido pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-10000) em que versa sobre autonomia e qualidade de vida além de outros temas correlatos. As questões do WHOQOL foram formuladas para uma escala de respostas do tipo Likert, com uma escala de intensidade (nada - extremamente), capacidade (nada - completamente), frequência (nunca - sempre) e avaliação (muito insatisfeito – muito satisfeito; muito ruim – muito bom), conforme mostra a tabela 2. “Embora, estes pontos âncoras sejam de fácil tradução nos diferentes idiomas, a escolha dos termos intermediários apresenta dificuldades de equivalência semântica (por exemplo, entre as âncoras “nunca” e “sempre” existem “às vezes”, “frequentemente”, “muito frequentemente”, “muitas vezes” (FLECK *et al.*, 1999a, p. 21). A versão em português do WHOQOL-100 (anexo 1) foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. A tradução para o português foi realizada seguindo a metodologia da OMS. A análise e discussão dos resultados foi descritiva, em que demonstramos graficamente os resultados utilizando a ferramenta WorlExcelversão2017.

Foram apresentados aspectos que colocaram em questão os principais fatores contribuintes para um envelhecimento saudável tendo a qualidade de vida fator preponderante para uma vida ativa. A partir das respostas coletadas no questionário utilizado, organizamos os gráficos com as perguntas mais relevantes e analisamos os resultados expostos descritivamente. Uma avaliação ideal da saúde pode incluir conseqüentemente, uma avaliação da saúde física, do funcionamento social e psicológico e uma mensuração da qualidade de vida do indivíduo. Tal avaliação poderia envolver aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

Para conceber uma mensuração válida e confiável da qualidade de vida, vários domínios potencialmente independentes seriam necessários para abranger todos os aspectos importantes da qualidade de vida (THE WHOQOL GROUP, 1998). De acordo com Fleck *et al.* (1999a, p. 20), “houve, na última década, uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvidos nos Estados Unidos, com um crescente interesse em traduzi-los para aplicação em outras culturas.”

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No processo de envelhecimento dos seres humanos algumas informações são de extrema importância para o envelhecimento de forma saudável. Fatores relacionados à família é de extrema importância para o processo de um envelhecimento saudável, como também a questão de dependência, pois muitas pessoas que chegam nesse processo de envelhecimento passam a depender de outras pessoas, e na maioria das vezes, esse sentimento de dependência gera um desconforto que acaba resultando em um processo de envelhecimento não saudável, e dessa forma, passa a interferir na ideia de qualidade de vida e de bem-estar das pessoas.

Partindo desse pressuposto, realizamos o questionário WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life – Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde durante duas semanas no projeto Ginástica para a terceira idade com 18 idosas, separamos os dados mais relevantes e apresentamos em gráficos expostos abaixo:

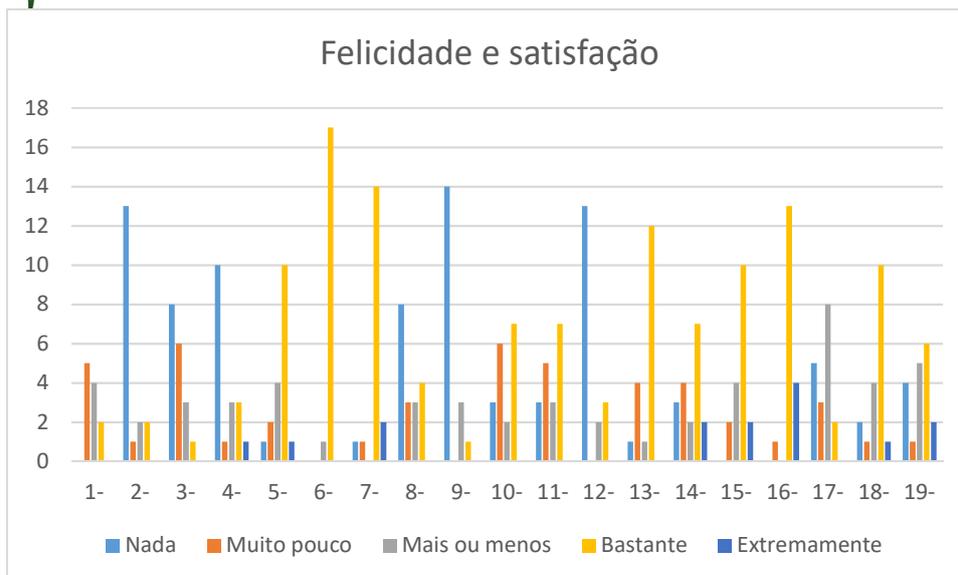


Gráfico 1-resultados  
Fonte: Os autores

Neste gráfico estão expostas as perguntas do questionário referentes à preocupação com a dor ou desconforto físico, o quanto essa dor física atrapalha no dia a dia, se sente ficar cansado com facilidade, se tem alguma dificuldade com o sono, o quanto aproveita a vida, o quanto experimenta sentimentos positivos, confiança em você mesmo, se sente preocupado, em que medida tem dificuldade em exercer as atividades do dia a dia, o quanto precisa de medicação para levar a vida, se sente sozinho na sua vida, quanto gosta de onde mora se é seguro e confortável e o quanto aproveita a vida.

Foi constatado que 50% das idosas se preocupa muito pouco com a dor ou desconforto físico, 38,5% delas responderam que se preocupar mais ou menos com a dor e apenas 21,5% responderam que se preocupar bastante. Em que medida você acha que a sua dor física impede você de fazer o que precisa, 72,5% disseram que não impede em nada, 5,5% muito pouco, 11% mais ou menos e 11% bastante. Em relação a sentir-se facilmente ficar cansada, 44,5% disseram que não ficar facilmente cansada, 33,4% fica muito pouco cansada, 16,6% fica mais ou menos, 5,5% fica cansada com bastante facilidade. Em 55,8% delas relataram não ter nenhum problema com o sono, 5,5% disseram ter um pouco de problema com o sono, 16,6% disseram ter mais ou menos, 16,6% disseram ter bastante problemas com o sono e 5,5% disseram ter problemas extremos com o sono.

Em relação a quanto você experimenta sentimentos positivos na sua vida, 94,5% das idosas relataram que experimentam bastante sentimentos positivos, apenas 5,5% relataram ter mais ou menos em suas vidas. No quesito confiança em si mesmo, 78% delas são bastantes

confiantes em si mesmo, 11% delas são extremamente confiantes, 5,5% delas são muito pouco confiantes e 5,5% delas não tem confiança.

Quando a preocupação que elas sentem, 44,5% delas não se sente preocupada, 22,3% se sentem bastantes preocupadas, 16,6% delas são muito pouco e 16,6% são mais ou menos preocupadas. Em aproveitar a vida, apenas 5,5% delas relataram não aproveitar a vida, 11% disseram aproveitam muito pouco, 22,5% aproveitam a vida mais ou menos, 55,5% aproveitam a vida bastante e 5,5% aproveitam extremamente.

Sobre a dificuldade em realizar as atividades do dia a dia, 77,9% delas disseram não ter nenhuma dificuldade em exercer suas tarefas diárias, 16,6% disseram ter mais ou menos e 5,5% tem extrema dificuldade ao exercer as tarefas. Quando comenta precisar de medicação para levar a vida no dia a dia, 16,6% disseram não precisar de medicação, 33,4% disseram que necessita de muito pouco, 11% necessita de mais ou menos e 39% delas necessitam bastante de medicação. Em que medida sua vida depende de medicação ou de ajuda médica, 38,8% delas relataram que depende de um auxílio de medicação ou de médico, 16,6% delas depende mais ou menos, 28% depende muito pouco e 16,6% delas não são dependentes.

Em relação a quanto você se sente sozinho na sua vida, de acordo com as respostas obtidas 72,4% das respostas as idosas relataram não se sentirem só, 16,6% delas disseram se sentirem bastante só e 11% delas se sente mais ou menos só. O quanto é confortável o lugar que elas moram, 55,8% delas consideram o que mora como bastante confortável, 22,2% disseram ser mais ou menos, 11% falaram ser muito pouco confortável e 5,5% gostam muito pouco do lugar. Quanto ao ambiente em que elas vivem se sentem seguras, 67% delas se sentem bastante seguras no ambiente em que vivem, 22% se sente muito pouco, 5,5% não se sente nada segura e 5,5% se sentem mais ou menos segura.

Em relação a dificuldades financeiras, 44,7% delas relataram ter mais ou menos com problemas financeiros, 27,7% não tem problema, 16,6% muito pouco, 11% tem bastante problema financeiro. Quanto aproveitar o tempo livre, 55,5% aproveita bastante o tempo livre, 22,5% aproveita mais ou menos, 11% aproveita nada e 5,5% muito pouco, 5,5% responderam extremamente. Em relação a quanto saudável é o ambiente físico que elas vivem, 33,3% delas disseram ser bastante bom o ambiente, 27,7% responderam mais ou menos, 22,2% disseram nada considerando um ambiente ruim, 11,3% responderam extremamente saudável, 5,5% disseram ser muito pouco saudável.

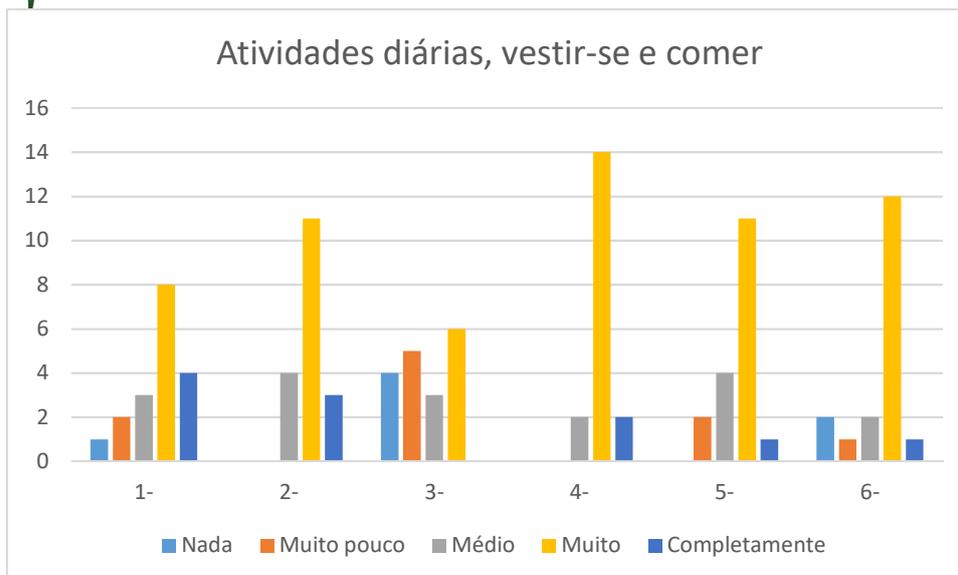


Grafico 2  
Fonte: os autores

Neste segundo gráfico percebemos as respostas das perguntas relacionadas a quantidade de energia é suficiente para o dia a dia, se é capaz de desempenhar suas atividades diárias, se depende muito de medicação, se o lar correspondem às suas necessidades, se tem oportunidades de lazer, e o quanto é capaz de relaxar e curtir você mesmo. Em relação a energia suficiente para o seu dia a dia, 5,5% delas disseram que não tem, 11,2% disseram ter muito pouco, 16,6% disseram ter uma energia mediana, 44,4% disseram ter muita energia e 22,2% delas disseram ter uma muita energia (completamente).

Já comentando em que medida elas são capazes de desempenhar suas atividades diárias, 61,2% delas disseram ter muita capacidade de realizar suas atividades, 22,2% delas relataram ser mais ou menos capazes, 16,6% delas disseram ser completamente capazes de realizar suas atividades diárias. Comentando a dependência que são a alguma medicação, 22,2% delas disseram não ser dependente, 27,8% delas muito pouco, 16,6% depende mais ou menos, 33,4% depende muito de medicação. Sobre as características do seu lar correspondem às suas necessidades, 78% delas disseram que o seu lar atende e muito as suas necessidades, 11% disseram bastante e 11% responderam médio. Quanto a oportunidades de lazer com frequência, 61,3% disseram ter muitas oportunidades de lazer, 22,2% disseram ter mais ou menos, 11% muito pouco e 5,5% tem bastante oportunidade. Em relação a quanto é capaz de relaxar e curtir você mesmo, 50% disseram que relaxam e curti, 16,6% responderam mais ou menos, 5,5% muito pouco e 27,9% são capazes completamente.

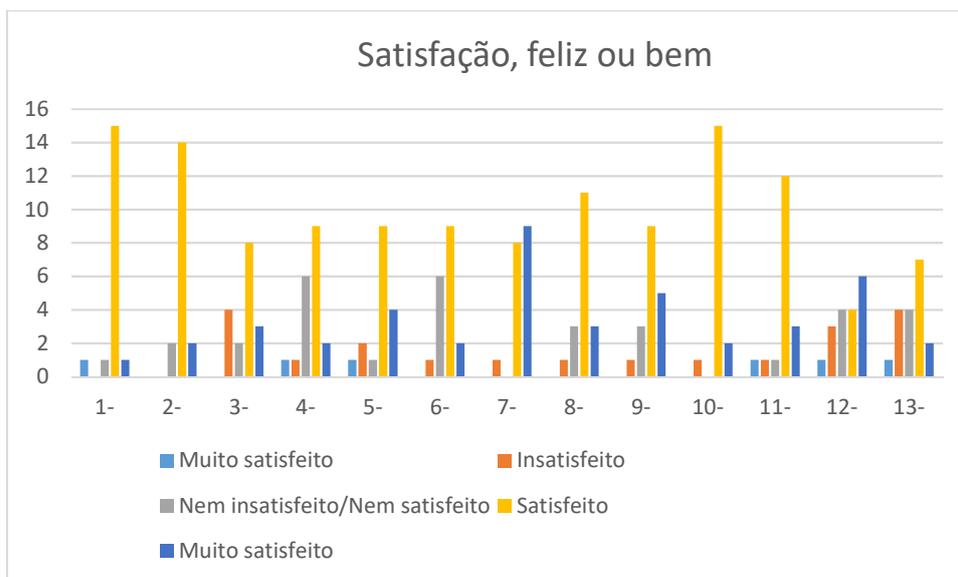


Gráfico 3  
Fonte : os autores

Este terceiro gráfico refere-se à satisfação com a qualidade de vida, satisfeito com a saúde, com o sono, satisfeito consigo mesmo, satisfeito com suas capacidades, como utiliza do tempo livre, como avaliaria o seu sono, sua qualidade de vida e memória. Em relação à satisfação com a qualidade de vida, 83,5% das idosas estão satisfeitas com a sua qualidade de vida, 5,5% são muito satisfeitas, 5,5% responderam nem insatisfeita/nem satisfeita, 5,5% se sentem muito insatisfeita com a própria qualidade de vida. Quanto à satisfação com a vida, 78% responderam estar satisfeita com a vida, 11% responderam estar muito satisfeita e 11% nem insatisfeita/ nem satisfeita. O quanto satisfeitas está com a saúde, 50% estão satisfeitas com a saúde, 22,4% responderam estar insatisfeitas, 16,6% estão muito satisfeitas, 11% nem insatisfeitas/nem satisfeitas.

Comentando sobre a satisfação com o sono, 55,8% estão satisfeitas com o sono, 22,2% responderam que estão muito satisfeitas, 11% estão insatisfeitas, 5,5% nem insatisfeitas/nem satisfeitas, 5,5% muito insatisfeitas com o sono. Quanto à satisfação com a capacidade de tomar decisões, 50% estão satisfeitas com a capacidade, 33,5% nem insatisfeitas/nem satisfeitas, 11% estão muito satisfeitas, 5,5% estão insatisfeitas. Em relação à satisfação consigo mesma, 50% estão muito satisfeitas consigo mesmas, 44,5% estão satisfeitas, 5,5% insatisfeitas. Quanto as suas capacidades, 61,3% estão satisfeitas, 16,6% responderam estar muito satisfeitas, 16,6% nem insatisfeitas/nem satisfeitas, 5,5% estão insatisfeitas.

Quanto à satisfação em desempenhar suas atividades diárias, 50% estão satisfeitas, 27,9% estão muito satisfeitas, 16,6% nem insatisfeitas/nem satisfeitas, 5,5% estão insatisfeitas. Em relação à satisfação com a maneira que usar o tempo livre, 83,5% responderam estar satisfeitas, 11% estão muito satisfeitas, 5,5% estão insatisfeitas. Perguntamos como você avaliaria a sua qualidade de vida, 66,8% avaliaram como boa, 16,6% avaliaram como muito boa, 5,5% muito ruim, 5,5% ruim, 5,5% nem ruim/nem boa. Questionamos como você avaliaria o seu sono e foram obtidos os resultados seguintes: 33,5% avaliaram como muito bom, 22,2% como bom, 22,2% como nem ruim/nem bom, 16,6% como ruim e 5,5% como muito ruim. Indagamos sobre como você avaliaria a sua memória, obtemos as seguintes respostas: 39% avaliaram com boa, 22,2% como nem ruim/nem boa, 22,2% como ruim, 11,6% foram muito boas, 5,5% avaliaram como muito ruim.

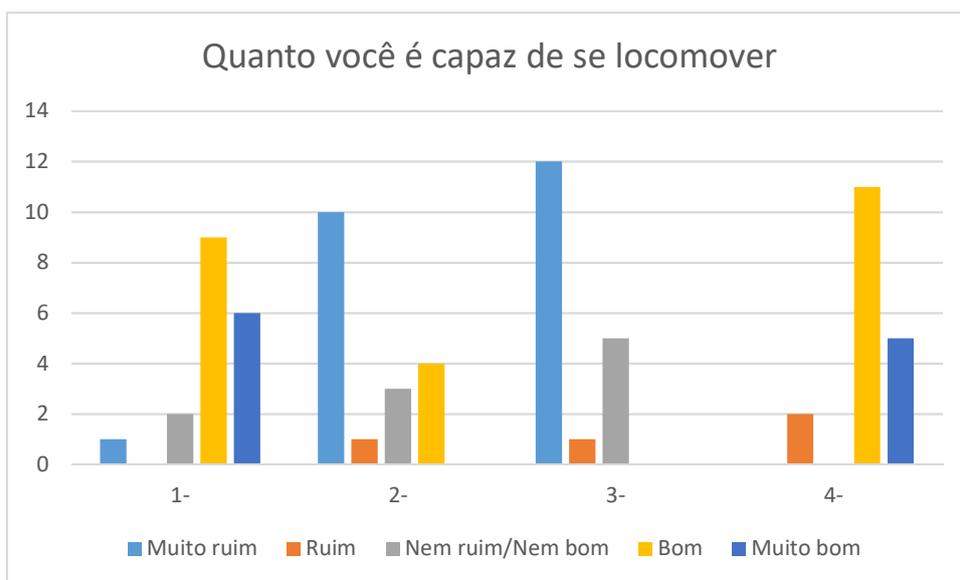


Gráfico 4  
Fonte: os autores.

No gráfico quatro dialogamos sobre a capacidade de locomoção, o quanto alguma dificuldade de locomoção incomoda, como seria essa dificuldade de locomoção e em que medida afeta o seu dia a dia, se está satisfeita com a sua capacidade de se locomover. Quanto é capaz de se locomover, 50% responderam bom, 33,3% como muito bom, 11,2% como nem ruim/nem bom, 5,5% como muito ruim. Em relação a dificuldade de locomoção que possa incomodar, 55,7% responderam não ter nenhum incômodo, 22,2% responderam ter bastante incômodo, 16,6% responderam mais ou menos, 5,5% muito pouco. Em que medida alguma dificuldade em mover afeta a sua vida, 66,8% delas responderam não ter nada que dificulte, 27,7% responderam mais ou menos, 5,5% muito pouco.

Assim percebe-se que esse processo de envelhecimento depende de muitos fatores não só físicos mas também psicológicos são de extrema importância e desempenham um grande papel no conceito de qualidade de vida, e na questão do envelhecimento oferece uma estimativa de qualidade de vida sem ocorrer a perda dessa qualidade devido ao processo de envelhecimento. Contudo, os dados mostraram que aproximadamente 81% mostraram uma satisfação e um nível de qualidade de vida bastante elevado, assim conseguimos prestar atenção que as idosas do projeto de ginástica da terceira idade demonstram uma vida de exercícios físicos mais ativos, apresentaram uma qualidade de vida com nível mais elevado.

Uma questão que chamou a atenção dos pesquisadores foi o número de idosas que conseguiram uma autonomia e uma melhoria no seu bem-estar e na qualidade de vida depois de sua participação no projeto. Os resultados apresentados foram bastante produtivos, pois foi apresentado um número de idosas que possuem uma qualidade de vida de nível intermediário-alto muito alto, confirmando as principais pesquisas sobre qualidade de vida em idosos que constatam um aumento muito produtivo da expectativa de vida e da quantidade de pessoas maiores que 60 anos com qualidade de vida nos tempos atuais altamente ativos. Com a realização dessa pesquisa foi possível perceber que esses resultados apresentados foram eficientes para expandir a ideia de qualidade de vida oferecida aos idosos que tem uma vida de atividades físicas ativa é capaz de apresentar índices elevados de qualidade de vida, além de promover uma melhoria para aqueles idosos que ainda não apresentam um nível de qualidade de vida excelente mas que pode ser considerada uma qualidade de vida de classe intermediário-alta.

De acordo como os resultados obtidos, muitas idosas conseguiram sair de um padrão menos abrangente de satisfação na qualidade de vida para um conceito mais complexo e amplo de qualidade de vida, com isso, torna-se extremamente visível a importância da atividade física e projetos voltados à ao público idoso, pois trazem benefícios extremos para os idosos participantes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Assim conclui-se que, o conceito de qualidade de vida destacado ao longo da pesquisa é bem trabalhado no projeto Ginástica na terceira idade, além da autoestima, a maneira de se relacionar com as pessoas e o fato de estar bem consigo mesmo. Assim, torna-se nítido que para compreender o ser idoso sob um prisma amplo é necessário considerar sua

multidimensionalidade, entendendo aspectos de natureza social, política, cultural e econômica que permitirão a análise profunda das transformações nas relações com pessoas desta faixa etária. Os modernos preceitos morais sobre o envelhecimento mostram-se paradoxais: por um lado, declaram-se por diplomas legais o respeito aos idosos; por outro, fica claro o descaso para com esses idosos, considerados pesos para a sociedade. Neste contexto, entende-se que assegurar autonomia sobre as tomadas de decisões por parte dos idosos, bem como garantir o domínio de suas habilidades físicas, é ser ético com o indivíduo que está inserido em sociedade e possui vitalidade. Para isso, é indispensável sensibilizar os cuidadores e a sociedade em geral, cujos membros, eventualmente, serão familiares de pessoas idosas, para que desenvolvam maior consciência sobre os limites fisiológicos decorrentes do processo natural de envelhecimento, evitando retirar do indivíduo o direito de direcionar sua própria vida, mas instrumentalizando-o para um novo modo de vida autônomo e seguro. O contexto analisado, referente aos aspectos diversos da autonomia da pessoa idosa, permite identificar que o idoso se apresenta como personagem principal. Torna-se então relevante que as ações em saúde sejam discutidas não apenas para eles, mas principalmente com eles, para que se preserve e incremente a autonomia do idoso. A busca pelo direito de agir de maneira independente possibilitará a longevidade saudável e agradável para a população, que segue envelhecendo, e também para aqueles que profissionalmente se responsabilizam pela proteção à saúde dos idosos.

## REFERÊNCIAS

Beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

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

FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100). **Rev Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 198-205, 1999. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v33n2/0061.pdf>. Acesso em: 20 abril. 2019.

FONSECA, MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchoa E. **Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso.** Rev. Saúde Pública. 2015.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MACEDO, J.; MATOS, R. D. Qualidade de vida no trabalho: um estudo realizado com os funcionários da Unicentro, do Campus de Irati. **Revista Eletrônica Latu Sensu**, ano 3, n. 1, 2007.

MOREIRA, JO. **Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento**: reflexões preliminares. *Psicol. teor. pesqui.* 2012

THE WHOQOL GROUP. Development of the world Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment, *Psychol Med*, 1998 *apud* FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *In* FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102000000200012&script=sci_abstract). Acesso em: 20 maio. 2019.

REIS JUNIOR, D. R. **Qualidade de vida no trabalho**: construção e validação do questionário QWLQ-78. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2008. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp080680.pdf>. Acesso em: 26 abril. 2019.

SIQUEIRA, JE. Reflexões éticas sobre o cuidar na terminalidade da vida. In: Bertachini L, Pessini L. Encanto e responsabilidade no cuidado da vida: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas; 2011.

RODRIGUES, M. V. C. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. 9 ed, Rio de Janeiro, 2002 *apud* SCHIMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidade de bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 1, jan./fev. 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000100008&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692006000100008&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 20 maio. 2019.

PEREZ, AJ. TAVARES O. FUSI, FB. DALTIO, GL. FARINATTI, PTV. Estudo comparativo da autonomia de ação de idosas praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares. Rev. bras med esporte. 2010.

## PERCEPÇÃO DO RELACIONAMENTO ENTRE IDOSOS E ADULTOS JOVENS DA MESMA FAMÍLIA: DISTANCIAMENTO OU APROXIMAÇÃO?

Cirlene Francisca Sales da Silva <sup>1</sup>  
Cristina Maria de Souza Brito Dias<sup>2</sup>  
Erideise Gurgel da Costa<sup>3</sup>  
Daniely da Silva Dias Vilela<sup>4</sup>

### RESUMO

Com o maior alcance da longevidade torna-se essencial o estudo do relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens. O presente trabalho teve como objetivo geral compreender os modos como acontecem as relações entre idosos e adultos jovens da mesma família, a partir de suas próprias perspectivas, utilizando-se o grupo focal como instrumento de expressão. Especificamente, pretendeu-se avaliar os sentimentos experimentados por eles na participação em um grupo focal e descrever as características do relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens. Participaram sete idosos(as) com idades entre 62 e 69 anos, e cinco adultos jovens com idades entre 22 e 28 anos, sendo eles três netos (as), dois sobrinhos(as), três avós, três tios(as) e uma mãe. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: questionário sociodemográfico e o grupo focal. Os resultados foram avaliados por meio da Técnica de Análise de Conteúdo Temática e demonstraram que: a) quanto aos sentimentos experimentados por estarem juntos no grupo, predominaram felicidade, prazer, satisfação, gratidão, aprendizagem e experiência; b) acerca da percepção do relacionamento intergeracional entre as duas gerações, prevaleceu a visão de distanciamento.

**Palavras-chave:** Relação entre gerações, Família; Idoso, Adulto jovem, Grupo focal.

### INTRODUÇÃO

O relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens é um campo fértil de estudos, sobretudo em um momento que a população idosa tem alcançado índices nunca antes vistos na história da humanidade, principalmente nos países emergentes, entre eles o Brasil, que, em 2025, será o sexto país no mundo em número de idosos (CAMARANO, 2004; OMS, 2015; ONU, 2017). O envelhecimento da população brasileira tem resultado em famílias com até quatro ou mais gerações (VICENTE; SOUZA, 2012). Por sua vez, a longevidade vem

<sup>1</sup>Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> em Psicologia Clínica - Universidade Católica de Pernambuco, [cirlene.silva@unicap.br](mailto:cirlene.silva@unicap.br);

<sup>2</sup>Orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> em Psicologia Clínica - Universidade Católica de Pernambuco, [cristina.msbd@gmail.com](mailto:cristina.msbd@gmail.com);

<sup>3</sup>Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> em Otorrinolaringologia - Universidade Católica de Pernambuco, [erideise.costa@unicap.br](mailto:erideise.costa@unicap.br);

<sup>4</sup>Mestranda em Psicologia Clínica - Universidade Católica de Pernambuco, [danielydiasvilela@gmail.com](mailto:danielydiasvilela@gmail.com).

Este estudo faz parte da tese de doutorado da primeira autora. A pesquisa foi financiada pela CAPES.

promovendo alterações substanciais em múltiplas dimensões da vida e, particularmente, nas relações familiares e extrafamiliares (D’ALENCAR, 2012).

Por conseguinte, decorrentes desse crescimento populacional, e do modo contemporâneo de viver, têm surgido muitas demandas, dentre elas a solidão, o isolamento e a depressão que tem acometido muitos idosos e jovens, e que os leva a se sentirem indefesos e vulneráveis, podendo ser fonte para o número significativo de suicídios nessas duas faixas etárias (HAN, 2017; ZAPATA LÓPES, 2015). De outro modo, aponta-se que também, o distanciamento entre as gerações, fruto desse modo de viver, pode originar o isolamento social e possível depressão nas pessoas idosas e também nos jovens. O que provoca grande preocupação, diante de dados epidemiológicos que mostram que a depressão será a primeira causa de incapacitação nos idosos, nos países emergentes, e a segunda, nos países desenvolvidos, no ano de 2020 (FRANK; RODRIGUES, 2016; MINAYO, 2018; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Além disso, estudos internacionais e nacionais pontuam que os idosos que vivem sozinhos podem apresentar mais depressão (MCKINNON; HARPER; MOORE, 2013). Por outro lado, a proximidade de familiares e amigos protege os idosos e os jovens contra esse mal-estar subjetivo (TIEDT; SAITO; CRIMMINS, 2016).

Face ao exposto, esta pesquisa teve como objetivo geral compreender os modos como acontecem as relações entre idosos e adultos jovens da mesma família, a partir de suas próprias perspectivas. Especificamente, pretendeu-se: 1) Avaliar os sentimentos experimentados por eles na participação em um grupo focal; 2) Descrever as características do relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens.

## **METODOLOGIA**

O método qualitativo foi o selecionado para realizar a pesquisa. Ele responde a questões muito particulares uma vez que trabalha com “o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (DESLANDES; GOMES; MINAYO, 2008, p. 21).

### **Participantes**

Foram convidados 12 idosos e 12 adultos jovens, que tinham relação de parentesco, considerando-se a família nuclear, a extensa e a abrangente (que inclui pessoas que não são parentes, mas que mantêm vínculos afetivos) (OSÓRIO, 2013). Não foram controladas as

(83) 3322.3222

contato@cieh.com.br

www.cieh.com.br

variáveis: sexo, camada social, religião, estado civil, profissão e escolaridade. No entanto, no que se refere aos idosos, foram observadas suas condições cognitivas para participarem do grupo. Devido a situações adversas (tempo, trabalho, enfermidade, surgimento de outro compromisso, entre outras) somente 12 fizeram parte da pesquisa, sendo eles três netos (as), dois sobrinhos (as), três avós, três tios (as) e uma mãe. Foram utilizados nomes fictícios para preservação de suas identidades. No caso das duplas participantes, elas foram identificadas pela mesma letra do alfabeto. O perfil sociodemográfico dos participantes está apresentado no quadro abaixo:

**Quadro 1: Dados sociodemográficos dos participantes**

DÍADE	NOME	SEXO	IDADE	GRAU DE PARENTESCO	PADRÃO SOCIAL**	GRAU ESCOLAR	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL
A	ANA	F	67	Avó por afinidade	B1	4º ano do ensino fundamental	Empresária	Viúva
A	*ADALF	M	25	Neto por afinidade	B2	3º grau completo e mestrando - Engenheiro	Empresário e estudante	Casado
C	*CAUAN	M	22	Neto paterno	B1	3º grau incompleto	Estudante	Solteiro
D	DARA	F	62	Avó materna	C1	Ensino médio completo	Do lar – Pensionista	Viúva
E	*ELLEN	F	28	Neta paterna	B2	3º grau completo – Psicóloga	Analista de Recursos Humanos	Solteira
F	*FLORA	F	68	Avó paterna	C1	4º ano do Ensino Fundamental	Do lar - Pensionista	Solteira
G	GILCA	F	69	Tia paterna	B2	3º grau completo Licenciatura em matemática	Aposentada	Solteira
G	*GABY	F	24	Sobrinha paterna	B2	3º grau incompleto	Estudante	Solteira
H	*HERON	M	67	Tio paterno	B2	5º ano do Ensino Fundamental	Motorista – Aposentado	Casado
H	HIAN	M	23	Sobrinho paterno	B1	3º grau incompleto	Estudante	Solteiro
I	*IRIS	F	67	Tia materna	B2	Ensino médio completo	Do lar - Pensionista	Casada
J	*JANE	F	66	Mãe	B2	Ensino médio completo	Do lar – Aposentada	Casada

\*O sinal asterisco identifica o participante que indicou o outro componente da díade.

Fonte: Elaboração própria

\*\*Classificação Socioeconômica / Estrato Socioeconômico / Padrão Social: Renda média domiciliar A R\$ 23.345,11 - B1 R\$ 10.386,52 - B2 R\$ 5.363,19 - C1 R\$ 2.965,69 - C2 R\$ 1.691,44 - D-E R\$ 708,19, segundo dados do Critério de Classificação Econômica Brasil (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2018).

## Instrumentos

*Questionário sociodemográfico:* para o idoso e o adulto jovem, composto de informações sobre os participantes tais como idade, sexo, escolaridade, classe social, estado civil, religião, profissão e grau de parentesco.

*Grupo Focal:* Segundo Minayo (2014), o Grupo Focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. “Visa a obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicar divergências” (p. 269). O valor principal dessa técnica fundamenta-se na capacidade humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos (KRUEGER, 1988).

### **Procedimento de coleta dos dados**

Inicialmente, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética sob o número de parecer 1.947.588, em 02 de março de 2017, e então a pesquisadora iniciou a pesquisa de campo, que se estendeu de 03 de março de 2017 a 30 de julho do mesmo ano. Por ser uma amostra por conveniência, os adultos jovens e idosos foram indicados por pessoas do conhecimento da pesquisadora. O convite foi feito aos participantes individualmente. Ao aceitar participar, foi agendado com cada um individualmente o encontro. No dia, hora e local marcado, o participante foi convidado a ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, estando de acordo, assinou-o. Em seguida, responderam, individualmente, ao Questionário sociodemográfico, de forma oral.

Posteriormente, foram convidados a participar também do Grupo Focal, que aconteceu em outro momento, num único encontro. O tempo de duração da sessão foi de uma hora e vinte minutos. Na ocasião, responderam a três perguntas disparadoras que foram elaboradas a partir dos objetivos da pesquisa, elencadas a seguir: 1) Como é para vocês estarem juntos no grupo?; 2) Como vocês percebem a relação entre idosos e adultos jovens?.

A realização do grupo aconteceu em um local adequado para a pesquisa, que era de melhor acesso para todos os participantes, localizado na cidade do Recife/PE. Foi enfatizada a garantia do sigilo das informações. Todos os participantes foram informados da filmagem, gravação de suas falas e da anotação e transcrição dos conteúdos.

### **Procedimento de análise dos dados**

O procedimento de análise adotado na pesquisa foi a *Análise de conteúdo Temática*. Ela nos remete à noção de *tema*, que está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de

uma palavra, de uma frase, de um resumo. Consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três fases, ou seja, a 1ª etapa: *pré-análise* (composta de leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação de hipóteses); 2ª etapa: *exploração do material* (consiste em encontrar as categorias de análise) e 3ª etapa: *análise e interpretação do material* (MINAYO, 2014, p. 315-318).

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Por meio do grupo focal foi possível elencar dois eixos temáticos, em acordo com os objetivos específicos: 1) Os sentimentos experimentados pela participação no grupo; 2) A percepção sobre as características do relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens:

### **1. Sentimentos experimentados pelos idosos e adultos jovens na participação do grupo**

A maioria dos participantes relatou sentimentos de felicidade, alegria, prazer, satisfação, amor e gratidão por estar no grupo, como também por conhecer novas pessoas.

Observa-se um sentimento de bem-estar proporcionado pelo encontro no grupo focal, tendo sido mobilizado pelos afetos de alegria, prazer, satisfação, amor e gratidão por estar com o parente que nomeou como o de maior proximidade e por conhecer novas pessoas. Essas pontuações estão de acordo com o que Kind (2004) afirma de que o grupo focal é um instrumento facilitador do estreitamento das relações, apesar de ter acontecido um único encontro. Dessa forma, acredita-se que ele reforça ainda mais os laços existentes, uma vez que o critério de escolha por parte dos participantes recaiu sobre o familiar com quem tinham mais proximidade.

Mendizábel e Carbonero (2004) ressaltam que dentre os benefícios proporcionados por esse instrumento de coleta de dados, está o favorecimento de sentimentos positivos, como os que foram elencados nas falas dos participantes. Por sua vez, Silva e Junqueira (2013) destacam que as relações entre as gerações podem ser otimizadas através dessa intervenção, pois são cenários de reconhecimento do outro como singular. A esse respeito, Rizzolli e Surdi

(2010) afirmam que encontros em grupo focal contribuem para melhorias e mudanças na vida dos idosos, tais como na saúde, autoestima e valorização. Os autores mencionados pontuam ainda que a participação nos grupos é de suma importância na busca de se obter melhor qualidade de vida.

Encontros intergeracionais beneficiam ambas as gerações, pois proporcionam aos participantes efeitos muito positivos, tais como o bem-estar psicológico, físico e social do idoso, como também do adulto jovem (FRANÇA; SILVA; BARRETO, 2010; SÁNCHEZ; TORRANO, 2013). Vale destacar o relacionamento intergeracional entre Adalf (neto) e Ana (avó), como sendo um parentesco construído por afinidade, que se traduz em afeto, amor e acolhimento. Essa situação corrobora com o que propõe Osório (2013), configurando-se como a família *abrangente*, que inclui os não parentes, que são unidos por afinidade.

A esse respeito, D’Alencar (2012) afirma que o envelhecimento da população vem promovendo alterações substanciais nas relações familiares e extrafamiliares, por vezes, fazendo com que os idosos reelaborem essas relações sob novas bases e avancem na construção e diversificação de novos laços e solidariedades, projetando para outros espaços aquilo que entendem como perdido: ausência de familiares, carinho, afeto, atenção e respeito. Desse modo, muitos extrapolam a família consanguínea, o que nos parece benéfico para tamponar a possível falta do necessário suporte social por parte desse tipo de família.

Também se destacaram as respostas aprendizagem e experiência mútua, oportunizadas pelo encontro no grupo focal um sentimento de gratidão pela oportunidade de troca de conhecimentos, experiências, e aprendizagens mútuas proporcionados pelo encontro no grupo focal. Tais achados corroboram a afirmação de Ferrigno (2010) e Côte e Ferrigno (2016), que pontuam a cooperação e a troca de experiências como um grande benefício desse encontro. Salientam os autores mencionados que os idosos ensinam aos jovens, e os jovens aos idosos. Nesse sentido, Ferrigno (2005, 2010) e Azambuja e Rabinovich (2017) pontuam que, considerando-se essas possibilidades, pode-se falar em “coeducação de gerações”, afirmando ser essa uma das metas a serem alcançadas nas experiências de aproximação intergeracional.

Em consonância com os referidos autores, Oliveira, Villas-Boas e Ramos (2017) e Coutrim (2017), afirmam que esse encontro se alicerça em processos recíprocos de orientação, influência, intercâmbio e aprendizagem entre indivíduos de diferentes gerações, pois há um compartilhamento de vivências, saberes, sentimentos e experiências que são mutuamente enriquecedoras.

Nesse sentido, França, Silva e Barreto (2010) reforçam que o Brasil precisa intensificar encontros intergeracionais, pois se configuram como uma modalidade para prevenir os preconceitos quanto ao envelhecimento e possíveis conflitos intergeracionais. Ressaltam ainda que essas intervenções contribuem para a desconstrução do *ageísmo*, o que também é compartilhado por Dias (2015) e por Moral Jiménez (2017) ao afirmarem que esses encontros promovem o envelhecimento ativo e a superação, desconstruindo o paradigma da velhice apenas marcada por decadência e perda.

Ferreira, Massi *et al.* (2015) corroboram com os autores supracitados, ao destacarem que esse encontro contribui para o jovem perceber a velhice de forma mais positiva, e os idosos reconhecerem que podem ampliar seus conhecimentos e perspectivas acerca da sociedade em que estão inseridos, como também desmistificar preconceitos com relação aos jovens. Por sua vez, Mendizábal e Cabornero (2004) acrescentam que são inúmeros os benefícios advindos da participação neste tipo de proposta de intervenção, entre os quais estão as trocas sociais, experiências, dificuldades e aprendizagens.

## **2. Percepção das características do relacionamento entre idosos e adultos jovens**

A maior parte dos participantes revelou ter uma percepção de distanciamento ocasionado por alguns fatores, entre os quais se destacaram, principalmente: o desprezo, o abandono e o preconceito; a falta de tempo do adulto jovem e as novas tecnologias.

Quanto ao *desprezo, abandono e preconceito*, sofridos pelos idosos e retratados nas falas acima, Silva e Dias (2016) afirmam que esse cenário é real, e conforme pontuam Sanches, Lebrão e Duarte (2008), está alicerçado na construção sócio-histórica e cultural do que significa ser velho. O que, segundo Souza, Freitas e Queiroz (2007), é um problema universal. Em outras palavras, trata-se do idadismo, que compreende as avaliações negativas; a utilização de estereótipos que se referem às crenças e aos comportamentos de discriminação e exclusão (BUTLER, 1969). Eles têm como alvo as pessoas idosas, referindo-se a avaliações negativas feitas sobre os idosos, as quais têm como base essencialmente a idade que os indivíduos têm (COUTO; MARQUES, 2016).

Nesse sentido, já em 1990, Beauvoir denunciou como a sociedade se recusava a enfrentar o fenômeno do envelhecimento, negando a velhice com práticas de abandono e desrespeito aos idosos e não valorizando os papéis sociais que antes eram atribuídos à pessoa idosa.

Ressaltava a autora mencionada que havia um descaso da sociedade em relação à velhice, o que fazia emergir uma “conspiração do silêncio”.

Nessa mesma linha de raciocínio, Vieira e Lima (2015, p. 952) afirmam que “a sociedade brasileira atribuí aos idosos características negativas tais como: inúteis, incapazes, estorvos, frágeis, doentes, improdutivos, dependentes, chatos, inaptos, sem valor e que representam um gasto”, e, assim, os exclui e os desrespeita. Desse modo, trata-se de uma violência calada, invisível e invisibilizada pelos pactos do silêncio, sobretudo nas famílias, até porque a vítima teme represálias, ou até mesmo o abandono (FALEIROS; BRITO, 2009). A esse fenômeno, Faleiros (2007, p. 35) denominou como “Conluio do silêncio”.

Entretanto, a família e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade e defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida (PNI - POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, LEI 8842/1994). Contudo, percebe-se que, na prática, não existe a efetivação da lei proposta, o que representa um paradoxo.

Portanto, no relacionamento entre idosos e adultos jovens da mesma família, isso se torna ainda mais complexo, pois a família, que deveria cumprir com o dever de cuidar e proteger, por vezes, agride uma pessoa idosa que já está mais vulnerável e necessitada de acolhimento. Não obstante, também no espaço público, a situação se repete (FALEIROS, 2013). Por isso, é necessário que intervenções sejam protagonizadas no afã de minimizar esse mal que assola os idosos e é motivo de grande sofrimento. Um exemplo são as intervenções psicoeducativas (SILVA; DIAS, 2016).

Carvalho (2012) reforça o que foi dito acima pontuando que a sociedade atual tende a excluir os idosos e eles acabam segregados e se fecham para o contato com outras gerações, fato que contribui para o isolamento social e o esvaziamento das relações intergeracionais. Em contrapartida, ao estimular atividades intergeracionais, os idosos e as outras gerações transformam seus conceitos em relação ao velho e à velhice, promovendo a inclusão do idoso na família e na comunidade:

Em relação a *Falta de tempo por parte do adulto jovem*: A falta de tempo dos adultos jovens foi apontada como um dos fatores importantes para o distanciamento entre eles e os idosos. A esse respeito, estudiosos do desenvolvimento humano (BERTHOUD; BERGAMI, 2010; PAPALIA; FELDMAN, 2013; PILETTI; ROSSATO; ROSSATO, 2017), entendem que esse momento na vida dos adultos jovens é aquele em que eles estão envolvidos em um

complexo de atividades que irão fomentar a base de seu futuro e, por essa razão, uma maior aproximação com os idosos fica prejudicada.

Especificamente, Berthoud e Bergami (2010) analisaram esse momento do curso de vida do adulto jovem como a Fase de Aquisição. Na perspectiva das autoras, esta fase inclui a escolha do parceiro, a formação de um novo casal, a chegada do primeiro filho (que transforma o jovem casal em nova família) e a vida com os filhos pequenos. Segundo as autoras mencionadas, é a fase de adquirir, em todos os sentidos: material, emocional e psicológico. Elas acrescentam que é esse o momento no qual os indivíduos estão bastante envolvidos no complexo movimento de dar e receber; conquistar e ceder; ser e vir a ser. Reforçam ainda que as transições necessárias para a adaptação a essa nova fase da vida familiar exigem maturidade e demandam tempo.

Papalia e Feldman (2013) corroboram com as autoras supracitadas, ao afirmarem ser nessa fase que os seres humanos constroem a base para grande parte de seu posterior desenvolvimento. Elas salientam que esse é o período em que a maioria das pessoas costumam sair da casa dos pais, iniciar sua vida profissional, casar-se ou formar outros relacionamentos íntimos, ter e criar filhos e começar a contribuir significativamente para suas comunidades. Destacam, ainda, que os adultos jovens que estão construindo carreiras e talvez cuidando de bebês têm tempo limitado para passar com amigos e familiares. Ressaltam que o número de amigos e a quantidade de tempo passado com eles geralmente diminuem no decorrer do período do ciclo vital do adulto jovem. Contudo, as amizades são importantes para eles. As autoras enfatizam que pessoas que têm amigos tendem a sentir uma sensação de bem-estar e que as amizades nessa fase tendem a centrar-se nas atividades de trabalho e da parentalidade, bem como na troca de confidências e conselhos.

Vale salientar que a amostra do presente estudo foi composta praticamente por idosos aposentados e pensionistas, que têm mais tempo livre para dedicar às relações sociais, e por adultos jovens emergentes, na Fase de Aquisição, que têm menos tempo. Na ocasião, todos os participantes adultos jovens estavam envolvidos com suas tarefas desenvolvimentais, que são necessárias para fomentar a base do futuro (BERTHOUD; BERGAMI, 2010; PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Diante do exposto, a partir das reflexões de Han (2017), entende-se que o modo de viver contemporâneo, reforça a falta de tempo do adulto jovem. Esse tempo, que já é diminuído pela fase de aquisição. Desse modo, a necessidade de trabalhar e estudar cada vez mais, tem

transformado os adultos jovens em “sujeitos do trabalho, do desempenho”, levando-os à exaustão, em uma sociedade nomeada como “a sociedade do cansaço”. Na qual, os jovens sentem-se cansados e sem tempo, de tal forma que, por vezes, não têm condições de ter um vínculo de mais proximidade com as pessoas idosas. E aí, Han (2017, p.176) infere que a pessoa “está cansada para ti”, cansada para se encontrar mais vezes com o idoso, pelo excesso de atividades que lhes são impostas e então não lhe resta disposição, por vezes, nem para sair de casa.

No tocante as *novas tecnologias*: Alguns participantes afirmaram que as novas tecnologias, a velocidade que elas propõem e o fato de o idoso, em geral, ser mais lento em relação a esse novo tempo têm contribuído para a distância entre idosos e adultos jovens, principalmente da mesma família. Entretanto, essa é uma das características das sociedades atuais, acompanhada pelo individualismo, a dissolução dos laços, a provisoriedade, a solidão e a particularização da vida (BAUMAN, 1998).

Nesse sentido, Oliveira, Villas-Boas e Ramos (2017) pontuam que a rede familiar tem sido bastante afetada pelas mudanças tecnológicas das últimas décadas. As autoras ressaltam que essas modificações têm dificultado a capacidade e o desejo da família em prestar o apoio social necessário aos seus membros, sobretudo aos mais velhos.

Em relação à utilização das novas tecnologias, Doll, Machado e Cachioni (2016, p. 1620), em uma pesquisa realizada no Brasil, constataram que os idosos ainda utilizam pouco o computador e a internet, “somente 14% das pessoas com mais de 60 anos usam o computador, contra 86% na faixa entre 10 e 15 anos”. As autoras salientam a importância de estimular a participação de pessoas idosas no mundo digital, apesar de ser compreensível sua participação minoritária, tendo em vista que o acesso à internet se tornou regular somente quando essas pessoas já eram adultos maduros ou idosos. Por outro lado, ressaltam que é o grupo que mais cresce em relação ao uso de computador.

Torres e Dias (2017, p. 141) corroboram com as autoras mencionadas acima ao afirmarem que “muitos idosos estão cada vez mais ativos e interessados nas mais variadas formas de tecnologias, demonstrando plasticidade cerebral e capacidade constante de aprendizado”. Elas destacam que netos e avós estão cada vez mais conectados e que os laços afetivos estabelecidos entre eles têm ganhado força na era digital. Nesse sentido, reforçam que, por mais que essas gerações estejam distantes geograficamente, existe a possibilidade de

comunicação por meio do *ciberespaço* que surge como uma estratégia para amenizar a dor e a saudade ocasionadas pela distância.

Contudo, existem idosos que não têm condições econômicas ou cognitivas, e mesmo desejo, para se comunicar via *online*. Para essas situações, de fato, as novas tecnologias podem promover um distanciamento entre essas gerações. Entretanto, conforme pontuam Torres e Dias (2017), a tecnologia/internet, possibilita o protagonismo de idosos à medida que eles podem reescrever um novo capítulo de suas vidas no século XXI.

Todavia, alguns idosos preferem viver com o mínimo de uso de tecnologias, utilizando apenas aquelas que são indispensáveis como o telefone celular (mais para fazer ligações do que mesmo usar o WhatsApp), a máquina de lavar, o micro-ondas, descartando tecnologias como, por exemplo, computador, *smartphone*, *tablet*, *notbook*, GPS, entre outros. Assim sendo, “não se deve generalizar ao dizer que é necessário que todos os idosos estejam incluídos digitalmente, uma vez que nem todos o desejam, e respeitar a decisão deles é essencial” (DOLL; MACHADO; CACHIONI, 2016, P. 1620).

Nesse sentido, para esses idosos, visando à aproximação intergeracional, cabe estimulá-los à participação nos programas intergeracionais para que eles não sejam marginalizados, utilizando-se, inclusive, de encontros intergeracionais onde os jovens possam ensinar as novas tecnologias aos idosos. A esse respeito, Pires (2013) realizou uma intervenção com jovens alunos de informática e idosos parentes deles, e obteve um bom resultado em relação aos idosos, que aprenderam a utilizar as novas tecnologias, tendo sido ensinados pelos estudantes. A autora mencionada pontua que é preciso os jovens buscarem superar o preconceito, no sentido de compreenderem as limitações dos idosos (ser mais lento) e ajudá-los a se inserir no mundo tecnológico.

Os estereótipos desfavorecem grande parte das pessoas idosas que ficam deprimidas pela perda do prestígio social, magoadas pelo esquecimento familiar, pela perda do papel doméstico e do *status* na sociedade, incluindo sua importância como trabalhador (PIRES, 2013). Desse modo, intervenções por meio de projetos que promovam oficinas nas quais adultos jovens possam ensinar informática às pessoas idosas precisam ser implementados.

Salienta-se que é impressionante como o idoso é descartado, pois, para muitos, a informação consequente da era tecnológica é mais importante que a experiência de vida do idoso. Desse modo, a experiência vivida e o valor da narrativa e das histórias, que constituem a família, dos quais os idosos são depositários, são esquecidos. Porém, as consequências que o esquecimento dos idosos pode trazer são devastadoras, influenciando o desenraizamento da

família, povoando o universo de Jovens e idosos perdidos, imersos na solidão e no vazio, por vezes depressivos, o que pode levar muitos a cometerem o suicídio.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo objetivou compreender os modos como acontecem as relações entre idosos e adultos jovens da mesma família, a partir de suas próprias perspectivas, utilizando-se o grupo focal como instrumento de expressão. Mais especificamente, avaliar os sentimentos experimentados por eles na participação em um grupo focal e descrever as características do relacionamento intergeracional entre idosos e adultos jovens. Quanto aos sentimentos experimentados pelos idosos e adultos jovens, por estarem juntos no grupo, predominaram felicidade, alegria, prazer, satisfação, amor e gratidão, além de aprendizagem e experiência mútua. Acerca da percepção das características do relacionamento entre idosos e adultos jovens, de forma geral, a maior parte dos participantes revelou ter uma percepção de distanciamento, ocasionado por alguns fatores, entre os quais destacaram-se, principalmente, o desprezo, o abandono e o preconceito; a falta de tempo do adulto jovem e as novas tecnologias. Desse modo, observa-se que de certa forma, existe um distanciamento entre as gerações de adultos jovens e pessoas idosas. Entrementes, este fenômeno reverbera de forma negativa na vida de ambos. Nesse sentido, faz-se importante o aprofundamento de novas pesquisas sobre a temática, no afã de contribuir para a promoção da aproximação entre as gerações.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. **Critério de Classificação Socioeconômica Brasil**. Recuperado de [http:// www.abep.org](http://www.abep.org), 2018.
- AZAMBUJA, R. M. M; RABINOVICH, E. P. **O cuidar dos avós visto pelos netos**. In L. V. C. Moreira, E. P. Rabinovich & C. M. S. B. Dias (Orgs), *A voz dos avós: família e sociedade*. Curitiba/PR/Brasil: Ed. CRV. p.157-176, 2017.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1998.
- BEAUVOIR, S. **A Velhice**. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1990.
- BERTHOUD, C. M. E.; BERGAMI, N. B. B. **Família em fase de aquisição**. In C. M. O. Cerveny & C. M. E. Berthoud (Orgs.). *Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa*. São Paulo, SP/Brasil: Casa do Psicólogo. p. 46-71, 2010.

**Brasil. Presidência da República.** Casa civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Política Nacional do Idoso – PNI. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.* Distrito Federal, Brasília/Brasil. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm) Acesso em: 10/05/2019, (1994).

**Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde.** Departamento de atenção básica. *Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* N. 19. Distrito Federal, Brasília/Brasil. Recuperado de [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf). Acesso em: 10/05/2019, 2007.

BUTLER, R. Age-ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, v.9, p.243-246, 1969.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60.** Rio de Janeiro, RJ: IPEA, 2004.

CARVALHO, M. C. B. N. M. Relações intergeracionais: alternativa para minimizar a exclusão social do idoso. *Revista Portal de Divulgação*, v.28, n.3, p.83-88. Recuperado de <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>. Acesso em: 10/05/2019, 2012.

CÔRTE, B.; FERRIGNO, J. C. **Programas Intergeracionais: estímulo à integração do idoso às demais gerações.** In E. V. Freitas & L. PY (Orgs.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1526-1534). Rio de Janeiro, RJ/Brasil: Guanabara Koogan, 2016.

COUTO, M. C. P. P.; MARQUES, S. **Atitudes em relação ao envelhecimento: vamos falar sobre o idadismo?** In D.V.S Falcão, L. F. Araújo & J. S. Pedrosa (Orgs.), *Velhices: temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar* (pp. 17-32). Campinas, SP/Brasil: Alínea, 2016.

COUtrim, R. M. E. **Idosos e jovens em salas multigeracionais na educação de jovens e adultos.** In L. V. C. Moreira, E. P. Rabinovich & M. N. Ramos (Orgs), *Pais, avós, e relacionamentos intergeracionais na família contemporânea* (pp.451-463). Curitiba/PR/Brasil: Ed. CRV, 2017.

D'ALENCAR, R. S. (Re) meaning the solidarity in the old age: beyond consanguineous ties. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences* (UEM), v.34, n.1, p. 9-17, 2012.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

DIAS, C. M. S. B. **As relações intergeracionais na família: desafios e possibilidades.** In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: parentalidade e filiação em diferentes contextos* (pp.93-102). Rio de Janeiro, RJ/Brasil: Ed. PUC-Rio – Prospectiva, 2015.

DOLL, J.; MACHADO, L. R.; CACHIONI, M. **O idoso e as novas tecnologias.** In E. V. Freitas & L. PY (Orgs), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.1613-1621). Rio de Janeiro, RJ/Brasil: Guanabara Koogan, 2016.

- FALEIROS, V. P. **Violência contra a pessoa idosa: ocorrências, vítimas e agressores.** Brasília, DF: Universa, 2007.
- FALEIROS, V. P. **O mapa da violência contra a pessoa idosa no Distrito Federal.** Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Brasília, DF: MPDFT, 2013.
- FALEIROS, V. P.; BRITO, D. O. **Representações da violência intrafamiliar por idosas e idosos.** In V. P. Faleiros, A. M. L. Loureiro & M. A. Penso (Orgs), *O Conluio do Silêncio: a violência intrafamiliar contra a pessoa idosa.* (pp.2-19). São Paulo, SP/Brasil: Roca, 2009.
- FERREIRA, C. K; MASSI, G. A. A.; GUARINELLO, A. C.; MENDES, J. Encontros Intergeracionais mediados pela linguagem na visão de jovens e idosos. **Revista Puc SP: Distúrbios de Comunicação**, v.27, n.2, p.253-263, 2015. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/20409/16982> Acesso em: 10/05/2019, 2015.
- FERRIGNO, J. C. A coeducação entre gerações: um desafio da longevidade. **Mundo Saúde**, v.29, n.4, p.484-490, 2005.
- FERRIGNO, J. C. **Coeducação entre gerações.** São Paulo, SP: SESC, 2010.
- FRANÇA, L. H. F. P.; SILVA, A. M. T. B.; BARRETO, M. S. L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n.3, p.519-531, 2010.
- FRANK, M. H.; RODRIGUES, N. L. **Depressão, ansiedade, outros transtornos afetivos e suicídio.** In E. V. Freitas & L. PY (Orgs), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp.391-403). Rio de Janeiro/Rio de Janeiro/Brasil: Guanabara Koogan, 2016.
- HAN, B-C. **Sociedade do cansaço.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.
- KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, v.10, n.15, p.124-136, 2004.
- KRUEGER, R. A. **Focus Groups: a Practical Guide for Applied Research.** New-Bury Park: Sage, 1988.
- MCKINNON, B.; HARPER, S.;MOORE, S. **The relationship of living arrangements and depressive symptoms among older adults in sub-Saharan Africa.** *BMC Public Health*, 2-9, 2013. Recuperado de <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-682?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com> Acesso em: 10/05/2019.
- MENDIZÁBAL, M. R. L.; CABORNERO, J. A. C. **Grupo de debate para idosos: guia prático para coordenadores dos encontros.** São Paulo, SP: Edições Loyola, 2004.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, SP: Ed. Hucitec, 2014.

- MINAYO, M. C. S. **O principal fator para o suicídio do idoso é o isolamento, a solidão.** *GEPeSP* entrevista, 2018. Recuperado de <https://gepesp.org/2018/04/o-principal-fator-para-o-sucidio-do-idoso-e-o-isolamento-a-solidao-gepesp-entrevista-cecilia-minayo/uncategorized>. Acesso em: 10/05/2019.
- MORAL JIMÉNEZ, M. V. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. *Universitas Psychologica*, v.16, n.1, p.1-19, 2017.
- OLIVEIRA, A. L.; VILLAS-BOAS, S.; RAMOS, M. N. **Envelhecimento, apoio social e programas intergeracionais: um estudo sobre atividades de voluntariado.** In L.V.C. Moreira, E. P. Rabinovich & C. M. S. B. Dias (Orgs), *A voz dos avós: família e sociedade* (pp.259-269). Curitiba/PR/Brasil: Ed. CRV, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. Portal Brasil. Relatório mundial de saúde e envelhecimento, 2015. Recuperado de <https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/idosos-serao-um-quinto-do-planeta-em-2050-diz-oms-17649843> Acesso em: 10/05/2019.
- Organização das Nações Unidas - ONU.** *Países dos BRICS terão 940 milhões de idosos até 2050*, 2017. Recuperado de <https://nacoesunidas.org/paises-dos-brics-terao-940-milhoes-de-idosos-ate-2050/> Acesso em: 10/05/2019.
- OSÓRIO, L. C. **Como trabalhar com sistemas humanos: grupos, casais e famílias, empresas.** Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.
- PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. (2013). **Desenvolvimento humano.** Porto Alegre/RS: AMGH.
- PILETTI, N.; ROSSATO, S. M.; ROSSATO, G. **Psicologia do desenvolvimento.** São Paulo, SP: Contexto, 2017.
- PIRES, L. L. A. Envelhecimento, tecnologias e juventude: caminhos percorridos por alunos de cursos de informática e seus avós. **Estudos Interdisciplinares e Envelhecimento**, v.18, n.2, p.293-309, 2013. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/34181> Acesso em: 10/05/2019.
- RABINOVICH, E. P.; MOREIRA, L. V. C., FRANCO, A. F. Papéis, comportamentos, atividades e relações entre membros da família baiana. **Psicologia & Sociedade**, v.24, n.1, p.139-149, 2012.
- RABINOVICH, E. P.; FRANCO, A. F.; MOREIRA, L. V. C. Compreensão do significado de família por estudantes universitários baianos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.12, n.1, p.260-273, 2012.
- RIZZOLLI, D.; SURD, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.13, n.2, p.225-233, 2010.
- SANCHES, A. P. R. A.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. Violência contra idosos: uma questão nova? **Revista Saúde e Sociedade**, v.17, n.3, p.90-100, 2008. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_artigos/57.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/57.pdf). Acesso em: 10/05/2019.

- SÁNCHEZ, M. G.; TORRANO, D. H. Los beneficios de los programas intergeneracionales desde la perspectiva de los profesionales. **Pedagogia Social. Revista Interuniversitaria**, v.21, p.213-235, 2013.
- SILVA, C. F. S.; DIAS, C. M. S. B. **Violência contra idosos: características e enfrentamento**. In D.V.S. Falcão, L. F. Araújo & J. S. Pedroso (Orgs.), *Velhices: temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar* (pp. 209-228). Campinas, SP/Brasil: Alínea, 2016.
- SILVA, H. S.; JUNQUEIRA, P. G. Reflexões e narrativas (auto)biográficas sobre as relações intergeracionais: resultados de uma intervenção socioeducativa com mulheres idosas. **Psicologia & Sociedade**, v.25, p.3, p.559-570, 2013.
- SOUZA, J. A. V.; FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A. Violência contra os idosos: análise documental. **Revista Brasileira de Enfermagem** (Brasília), v.60, n.3, p.535-540, 2007.
- TIEDT, A. D.; SAITO, Y.; CRIMMINS, E. M. Cross-national research: Depressive Symptoms, Transitions to Widowhood, and Informal Support From Adult Children Among Older Women and Men in Japan. **Research on Aging**, v.38, n.6, p.619-642, 2016.
- TORRES, K. A.; DIAS, C. M. S. B. **A relação entre avós, idosos e netos por meio das novas tecnologias de informação e comunicação**. In L.V.C. Moreira, E. P. Rabinovich & C. M. S. B. Dias (Orgs), *A voz dos avós: família e sociedade* (pp.133-144). Curitiba/PR/Brasil: Ed.CRV, 2017.
- VICENTE, H. T.; SOUSA, L. Redes sociais pessoais das gerações mais velhas: famílias com quatro gerações vivas. **Revista Kairós**, v.15, n.11, p.75-98, 2012. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12778>. Acesso em: 15/10/2019.
- VIEIRA, R. S. S.; LIMA, M. E. O. Estereótipos sobre os idosos: Dissociação entre crenças pessoais e coletivas. **Temas em Psicologia**, v.23, n.4, p.947-958, 2015.
- ZAPATA LÓPEZ, B. Apoyo social y familiar del adulto mayor del área urbana. Angelópolis, Antioquia 2011. **Revista de Salud Pública = Journal of Public Health**, v.17, n.6, p.848-868, 2015. Recuperado de <http://search.proquest.com/openview/1ff71a82e9922a7419e192f333d6c269/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2035756>. Acesso em: 10/05/2019.

## PERCEPÇÕES DO CUIDAR SOB A ÓTICA DE IDOSOS CUIDADORES

Wallison Pereira dos Santos<sup>1</sup>  
Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz<sup>2</sup>  
Fernanda Beatriz Dantas de Freitas<sup>3</sup>  
Janislei Soares Dantas<sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Averiguar a percepção de cuidadores idosos acerca do significado do termo cuidar. **Método:** Estudo exploratório-descritivo de abordagem quanti-qualitativa, realizado no município de Cuité-Paraíba, a seleção da amostra se deu por intermédio da técnica de amostragem probabilística do tipo aleatória simples, sendo assim a amostra foi composta por 39 idosos cuidadores. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise temática proposta por Minayo. Respeitando aos preceitos éticos estabelecidos de pesquisa com seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, recebendo parecer favorável de número 1.234.861. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e agosto de 2018. **Resultados:** Pode-se constatar a predominância da faixa etária entre 65 a 75 anos 28 (71,8%) dos participantes, caracterizados como idosos jovens e 11 (28,2%) com 76 anos ou mais idosos e muito idosos. Em relação ao sexo, todos são do sexo feminino 39 (100%). Quanto ao nível de escolaridade um total de 28 (71,8%) dos participantes são considerados sem escolaridade. É possível verificar que majoritariamente o conceito de cuidar se limita a dispensação de determinadas ações como banhar, vestir e administrar medicações. Observa-se ainda a relação do cuidar com o envolvimento de emoções como gratidão e carinho. **Conclusão:** O estudo identificou que a concepção do termo cuidar possui uma junção entre o procedimento e a prática desempenhada com o depósito de sentimentos para com a pessoa idosa, fazendo com que haja o respeito, admiração e satisfação de quem cuida.

**Palavras-chave:** Cuidadores, Idoso, Cuidar.

### INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) afirma que o envelhecimento humano vem sendo um cenário de grande repercussão em todo o mundo, o que tem provocado em nosso cotidiano vários questionamentos e discussões interligadas ao envelhecimento saudável e ativo. Isso é perceptível pelo simples fato de que o público idoso vem crescendo consideravelmente nas últimas décadas devido aos fatores que aumentam a longevidade, como: a melhoria do serviço de saúde, melhores condições sanitárias e programas que permitem uma maior atenção à

<sup>1</sup> Mestrando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [santoswp18@gmail.com](mailto:santoswp18@gmail.com)

<sup>2</sup> Mestrando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [sheila\\_tshe@hotmail.com](mailto:sheila_tshe@hotmail.com);

<sup>3</sup> Residente do Curso de Enfermagem em Terapia Intensiva da Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco - SES/PE, [fernandafreitas15@hotmail.com](mailto:fernandafreitas15@hotmail.com);

<sup>4</sup> Mestrando do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba -UFPB, [janisleisd@gmail.com](mailto:janisleisd@gmail.com).

saúde da população idosa, conseqüentemente interferindo no prolongamento da vida desta população (MOREIRA et al., 2013).

No atual cenário nacional, o número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 e deverá alcançar 32 milhões em 2020. Sendo assim para o processo de envelhecimento é necessário muito mais preparo e modificações, sobretudo nos serviços de cuidado e de saúde, tendo em vista que a pessoa idosa fisiologicamente detém determinadas limitações fisiológicas e patológicas adquiridas ao longo de sua jornada. Esse fato é decorrência do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas, e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos, ou seja, a mudança no perfil epidemiológico e demográfico (SANTOS et al., 2019).

Ao mesmo tempo em que ocorre o aumento da longevidade da população idosa, aumentam também os níveis de comorbidades associadas a esse processo de envelhecimento, sobretudo as de cunho crônico, que mantém intrínseca relação com o estilo de vida adotado durante toda a trajetória do indivíduo, traduzindo a mudança vigente no perfil epidemiológico (SILVA et al., 2015).

O processo fisiológico do envelhecimento esta associado a um conjunto de alterações nas funções orgânicas e mentais, em decorrência dos efeitos da idade sobre o organismo. Estas alterações levam o indivíduo a perda das funções homeostática e ao declínio das funções fisiológicas ocasionando diminuição progressiva da reserva funcional. As modificações ocorridas no envelhecimento sejam elas funcionais, psicológicas, morfológicas e bioquímicas, levam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente deixando-o mais vulnerável à incidência de processos patológicos, levando-os à condição de dependência e limitação, sendo necessário o cuidado advindo de outras pessoas, um cuidador, seja informal ou formal (TRINDADE et al., 2013).

O termo “cuidador” é definido como alguém que cuida, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida. É o membro, da família ou da comunidade, que presta cuidados a outro de qualquer idade, que esteja necessitando por estar acamado, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (LAMPERT et al., 2016; SILVA et al., 2018).

A maioria dos idosos torna-se dependente, justamente pela própria condição fisiológica ou fisiopatológica, o que implica a disponibilidade de tempo de seus familiares,

normalmente seus principais cuidadores por conveniência ou mesmo pelo sentimento de agradecimento de cuidar de um ente familiar, na maioria das vezes o próprio cônjuge. Cuidar de idoso não é tarefa fácil, principalmente para a maior parcela da população brasileira que vive dificuldades socioeconômicas. É importante lembrar que o envelhecimento de uma população não deve ser visto como um fato isolado ou de pouca importância (LIMA et al., 2016).

O significado de cuidado condiz com uma ação subjetiva, uma atividade que poderá ter diversas faces e interpretações compreendidas universalmente, é imperioso destacar que pode se encontrar presente em todas as culturas, sendo definido em cada meio de maneira diversificada, pois reflete os valores e as práticas socioculturais de determinado grupo social, de forma individual e não apenas a execução de procedimentos e/ou técnicas, levando em consideração a questão sentimental depositada pelo indivíduo que o desempenha (SALBEGO et al., 2015).

Diante do exposto poderá ser constatado a percepção do cuidar na visão de cuidadores idosos, que cuidam muitas vezes sem a adequada orientação, mas guiada apenas pelo instinto de cuidar. Partindo desse pressuposto, despertou-se a inquietação de investigar qual a percepção de cuidado para os idosos que se tornam cuidadores. Portanto, esta pesquisa tem por objetivo averiguar a percepção do cuidar sob a ótica de idosos cuidadores.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada no município de Cuité-Paraíba, inicialmente foram solicitadas informações junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do referido município. O estudo tem como temática central a percepção de cuidar sob a ótica de idosos que ofereçam cuidados a outros idosos, caracterizando-os como cuidadores direto. A coleta de dados empíricos se deu entre os meses de julho e agosto de 2018.

O público alvo constitui-se de todos os idosos considerados cuidador de outros idosos, que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que possuíam idade igual ou superior a 65 anos, fossem membro familiar do idoso cuidado (cônjuge, filho, filha, irmã, irmão) e cuidador formal ou informal. Mediante os critérios estabelecidos, totalizou-se uma amostra de 39 idosos que ofereciam

cuidados a outros idosos e foram convidados a participar do estudo de maneira direta em lugar reservado no seu próprio domicílio, sem que houvesse a interferência de outros indivíduos.

Para auxiliar no desenvolvimento da investigação, foram realizadas entrevistas com uso de roteiro semiestruturado e gravadas com mídia digital do tipo áudio, pois valorizou a presença do investigador e ofereceu todas as perspectivas possíveis para que o informante alcançasse a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. Todas as entrevistas foram transcritas logo após a coleta, tendo em vista evitar vieses de memória ou perdas de sensações e sentimentos vivenciados pelo pesquisador, sendo dada ao entrevistado a garantia do anonimato e também foi assegurado o direito de desistir em qualquer das etapas da pesquisa, sem que houvesse nenhum prejuízo ao participante.

A análise do material empírico produzido por meio das entrevistas foi realizada através da Técnica de Análise de Conteúdo proposta por Minayo, em sua estruturação, pode ser dividida em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos. Durante a etapa da exploração do material, o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A terceira etapa consiste no tratamento dos resultados obtidos e interpretação onde o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, de acordo com a categorização presentes nos fragmentos das falas dos participantes.

Para apresentação dos dados foi utilizada a construção de tabelas que representassem a estatística descritiva com a finalidade de caracterizar os participantes do estudo.

Em concordância com as exigências estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e ainda de acordo com a resolução COFEN 311/2007 que estabelece normas e práticas de pesquisas envolvendo seres humanos desenvolvidas pelo profissional de Enfermagem, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande HUAC/UFCG, restringindo-se o início apenas após emissão de parecer favorável de nº 1.234.861.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Apresenta-se, neste íterim, a discussão dos materiais oriundos das entrevistas realizadas com os cuidadores idosos e suas percepções sobre o significado do cuidar. Para uma adequada apresentação dos resultados, os dados sociodemográficos (faixa etária, nível de escolaridade, renda familiar) e os dados clínicos (comorbidades) foram dispostos na tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição das informações dos participantes do estudo em porcentagem, conforme perfil sociodemográfico e clínico (N=39). Cuité (PB), Brasil.

Variável	Categorias	Nº	%
<b>Faixa etária</b>	65 a 75 anos	28	71,8%
	76 a 85 anos	08	20,5%
	Acima de 85 anos	03	7,7%
<b>Nível de escolaridade</b>	Analfabeto	14	35,8%
	Ensino fund Incom	14	35,8%
	Ensino fund Com	05	12,9%
	Ensino médio Incom	01	2,6%
	Ensino médio Com	02	5,2%
	Ensino Superior	03	7,7%
<b>Renda familiar</b>	< 1 salário mínimo	07	17,9%
	1 salário mínimo	18	46,3%
	2 salários mínimos	08	20,5%
	> 2 salários mínimos	06	15,3%
<b>Comorbidade</b>	Hipertensão Arterial	13	33,3%
	Diabetes Mellitus	06	15,3%
	Artrose	02	5,2%
	Osteoporose	01	2,6%
	Cardiopatia	04	10,2%
	Insuficiência Venosa	01	2,6%
	Insuficiência Renal	01	2,6%
	Labirintite	01	2,6%
	Nenhuma	10	25,6%
	<b>TOTAL</b>		<b>39</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

De acordo com a Tabela 1 pode-se constatar a predominância da faixa etária entre 65 a 75 anos 28 (71,8%) dos participantes. Corroborando essa caracterização, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define que o indivíduo é considerado idoso a partir dos 65 anos de idade, sendo essa classificação dividida em Idoso jovem (65 a 75 anos), Idoso (76 a 85 anos) e muito idoso (acima de 85 anos). Já o Ministério da Saúde (MS) considera como pessoa idosa a faixa etária a partir de 60 anos de idade.

É notório que no presente estudo a grande parcela de participantes se encaixa na categoria Idoso jovem, reforçando a idéia de que estes se tornaram cuidadores possivelmente de outros idosos com idade mais avançada, o que implica afirmar que necessitam de cuidados mais complexos ao associar o nível de dependência com a alta idade, demandando de maior responsabilidade e esforço físico dos respectivos cuidadores.

Quanto ao nível de escolaridade, é evidenciado que 14 (35,8%) dos participantes, não possui nenhum grau de instrução, esse alto índice chama atenção no momento que outra grande parte, 14 (35,8%) do participantes possuíam o ensino fundamental incompleto, implicando afirmar que um total de 28 (71,8%) dos participantes são considerados analfabetos, infere-se que o nível de escolaridade encontrada está diretamente ligado ao conhecimento de práticas adequadas de oferta de cuidados, podendo aumentar o risco de complicações e agravos advindos do cuidar. Esta afirmativa justifica-se pelo fato de que, quanto menor o grau de escolaridade, maior será a exposição desse indivíduo a fatores de risco para a sua própria saúde (COUTO et al., 2017).

No quesito renda familiar 18 (46,3%) dos participantes possuem apenas um salário mínimo como fonte de renda, sendo assim pode-se afirmar que essa única renda seja provedora de todas as necessidades do âmbito domiciliar, inclusive para as especificidades do cuidado com a pessoa idosa, diminuindo assim a qualidade e eficácia da assistência prestada, uma vez que não existem recursos para a aquisição de insumos, instrumentos e equipamentos, refletindo diretamente na saúde do cuidador que irá se esforçar mais tanto física quanto psicologicamente, podendo até agravar seu atual estado de saúde (COSTA et al., 2014).

Dentre as comorbidades elencadas, destaca-se a Hipertensão Arterial, presente em 13 (33,3%) dos participantes e o Diabetes Mellitus 06 (15,3%), ambas são doenças crônicas não transmissíveis e estão diretamente ligadas ao comportamento de saúde, ou seja, ao estilo de vida adotado durante toda trajetória por cada indivíduo e passíveis de alterações e complicações que estão condicionadas a determinantes e ao atual estilo de vida, ou seja, uma vida desregrada, estressante e com práticas inadequadas, poderá ocasionar complicações muitas vezes irreversíveis e limitantes ao cuidador idoso, esse quadro pode ser acentuado pela própria oferta de cuidado (CECÍLIO et al., 2015).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas doenças de evolução prolongada e sem possibilidade de cura na maioria das vezes e majoritariamente são advindas de práticas relacionadas ao estilo de vida adotado pelo indivíduos, as principais

DCNT são compreendidas por: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Neoplasias e Doenças Crônicas Respiratórias, a exemplo, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (MACHADO et al., 2017; SANTOS et al., 2018).

De acordo com Santos et al., (2019) em pesquisa realizada cujo objetivo foi conhecer as repercussões causados no cotidiano de idosos que se tornam cuidadores, fica evidenciado que o cuidado é ofertado de forma improvisada, sem as devidas orientações, dessa forma ocasionando complicações e agravamento da saúde desse cuidador por exposições desnecessárias. Dentre as repercussões identificadas pelo referido autor, pode-se citar sobrecarga física, psicológica, isolamento social, perda de liberdade, de atividades de lazer e até mesmo falta de cuidado com si próprio.

A análise de conteúdo proposta pela metodologia do estudo permitiu o agrupamento das respostas dos participantes que resultou em duas categorias temáticas: C1-Definição do cuidar na percepção dos cuidadores idosos e C2- O enfermeiro como profissional orientador.

#### ***C1- Definição do cuidar na percepção dos cuidadores idosos.***

O conceito de cuidar pode ser definido como a dispensação de determinadas ações e atividades junto ao indivíduo, ao mesmo tempo que esse conceito mantém relação com os sentimentos e a satisfação de desempenhar tal funcionalidade, nesse sentido foi questionado aos idosos cuidadores o que eles compreendiam sobre o conceito de cuidar.

*“É dar os medicamentos na hora certa” (I 13- L 14).*

*“Tomar o remédio na hora certa, comida na hora certa”(I 18- L 19).*

*“Lavar, cuidar dele, dar comida” (I 23- L 23).*

*“Cuidar é ter paciência, saber zelar pelas pessoas, ter respeito e saber as limitações” (I 34- L 37).*

Ao observar os fragmentos das falas dos entrevistados é possível inferir que majoritariamente o conceito de cuidar se limita a dispensação de determinadas ações como banhar, vestir e administrar medicações. Outros fragmentos dizem respeito ao envolvimento de emoções, muitas vezes o cuidador idoso oferta o cuidado a um familiar, um conjugue e quando essa situação ocorre, é possível verificar a presença de sentimentos como a gratidão e a obrigatoriedade de ofertar um retorno àquele que no passado já cuidou do indivíduo.

O conceito de cuidado perpassa a determinação de realizar procedimentos e técnicas pré-estabelecidas, é mais envolvente que a simples realização mecânica. Pode-se afirmar que o cuidar é a junção entre a técnica e o sentimento que empondera aquele que o realiza, dessa forma o sentimento depositado irá fazer com que o cuidado deixe de ser uma obrigação e passe a ser uma satisfação. É importante ressaltar que o cuidar está presente em diversas culturas e localidades, fazendo com que se torne universal e imprescindível para continuidade da vida humana (CAETANO e BARBOSA, 2018).

O processo de adoecimento é capaz de aproximar as relações interpessoais, seja entre familiares ou vizinhos e amigos, tal processo faz com que a necessidade de saúde do indivíduo seja exposta ao sentimento de compaixão daqueles que podem visualizar e se compadecer da situação, fazendo com que haja entrosamento sentimental e conseqüentemente uma solidariedade em que o comportamento humano ultrapassa qualquer espécie de indiferença, visando apenas o bem-estar e a recuperação do indivíduo (SANTOS et al., 2014).

Assim como pode-se observar uma aproximação dos “laços familiares” também é possível verificar a ocorrência de afastamento, levando em consideração que o cuidado é complexo e que se faz necessário uma verdadeira doação de quem cuida. Todo o cotidiano é alterado, a vida do cuidador se remodela ao passo que o idoso necessita progressivamente de maiores cuidados (ROTILLI et al., 2017).

De acordo com Lima et al., (2016) os idosos podem vivenciar sentimentos positivos relacionados ao processo de envelhecimento como gratidão, alegria, felicidade, acrescido da união familiar em virtude do processo de cuidar desse idoso, a depender da configuração desse cuidado e/ou do núcleo familiar, uma vez que os sentimento negativos também estão presentes como angústia, raiva, tristeza e afastamento dos membros familiares, tudo irá depender de como se dá o manejo e a relação interpessoal entre os responsáveis pelo cuidado do idoso.

O processo de cuidar pode-se tornar um evento árduo na vida de cuidadores, é possível identificar que quando o cuidador é pertencente ao núcleo familiar outras questões permeiam essa atividade, como necessidade biológicas, financeiras e sociais do cuidador, especialmente a falta de ajuda mútua para com outros membros familiares. Para além da interação interpessoal pessoal o cuidado pode ser desgastante gerando aflições e sentimento negativos que serão vivenciados pelo pesquisador, principalmente quando o cuidado não é orientado por profissionais de saúde (SANTOS et al., 2019).

Nesse sentido é possível refletir sobre o tipo de cuidado ofertado ao idoso dependente e ainda perceber que as relações interpessoais podem ser influenciadas por diversos determinantes, fazendo necessário a compreensão do comportamento do cuidador e ainda o estímulo a práticas adequadas de cuidado afim de evitar exposição a agravos e complicações desnecessárias. O cuidado é ofertado de acordo com suas necessidades e limitações, sendo variável a cada tipo de arranjo familiar.

É importante destacar que mesmo sem ser objetivo direto do presente estudo, foi possível identificar que as falas convergiam para a instituição de outra categoria temática, aguçada pelo seguinte questionamento: O(a) senhor(a) recebeu orientações de algum profissional de saúde para a oferta de cuidados? Se sim, de qual profissional?

### ***C2- O enfermeiro como profissional orientador.***

Ao serem questionados sobre o conceito de cuidado, os cuidadores idosos emitiram respostas ainda, em relação ao tipo de cuidado ofertado e ao profissional que orientou sobre o cuidado adequado, conforme fragmentos de falas.

*“O enfermeiro me orientou da saúde, de como dar os medicamentos e da alimentação” (I 24- L 46).*

*“Ele (o enfermeiro) me disse como cuidar da sonda pra não entupir” (I 25- L 47).*

*“Quem me orientou foi o enfermeiro, ele disse sobre a higiene total, de como baixar a pressão sem nem precisar de remédio” (I 36- L 49).*

Ao analisar os fragmentos das falas dos entrevistados é possível inferir que o profissional Enfermeiro é majoritariamente citado como sendo o profissional responsável pela orientação e disseminação de informações coerentes. As principais informações dispensadas dizem respeito a cuidado básicos que são ofertados no âmbito domiciliar e que são consideradas potenciais para dignificar o ser humano e fornecer um bem-estar em qualquer etapa do ciclo de vida.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma modalidade que permite aos profissionais envolvidos o uso da prevenção de agravos à sua saúde, dessa forma as ações educativas são de suma importância para disseminação de informações e especialmente para a formação de vínculos entre a comunidade e o profissional, sobretudo com para o profissional enfermeiro.

A educação em saúde se baseia na troca de conhecimentos e no diálogo, favorecendo a compreensão do processo de prevenção e promoção da saúde (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013).

O conceito de educação em saúde segue em constante transformações e inovações para se adequar as variações de culturas e localidades, proporcionando combinações de experiência, trocas de vivências, interações pessoais e comportamentais, tal como medidas terapêuticas, excluindo assim a ideia da monótona transmissão de informações, em que apenas o mediador é apto a falar. Para se alcançar um nível tão sublime do objetivo das ações educativas é lançada mão de diversas estratégias que são utilizadas de forma isolada ou associadas, como o uso de dinâmicas, reuniões em grupos, uso de projetores, peças teatrais, dentre outras (MOTTA et al., 2014).

O profissional de saúde, sobre tudo o enfermeiro deve promover a educação em saúde e para isso é necessário fazer uso de diversas metodologias para que se alcance ao objetivo proposto, a atividade grupal é um desses métodos, os quais podem se organizar como um espaço de conhecimento significativo e de apoio para o enfrentamento de adversidades, e de troca de vivências e fortalecimento dos indivíduos participantes, fazendo com que possam compreender a tal ponto de sensibilizá-lo a mudança no estilo de vida, a redução de complicações e agravos, e ainda promovendo disseminadores do conhecimento, traduzindo dessa forma o principal objetivo da APS, a promoção e proteção da saúde da população (MALLMAN et al., 2015).

Outra prática comumente e de extrema importância utilizada pelo enfermeiro é a consulta de enfermagem que é uma tecnologia assistencial, em que o enfermeiro executa técnicas educativas com enfoque integral na busca da promoção e valorização do autocuidado, tal como controle e estímulo da autonomia do indivíduo (BRASIL, 2014).

Ao comparar os fragmentos das falas com a literatura pertinente é possível compreender que o profissional enfermeiro é considerado o profissional educador, e o educar faz parte do processo de trabalho do enfermeiro, tendo em vista ser por essa vertente que o profissional poderá expor a sua contribuição na conjuntura da formação social dos indivíduos, fazendo com que o usuário se torne emancipado quanto a sua situação e real necessidade de saúde, tal como quanto aos aspectos práticos de ofertar o cuidado a outro (MELLO et al., 2018).

Os resultados do presente estudo não condiz com estudo realizado por Santos et al.(2019), tendo em vista que foi identificado pouca ou nenhuma atuação do profissional de enfermagem no quesito orientações à comunidade, em especial ao público de idosos cuidadores, sendo assim, esses resultados positivos merecem destaque ao passo que evidencia a contribuição do enfermeiro nas orientações e disseminações de informações que ajudam a população na prevenção de agravos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo evidenciou que a percepção dos cuidadores sobre o termo cuidar é pautada na dispensação de procedimentos e atividades básicas vegetativas, como dar banho, alimentar, medicar, entre outros, nesse cenário observou-se ainda a presença do enfermeiro como um profissional que orienta a comunidade no sentido de evitar exposições desnecessárias, reduzindo possíveis agravos à saúde dos cuidadores idosos.

O envelhecimento humano é cercado de limitações imposta pela própria condição fisiológica, que necessita de maiores cuidados, tendo em vista que a pessoa idosa vai aos poucos perdendo a sua autonomia e autocontrole, fazendo com que seja demandada uma gama de cuidados por outras pessoas. O cuidador de idosos na maioria das vezes se restringe a ser o próprio familiar, o conjugue e que desempenha o cuidado com o idoso querido de forma arcaica e improvisada, sem a adequada orientação advinda de um profissional, podendo expor a pessoa idosa e a própria condição de saúde a riscos e agravos.

Dessa forma existe a necessidade de compreender os aspectos que envolvam a pessoa que cuida da pessoa idosa, comportamentos e emoções depositadas no ato de cuidar, sendo assim assumindo uma responsabilidade com maior empoderamento, favorecendo a implementação de estratégias e cuidados que alcancem vislumbrar sentimentos positivos e satisfação nesta fase de fragilidade e de vulnerabilidade da pessoa idosa.

Mediante os resultados da pesquisa, foi possível identificar que a concepção do termo cuidar possui uma junção entre o procedimento e a prática desempenhada com o depósito de sentimentos para com a pessoa idosa, fazendo com que haja o respeito, admiração e satisfação de quem cuida. É importante ressaltar que os cuidadores também são pessoas idosas e que também necessitam de cuidados, sendo assim a enfermagem apresentou-se como ativa no que diz respeito a disseminação de informações junto a essa conjuntura familiar. Se faz necessário

novas pesquisas em relação a temática aqui apresentada que vislumbrem o cotidiano do cuidador idoso em outras dimensões, afim de garantir um cuidado efetivo e qualificado, de maneira integral e holística.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Cadernos da Atenção Básica: Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.  
Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf).
2. CAETANO, P. M. C. M.; BARBOSA, F.C. A compreensão de cuidado, a partir dos significados e sentidos atribuídos pelo cuidador de idoso da vila vicentina-Sete Lagoas. Rev Brasileira de Ciências da vida, v. 6, n. 1, p. 1-19, 2018. Disponível em:  
<http://jornal.faculdadecienciasda vida.com.br/index.php/RBCV/article/view/341>.
3. CECILIO, H.P.M.; ARRUDA, G.O.; TESTON, E.F.; SANTOS, A.L.; MARCON, S.S. Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes. Acta Paul Enferm, v. 28, n. 2, p. 113-119, 2015. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0113.pdf>.
4. COSTA, S.R.D.; CASTRO, E.A.B. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 6, p. 979-986, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0979.pdf>.
5. COUTO, J.O.; SANTOS, W. S.; SANTOS, J.R.; SIMÕES, A.E.C.; SANTOS, E.G.M.; SILVA J.S. Risco cardiovascular, índices antropométricos e percepção de qualidade de vida em idosos. Rev scientia plena, v. 13, n. 3, p. 108-118, 2017.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14808/sci.plena.2017.032801>.
6. LAMPERTE, C.D.T.; SCORTEGAGNA, S.A.; GRZYBOVSKI, D. Dispositivos legais no trabalho de cuidadores: aplicação em instituições de longa permanência. Rev

- Read, v. 85, n. 3, p. 360-380, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-2311.09515.57137>
7. LIMA, T. V. S.; SANTOS, W. P.; FREITAS, F. B. D.; GOUVEIA, B. L. A.; TORQUATO, I. M. B.; AGRA, G. Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: revisão integrativa. Revista Kairós Gerontologia, v. 19, n. 3, p. 51-65, 2016. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31448/21922>
  8. MACHADO, W. D.; GOMES, D. F.; FREITAS, C. A. S. L.; BRITO, M. C. C.; MOREIRA, A. C. A. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. Rev Ciência e saberes, v. 3. n. 2, p. 444-451, 2017. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>.
  9. MALLMANN, D.G.; NETO, N.M.G.; SOUSA, J.C.; VASCONCELOS, E.M.R. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, n. 6, p. 1763-1772, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02382014>.
  10. MELLO, A.L.; BRITO, L.J.S.; TERRA, M.G.; CAMELO, S.H. Estratégia organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. Rev Anna Nery, v. 22, n. 1, p. 1-5, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0192.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0192.pdf)
  11. MOREIRA, R.M.; SANTOS, C.E.S.; COUTO, E.S.; TEIXEIRA, J.R.B.; SOUZA, R.M.M.M. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. Rev Kairós Gerontologia, v. 16, n.2, p. 27-38, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/17629>.
  12. MOTTA, M.D.C.; PETERNELLA, F.M.N.; SANTOS, A.L.; TESTON, E.F.; MARCONI S.S. Educação em saúde junto a idosos com hipertensão e diabetes: estudo descritivo. Rev Uningá, v. 18, n. 2, p. 48-53, 2014. Disponível em: [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501\\_121328.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140501_121328.pdf).

13. OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA I.C. Atributos essenciais da atenção primária e estratégia saúde da família. Revista Brasileira de Enfermagem, v.66, n. esp, p. 158-64, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>.
14. ROTILLI, J.A.M.; CARLI, A.D.; MEREY, L.F.; SANTOS, M.L.M.; ROTILLI, G.R. O idoso dependente no contexto familiar após a alta do projeto cuidados continuados integrados. Rev investigação qualitativa em saúde, v. 1, n. 2, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1470>.
15. SALBEGO, C.; DORNELLES, C. S.; GRECO, P.B.T.; PRADEBON, V.M.; GABRIELA, F. A. Significado do cuidado para enfermagem de centro cirúrgico. Revista Rene, v. 16, n. 1, p. 46-53, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000100007>
16. SANTOS, W.J.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J. O. A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na estratégia saúde da família em Bambuí, Brasil. Rev Ciência & saúde coletiva, v. 19, n. 8, p. 3441-3450, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03441.pdf>.
17. SANTOS, W. P.; FREITAS, F. B. D.; SILVA, J. P.; SOUZA, F. T.; ALEXANDRINO, A.; COSTA, J. L. B.; ALENCAR, C. M. S. A. Doenças Crônicas não transmissíveis: conhecimentos e práticas de enfermeiros da atenção primária. REFACS, v. 6, n. 2, p. 620-627, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18554/refacs.v6i0.2395>.
18. SANTOS, W. P.; FREITAS, F. B. D.; SOUSA, V. A. G.; OLIVEIRA, A. M. D.; SANTOS, J. M. M. P.; GOUVEIA, B. L. A. Sobrecarga de cuidadores idosos que cuidam de idosos dependentes. Revista Cuidarte, v. 10, n. 2, p. 1-11, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.607>
19. SILVA, J.V.F.; SILVA, E.C.; RODRIGUES, A.P.R.A.; MIYAZAWA, A.P. A relação entre envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de Saúde Pública. Ciências Biológicas e da Saúde, v.2, n. 3, p. 91-100, 2015. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/2079>.

20. SILVA, R. S.; FEDOSSE, R. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência intelectual. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 26, n. 2, p. 357-366, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1220>
21. TRINDADE, A.P.N.T.; BARBOZA, M.A.; OLIVEIRA, F. B.; BORGES, A. P. O. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Rev Fisioter Mov, v. 26, n. 2, p. 281-286, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n2/05.pdf>.

## PERFIL DAS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO EM IDOSOS E A QUALIDADE EM SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA

Jessica Cristhyanne Peixoto Nascimento<sup>1</sup>  
Rodrigo Assis Neves Dantas<sup>2</sup>  
Daniele Vieira Dantas<sup>3</sup>

### RESUMO

Objetivo: traçar o perfil das publicações científicas sobre Acidente Vascular Encefálico em idosos e seus aspectos referentes à qualidade em saúde. Métodos: revisão sistemática da literatura, realizada em maio/2019, em seis bases de dados utilizando os descritores: *Aged, Aged, 80 and over, Geriatrics* e *Stroke*. Resultados: 23 estudos selecionados, em sua maioria quantitativos, descritivo, *Ex-post-facto* como procedimento prevalente, transversais. Os estudos identificados discutiram diversos aspectos referentes ao Acidente Vascular Encefálico, predominantemente acerca dos fatores de risco e das consequências decorrentes da patologia. Os componentes processo e resultado foram os mais encontrados nos artigos. Conclusão: os estudos sobre o AVE na população idosa apresentaram concordância com a tendência nas pesquisas em saúde atuais, em relação aos tipos de pesquisas predominantemente escolhidos. Os aspectos abordados abrangeram todas as fases da doença, bem como discutiram, em sua maioria a respeito dos fatores de risco, das consequências decorrentes do AVE, dos tratamentos utilizados/em teste, e da recuperação/reabilitação. A maioria dos estudos trouxe aspectos da qualidade em saúde referentes ao processo e aos resultados.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Cerebral, Idoso, Qualidade em saúde.

### INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em janeiro de 2017, as doenças arteriais coronarianas e o Acidente Vascular Encefálico (AVE) foram as principais causas de morte no mundo, chegando a cerca de 15 milhões de mortes, em 2015; o AVE é, então, o segundo colocado no *ranking* mundial e a primeira causa de mortes e incapacidades no Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; 2019).

O AVE, também conhecido como Acidente Vascular Cerebral (AVC), é definido como sendo a interrupção do fluxo sanguíneo para o tecido cerebral que pode ocasionar déficits sensitivos, cognitivos e/ou motores; é ocasionado por ruptura ou bloqueio de vasos sanguíneos e é principalmente causado pela junção de fatores de riscos, que podem ser classificados nos seguintes grupos: risco potencial (obesidade, sedentarismo, etilismo, uso de droga ilícitas),

---

<sup>1</sup>Mestranda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [jessicacristhy@gmail.com](mailto:jessicacristhy@gmail.com);

<sup>2</sup>Pós-doutor em Enfermagem, professor adjunto do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, [rodrigoenf@yahoo.com.br](mailto:rodrigoenf@yahoo.com.br);

<sup>3</sup>Pós-doutora em Enfermagem, professora adjunta do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, [daniele00@hotmail.com](mailto:daniele00@hotmail.com).

fatores modificáveis (Hipertensão Arterial Sistêmica, tabagismo, dislipidemias, Diabetes Mellitus), e fatores não modificáveis (sexo masculino, negros, anemia falciforme, população idosa) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; DOUGLAS, G. M., *et al*, 2016; BRASIL, 2017). Esse terceiro grupo tem demonstrado necessitar de atenção dos serviços de saúde, visto que não há como fazer a prevenção e/ou tratamento do fator em questão.

A despeito da população idosa, dados do Ministério da Saúde (2017) trazem que o Brasil possui a 5ª maior população idosa do mundo, com cerca de 28 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o equivalente a mais de 13 % da população do país. Concomitante a isso, a OMS (2014) já declarou que a tendência mundial é que os países cresçam no número de idosos e que atinjam o número de 2 bilhões de pessoas idosas no ano de 2050; consoante à diminuição da taxa de natalidade e diminuição na mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento, adicionados ao aumento na qualidade dos serviços prestados a essa população, esse contexto exige, então, investimentos em estratégias de apoio a essa população.

A população idosa vítima de AVE tem sido alvo de recentes pesquisas a respeito de métodos seguros e maneiras de prevenção, que buscam uma melhor qualidade na assistência e segurança nos procedimentos realizados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Essa perspectiva abrange a área de qualidade no cuidado que foi discutida por Donabedian (1988), que propôs a tríade: Estrutura (que discute aspectos referentes aos recursos físicos e humanos necessários a uma assistência de qualidade), Processo (aspectos referentes às atividades desenvolvidas entre profissional-usuário) e Resultados (diz respeito às modificações realizadas, sejam benéficas ou não) a fim de avaliar o cuidado prestado como adequado ou não.

Já foi identificado cientificamente que a incidência de AVE aumenta com a idade, em especial depois dos 55 anos, e que ocasiona mais prejuízos nessa população, quando comparada a mais jovem (WILLEY *et al*, 2012). Nesse âmbito, esse trabalho objetivou traçar o perfil das publicações científicas sobre Acidente Vascular Encefálico em idosos.

## **METODOLOGIA**

Revisão sistemática da literatura, que seguiu as etapas de formulação da questão de pesquisa, elaboração da estratégia de pesquisa, identificação, leitura, seleção e armazenamento de potenciais materiais, exame quanto à adequação das fontes, resumo dos materiais, análise, integração e síntese das informações, discussão dos achados e apresentação da revisão.

A pergunta norteadora dessa pesquisa foi elaborada seguindo a estratégia População, Interesse, Contexto (PICO), na qual foi identificada a população que se desejava ser estudada,

a população idosa; posteriormente o problema de interesse, o AVE e a qualidade em saúde; e o contexto, as publicações das bases de dados; a fim de encontrar as publicações relevantes resultando na seguinte pergunta de pesquisa: qual o perfil das publicações científicas sobre Acidente Vascular Encefálico em idosos e quais aspectos sobre a qualidade em saúde eles abordam?

Para a feitura deste trabalho, realizou-se busca bibliográfica, no mês de maio de 2019 nas seguintes bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); *Web of Science*, SciVerse Scopus (Scopus), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL) e Public Medline (PubMed), através do portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e na Biblioteca Cochrane. As buscas foram realizadas também na base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), no entanto, sem resultados que atendessem aos descritores selecionados.

Para o levantamento das publicações nas bases de dados na BVS e nas encontradas através dos periódicos CAPES, elegeram-se os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e do *Medical Subject Headings* (MeSH), a saber: Idoso (*Aged*), Idoso de 80 Anos ou mais (*Aged, 80 and over*), Geriatria (*Geriatrics*) e Acidente Vascular Cerebral (*Stroke*). O cruzamento desses descritores nas bases citadas ocorreu por meio dos operadores booleanos *AND* e *OR*, por meio do algoritmo “Stroke AND Geriatrics AND Aged OR Aged, 80 and over”.

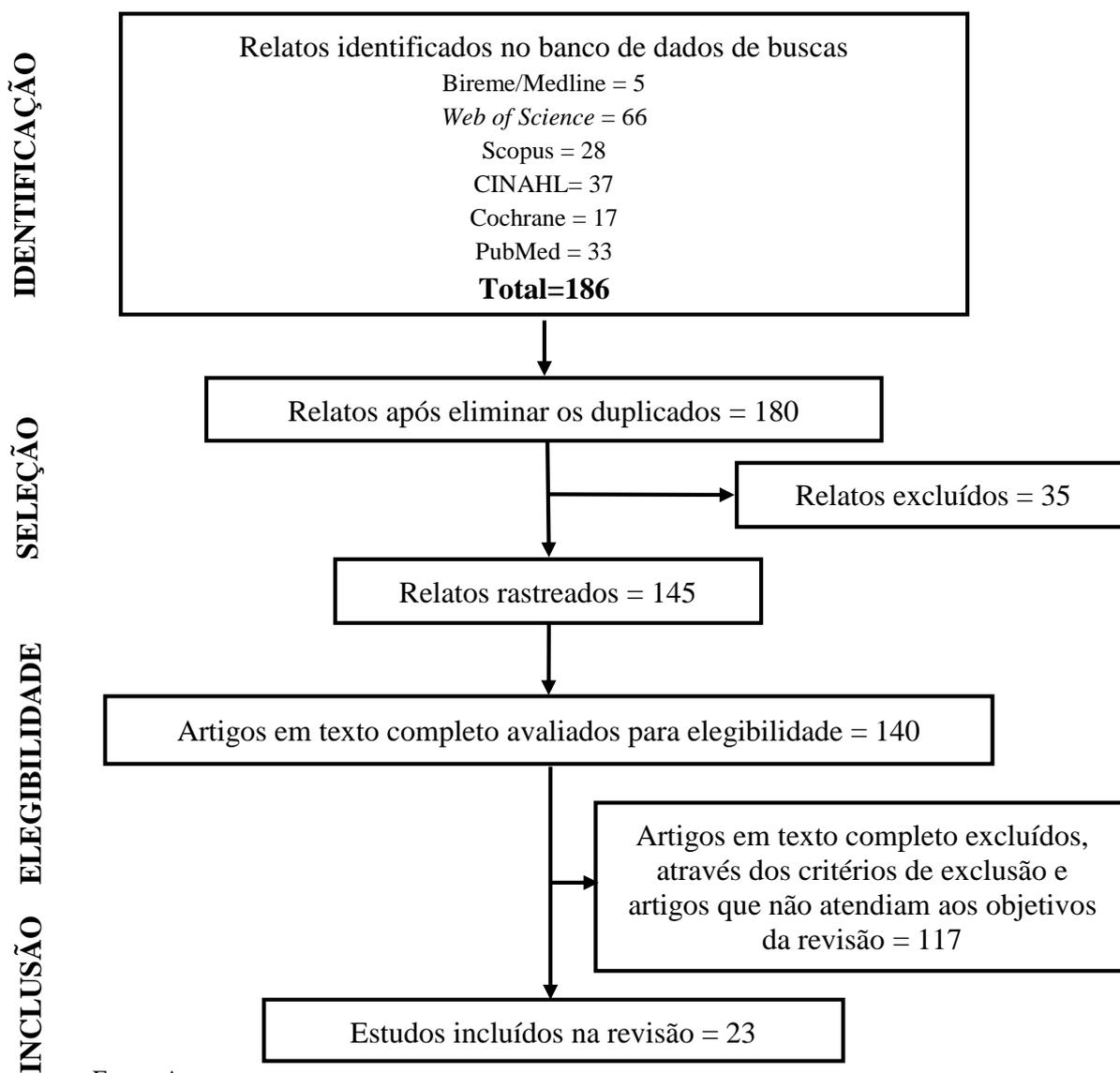
Os critérios de inclusão escolhidos para as publicações encontradas foram: artigos que atendessem ao questionamento de pesquisa disponíveis em qualquer idioma, que disponibilizassem gratuitamente texto completo nas bases de dados supracitadas e que houvessem sido publicadas nos últimos cinco anos. Quanto aos critérios de exclusão: artigos que desviassem da população-alvo, que enfatizassem outras doenças vasculares além do AVE ou que se apresentassem na forma de nota de revistas.

Utilizou-se um formulário estruturado, abrangendo questões referentes aos autores, ano de publicação, base de dados encontrada, tipo de publicação, tipo de pesquisa (abordagem, objetivos, procedimentos e tempo), país, temática abordada, componentes e indicadores utilizados em relação à qualidade em saúde.

O processo para avaliação das publicações selecionadas se deu através de leitura de todos os trabalhos, inserção dos dados do formulário em tabelas, realização de análise descritiva e apresentação dos resultados em quadros.

Após o procedimento da busca eletrônica nas bases de dados e bibliotecas mencionadas, 186 estudos foram encontrados, dos quais 23 formaram a amostra para essa revisão sistemática, após leitura de títulos, resumos e texto na íntegra, exclusão de relatos duplicados e seleção de estudos relevantes, como mostra a figura 1.

**Figura 1** - Fluxograma de seleção e obtenção dos estudos.



Fonte: Autores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A longevidade mundial tem aumentado nos últimos anos, logo, o envelhecimento tem se tornado um processo mais constante e natural quando comparado aos séculos passados, tendo em vista as políticas públicas que tem melhorado a saúde da população e tem permitido que ela

adquira uma maior expectativa de vida. É nesse contexto que surgem os desafios de se proporcionar um envelhecimento de qualidade e com o conceito ampliado de saúde e de incorporar esses meios às rotinas nos serviços de saúde, através da realização de pesquisas e identificação de resultados que possam cumprir esse objetivo. Logo, a realização de pesquisas sobre o Acidente Vascular Encefálico na população idosa se torna um incentivo aos investimentos de saúde para os órgãos públicos e para a sociedade (SILVA *et al.*, 2015).

A respeito dos resultados encontrados nesta revisão, concernente ao tipo de pesquisa quanto à abordagem, foram mais encontradas pesquisas quantitativas, com 19 (82,60%) publicações, conforme observado no Quadro 1; esse dado traz à luz a ampla utilização dessa abordagem em pesquisas em saúde, uma vez que toma observações quantificadas e realiza predições para a população com base nas amostras analisadas para a facilitação de tomada de decisões em saúde (HOWLETT, ROGO, SHELTON, 2014; TARIQ, WOODMAN, 2013).

Quanto aos objetivos, a descritiva foi a mais identificada, com 18 (78,26%) publicações, o que corrobora com o objetivo desse tipo de pesquisa, o de retratar precisamente as características da população estudada, que se adequa à pesquisa em saúde (TARIQ, WOODMAN, 2013; SHAUGHNESSY, ZECHMEISTER, ZECHMEISTER, 2012). O procedimento mais utilizado foi o *Ex-post-facto*, encontrado em 08 (34,78%) estudos, sendo um procedimento semelhante ao estudo experimental, visando o estudo de causa-efeito nas populações, no entanto, trabalhando com dados retrospectivos e sem a possibilidade de controle de todas as variáveis; o que não invalida o estudo, uma vez que algumas das pesquisas em questão demandam o uso de uma amostra já existente para o prosseguimento do estudo. Referente ao tempo, a pesquisa transversal se destacou com 20 (86,95%) escritos e o país de origem prevalente foi os Estados Unidos da América (EUA) com 05 (21,73%) (COHEN, MANION, MORRISON, 2011).

**Quadro 1** - Características dos estudos incluídos na revisão, de acordo com os autores, ano, base de dados, tipo de pesquisa (abordagem, objetivos, procedimentos e tempo) e país.

Nº de Ordem	Autor/Ano	Base de dados	Tipo de pesquisa (abordagem/Objetivos)	Tipo de pesquisa (Procedimento/Tempo)	País
1	AYDOĞDU, Y. T.; AYDOĞDU, O.; INAL, H. S, 2018	Scopus	Quantitativa/ Explicativa	Experimental/ Transversal	Turquia

2	BAHRMANN, P. <i>et al.</i> , 2015	Scopus	Qualitativa/ Descritiva	Formação de consenso (Delphi)/ Transversal	Alemanha
3	BEUMER, D. <i>et al.</i> , 2016	Web of Science	Quantitativa/ Descritiva	<i>Ex-post-facto</i> / Transversal	Holanda
4	COLLA-MACHADO, P. E. <i>et al.</i> , 2017	PubMed	Quantitativa/ Descritiva	Documental/ Transversal	Argentina
5	DOĞAN, N. O.; AKINCI, E.; GUMUS, H., 2016	Scopus	Quantitativa/ Descritiva	Documental/ Transversal	Turquia
6	FORTI, P., <i>et al.</i> , 2016	Web of Science	Quantitativa/ Descritiva	<i>Ex-post-facto</i> / Transversal	Itália
7	FUJIMOTO <i>et al.</i> , 2016	Web os Science	Quantitativa/ Explicativa	Experimental/ Transversal	Japão
8	KOHOK, D. D. <i>et al.</i> , 2018	Scopus	Quantitativa/ Descritiva	Documental/ Transversal	EUA
9	MATSUO, R. <i>et al.</i> , 2014	Web of Science	Quantitativa/ Explicativa	<i>Ex-post-facto</i> / Transversal	Japão
10	MENG, R. <i>et al.</i> , 2015	Cochrane	Quantitativa/ Descritiva	Experimental/ Transversal	EUA
11	O'BRIEN, S. R.; XUE, Y., 2016	CINAHL	Quantitativa/ Descritiva	<i>Ex-post-facto</i> / Transversal	EUA
12	PEQUIGNOT, R. <i>et al.</i> , 2016	CINAHL	Quantitativa/ Descritiva	<i>Ex-post-facto</i> / Longitudinal	França
13	PÉREZ, L. M. <i>et al.</i> , 2016	Cochrane	Quantitativa/ Descritiva	Documental/ Transversal	Espanha
14	SAJI, N. <i>et al.</i> , 2015	Scopus	Qualitativa/ Descritiva	Documental/ Transversal	Japão
15	SHIN, J. Y., <i>et al.</i> , 2015	Scopus	Quantitativa/ Descritiva	<i>Ex-post-facto</i> / Transversal	Coreia do Sul
16	SILVA, A. C. S., <i>et al.</i> , 2015	Medline	Quantitativa/ Descritiva	Documental/ Transversal	Brasil
17	TAULE, T. <i>et al.</i> , 2015	CINAHL	Qualitativa/ Exploratória	Com <i>Survey</i> / Longitudinal	Noruega
18	THANAKIATPINYO, T. <i>et al.</i> , 2014.	Cochrane	Quantitativa/ Descritiva	Experimental/ Transversal	Tailândia

19	TIMOTHY, E. K.; GRAHAM, F. P.; LEVACK, W. M. M., 2016	CINAHL	Qualitativa/ Exploratória	Com <i>Survey</i> / Transversal	Nova Zelândia
20	TO, C. Y., <i>et al.</i> , 2015	Web of Science	Quantitativa/ Descritiva	<i>Ex-post-facto</i> / Transversal	EUA
21	URSIN, M. H., <i>et al.</i> , 2014	CINAHL	Quantitativa/ Descritiva	Experimental/ Transversal	Noruega
22	VILLWOCK, M. R., <i>et al.</i> , 2014	Scopus	Quantitativa/ Descritiva	<i>Ex-post-facto</i> / Transversal	EUA
23	WARWICK, J., <i>et al.</i> , 2015	Web of Science	Quantitativa/ Descritiva	Experimental/ Longitudinal	Reino Unido

Fonte: Autores.

Houve publicações abarcando todos os estágios da patologia (prevenção, tratamento, reabilitação/recuperação), bem como referentes aos fatores de risco predisponentes, comorbidades associadas e estudos que abordaram a percepção do paciente de AVE, como podemos observar no Quadro 2.

No que se refere aos artigos publicados explorando os fatores de riscos, citados em 10 estudos (43,47%), foram encontrados estudos que abordaram a detecção precoce, bem como a utilização de exames complementares para a identificação dos fatores, a fim de contribuir na prevenção do Acidente Vascular Encefálico na população idosa, mas que também podem ser utilizados na população em geral, conforme referências que constam no quadro. Uma publicação recente, de Bayonaa *et al* (2017), aponta que a prevenção do AVE tem sido amplamente difundida através de anúncios, manuais e protocolos, que incluem prevenção primária, secundária, intra-hospitalar e procedimentos em situações de emergência, disponíveis em meios impressos, virtuais ou de mídias televisivas.

Os casos que impulsionaram os escritos científicos, conforme referências apresentadas no quadro 1, foram, em especial, escolhidos devido à lacuna existente em investigações na população idosa, por ser uma população fragilizada. É notória a vasta possibilidade de aproveitamento das pesquisas realizadas por outrem na escolha ideal de terapia para cada singularidade encontrada e conhecimento nas causas e efeitos adversos aos tratamentos manipulados.

Essas pesquisas, portanto, proporcionam a tomada de decisões e oferecem um arcabouço para criação de políticas a despeito do AVE na população idosa, abrangendo as áreas de prevenção, tratamento e reabilitação de forma a oferecer um serviço eficaz e de qualidade.

**Quadro 2 - Aspectos abordados nos artigos científicos a respeito de AVE na pessoa idosa.**

<b>Autores</b>	<b>Aspectos abordados</b>
6, 8, 11, 13, 14, 16, 17, 19, 21	Consequências decorrentes do AVE.
2, 5, 6, 8, 11, 12, 14, 15, 20, 23	Fatores de risco predisponentes.
1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 20, 22, 23	Tratamentos utilizados ou em teste para idosos com AVE.
2, 8	Comorbidades e seus impactos.
2, 5	Prevenção do AVE.
2, 14	Diagnóstico e detecção precoce do AVE.
1, 2, 3, 10, 11, 13, 17, 18, 19, 21	Recuperação e reabilitação pós-AVE.
4, 13	Fluxo de atenção ao paciente de AVE.
17, 19	Perspectivas do paciente frente à condição pós-AVE.

Fonte: Autores.

Nos aspectos de qualidade no cuidado, foram encontradas publicações que discorreram a respeito dos três componentes da tríade de Donabedian (1988), como demonstra o Quadro 3. Desses, quatro trouxeram aspectos referentes à estrutura, principalmente relacionados à disponibilidade de profissionais qualificados/especializados no tratamento de idosos com AVE, bem como a respeito da presença de diretrizes de tratamento. Já o aspecto processo esteve presente em 22 estudos (86,95%), abordando a utilização de procedimentos normatizados, introdução de novos procedimentos e medicamentos; e os resultados foram discutidos em todos os artigos desta revisão.

Esse padrão foi também observado em revisões de Machado, Martins e Martins (2013) e de Hakkarainen *et al* (2015); realizadas a respeito do padrão da qualidade no cuidado hospitalar e no cuidado de enfermagem, que também trouxeram as relações diretas de pessoal qualificado com uma melhora nos indicadores de resultados encontrados. Fato esse que recomenda a presença das intervenções de profissionais qualificados das diversas especialidades nos serviços de saúde, uma vez que permitem uma atuação multiprofissional, o aumento na segurança do paciente e na qualidade do serviço prestado (REEVES *et al*, 2017).

Os estudos de Hsieh, Wub, Sungb (2017), Salinas *et al* (2016) e Persenius *et al* (2015) ainda demonstraram uma tendência de pesquisas que enfatizam os resultados encontrados/esperados, através da utilização de iniciativas para o melhoramento da qualidade no serviço, demonstrando que os resultados advêm diretamente do cuidado prestado (processo) que possibilita uma diminuição nos índices de mortalidade, morbidade e incapacitação.

Por fim, vale salientar que ainda há lacunas nas pesquisas nessa população, uma vez que a fragilização da idade impede que a condução de alguns estudos experimentais sejam realizados, como citado em todos os artigos dessa revisão.

**Quadro 3** - Aspectos abordados em relação à qualidade em saúde de acordo com a tríade de Donabedian (1988).

<b>Autores</b>	<b>Componentes em relação à qualidade em saúde (Donabedian, 1988).</b>	<b>Indicadores abordados</b>
2, 10, 17, 19	Estrutura	Profissionais especialistas presentes ou não, custos de medicamentos, custos de procedimentos, disponibilidade de equipamentos e diretrizes de tratamento.
1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 23	Processo	Utilização de procedimentos normatizados, introdução de procedimentos e/ou medicamentos no tratamento.
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23	Resultados	Mortalidade, morbidade, incapacidade, nível de ocorrência de efeitos colaterais de medicações e procedimentos, tempo de internação, opinião de usuários.

Fonte: Autores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre o Acidente Vascular Encefálico na população idosa foram caracterizados como sendo predominantemente quantitativos, transversais, descritivos e utilizando o procedimento *Ex-post-facto*. Os aspectos abordados abrangeram todas as fases da doença, bem como discutiram, em sua maioria, a respeito dos fatores de risco, das consequências decorrentes do AVE, dos tratamentos utilizados/em teste, e da recuperação/reabilitação. A maioria dos estudos trouxe aspectos da qualidade em saúde referentes ao processo e aos resultados, que cooperam na identificação de lacunas e necessidades dos serviços prestados, ajudando na sua melhoria e adequação.

Há de se ressaltar que houve relato unânime quanto à falta de estudos prospectivos nessa população, sendo a principal razão citada a fragilização e vulnerabilidade da população idosa. Outra limitação desse estudo foi a utilização exclusiva de textos na íntegra e gratuitos que podem ter excluído estudos de relevância no campo do AVE em idosos; que, entretanto, não impediu a seleção de estudos que abordassem temáticas pertinentes.

O estabelecimento da caracterização dos estudos e temáticas abordadas sobre o AVE permitirá guiar futuros estudos no que diz respeito à escolha de métodos e temáticas abordadas que sejam relevantes e tenham impacto na qualidade da saúde da população idosa uma vez que apresenta o estado das pesquisas dos últimos cinco anos nesse campo.

## REFERÊNCIAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Top 10 causes of death**. 2018. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de atenção à reabilitação da pessoa com acidente vascular cerebral**. Brasília, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health topics – Stroke, Cerebrovascular accident**. Disponível em: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/). Acesso em: 20 abr. 2019.

DOUGLAS, G. M., *et al.* Predicting Stroke Risk Based on Health Behaviours: Development of the Stroke Population Risk Tool (SPoRT). **PLOS ONE**, v. 10, n. 12, p. 1-16, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4670216/?tool=pubmed>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde- Conjunto de ações do governo foca na saúde dos idosos**. 2017. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/conjunto-de-acoes-do-governo-foca-na-saude-dos-idosos>. Acesso em: 20 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **“Ageing well” must be a global priority**. Geneva, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>. Acesso em: 21 abr. 2019.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356>. Acesso em: 05 maio 2019.

WILLEY, J. Z. *et al.* Impact of acute ischemic stroke treatment in patients over age 80: the SPOTRIAS consortium experience. **Stroke**, v. 49, n. 9, p. 2369-2375, set. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3429792/>. Acesso em: 05 maio 2019.

AYDOĞDU, Y. T.; AYDOĞDU, O.; INAL, H. S. The Effects of Dual-Task Training on Patient Outcomes of Institutionalized Elderly Having Chronic Stroke. **Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra**, v. 8, n. 3, p. 328-332, set-dez. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6206953/>. Acesso em: 04 maio 2019.

BAHRMANN, P. *et al.* Optimal Stroke Prevention in the Geriatric Patient with Atrial Fibrillation: Position Paper of an Interdisciplinary Expert Panel. **Drug Research**, v. 65, n. 10, p. 505-514, out. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25285794>. Acesso em: 04 maio 2019.

BEUMER, D. *et al.* The effect of age on outcome after intraarterial treatment in acute ischemic stroke: a MR CLEAN pretrial study. **BCM Neurology**, v. 16, n. 68, p. 1-7, maio 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4869391/>. Acesso em: 04 maio 2019.

COLLA-MACHADO, P. E. *et al.* ¿Es comparable la seguridad y eficacia del uso de trombolíticos en el ictus isquémico en mayores y menores de 80 años? Experiencia en una cohorte argentina. **Revista de Neurologia**, v. 64, n. 8, p. 347-352, jan. 2017. Disponível em: <https://www.neurologia.com/articulo/2016363>. Acesso em: 04 maio 2019.

DOĞAN, N. O.; AKINCI, E.; GUMUS, H.; AKILLI, N. B.; AKSEL, G. Predictors of Inhospital Mortality in Geriatric Patients Presenting to the Emergency Department With Ischemic Stroke. **Clinical and Applied Trombosis/Hemostasis**, v. 22, n. 3, p. 280-284, abr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?hl=pt-BR&term=predictors+of+inhospital+mortality+in+geriatric+patients+presenting+to+emergency+department+with+ischemic+stroke>. Acesso em: 04 maio 2019.

FORTI, P., *et al.* Homocysteinemia and early outcome of acute ischemic stroke in elderly patients. **Brain and Behavior**, v. 6, n. 5, p. 1-8, maio 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4828585/>. Acesso em: 04 maio 2019.

FUJIMOTO, S. *et al.* Effect of oral cilostazol on acute neurological deterioration and outcome of noncardioembolic minor stroke. **Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics**, v. 7, n. 1, p. 21-26, mar. 2016. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833515000878>. Acesso em: 04 maio 2019.

KOHOK, D. D. *et al.* Post-stroke hypertension control and receipt of health care services among veterans. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 20, n. 2, p. 382-387, fev. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jch.13194>. Acesso em: 04 maio 2019.

MATSUO, R. *et al.* Intravenous Thrombolysis with Recombinant Tissue Plasminogen Activator for Ischemic Stroke Patients over 80 Years Old: The Fukuoka Stroke Registry. **PLOS ONE**, v. 9, n. 10, p. 1-7, out. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25329379>. Acesso em: 04 maio 2019.

MENG, R. *et al.* Ischemic Conditioning Is Safe and Effective for Octo- and Nonagenarians in Stroke Prevention and Treatment. **Neurotherapeutics**, v. 12, n. 3, p. 667-677, jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25956401>. Acesso em: 04 maio 2019.

O'BRIEN, S. R.; XUE, Y. Inpatient Rehabilitation Outcomes in Patients With Stroke Aged 85 Years or Older. **Physical Therapy**, v. 96, n. 9, p. 1381-1388, set. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26916929>. Acesso em: 04 maio 2019.

PEQUIGNOT, R. *et al.* High Level of Depressive Symptoms at Repeated Study Visits and Risk of Coronary Heart Disease and Stroke over 10 Years in Older Adults: The Three-City Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 1, p. 118-125, jan. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26782860>. Acesso em: 04 maio 2019.

PÉREZ, L. M. *et al.* Rehabilitation Profiles of Older Adult Stroke Survivors Admitted to Intermediate Care Units: A Multi-Centre Study. **PLOS ONE**, v. 11, n. 11, p. 1-13, nov. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27829011>. Acesso em: 04 maio 2019.

SAJI, N. *et al.* White matter hyperintensities and geriatric syndrome: An important role of arterial stiffness. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 15, n. 1, p. 17-25, dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26671153>. Acesso em: 04 maio 2019.

SHIN, J. Y., *et al.* A comparison of risperidone and haloperidol for the risk of ischemic stroke in the elderly: a propensity score-matched cohort analysis. **Journal of Psychopharmacology**, v. 29, n. 8, p. 903-909, ago. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25827642>. Acesso em: 04 maio 2019.

SILVA, A. C. S., *et al.* Idosos acometidos por Acidente Vascular Encefálico: uma visão gerontogeriatrica, a partir do levantamento bibliográfico de trabalhos publicados na Revista

Kairós Gerontologia. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 151-156, jan-mar. 2015. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/25515/18180>. Acesso em: 04 maio 2019.

TAULE, T. *et al.* Striving for a life worth living: stroke survivors' experiences of home rehabilitation. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 29, n. 4, p. 651-661, dez. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25648326>. Acesso em: 04 maio 2019.

THANAKIATPINYO, T. *et al.* The efficacy of traditional Thai massage in decreasing spasticity in elderly stroke patients. **Clinical Interventions in Aging**, v. 11, n. 9, p. 1311- 1319, ago. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25143717>. Acesso em: 04 maio 2019.

TIMOTHY, E. K.; GRAHAM, F. P.; LEVACK, W. M. M. Transitions in the Embodied Experience After Stroke: Grounded Theory Study. **Physical Therapy Journal**, v. 96, n. 10, p. 1565-1575, out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27103225>. Acesso em: 04 maio 2019.

TO, C. Y., *et al.* Outcome of mechanical thrombectomy in the very elderly for the treatment of acute ischemic stroke: the real world experience. **Acta Radiologica Open**, v. 4, n. 9, p. 1-4, jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4580118/>. Acesso em: 04 maio 2019.

URSIN, M. H., *et al.* Balance and mobility in acute stroke: Association with subgroups of stroke and socio-demographic characteristics. **European Journal of Physiotherapy**, v. 16, n. 4, p. 230-237, jul. 2014. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/21679169.2014.934280>. Acesso em: 04 maio 2019.

VILLWOCK, M. R., *et al.* Acute ischaemic stroke outcomes following mechanical thrombectomy in the elderly versus their younger counterpart: a retrospective cohort study. **BMJ Open**, v. 4, n. 3, p. 1-5, mar. 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24650806>. Acesso em: 04 mai. 2019.

WARWICK, J., *et al.* No evidence that frailty modifies the positive impact of antihypertensive treatment in very elderly people: an investigation of the impact of frailty upon treatment effect in the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET) study, a double-blind, placebo-controlled study of antihypertensives in people with hypertension aged 80 and over. **BCM Medicine**, v. 13, n. 78, p. 1-8, abr. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25880068>. Acesso em: 04 maio 2019.

HOWLETT, B.; ROGO, E. J.; SHELTON, T. G. **Evidence Based Practice for Health Professionals: An Interprofessional Approach**. Burlington: Jones & Bartlette Learning, 2014. p. 51-53.

TARIQ, S.; WOODMAN, J. Using mixed methods in health research. *JRSM Short Reports*, v. 4, n. 6, p. 1-8, jun. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3697857/>. Acesso em 05 maio 2019.

INGHAM-BROOMFIELD, B. A nurses' guide to Quantitative Research. **Australian Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 2, p. 32-38, fev. 2015. Disponível em: <http://www.ajan.com.au/Vol32/Issue2/4Broomfield.pdf>. Acesso em 05 maio 2019.

SHAUGHNESSY, J. J.; ZECHMEISTER, E. B.; ZECHMEISTER, J. S. **Research Methods in Psychology**. Nova York: McGraw-Hill, 2012. p. 91-136.

COHEN, L.; MANION, L.; MORRISON, K. **Research Methods in Education**. 7. ed. Nova York: Rutledge; 2011.

BAYONAA, H. *et al.* A systematic comparison of key features of ischemic stroke prevention guidelines in low- and middle-income vs. high-income countries. **Journal of the Neurological Sciences**, v. 15, n. 375, p. 360-366, abr. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813247/pdf/nihms938252.pdf>. Acesso em: 06 maio 2019.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública** v. 29, n. 6, p. 1-20, jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000600004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600004&lng=en). Acesso em: 06 maio 2019.

HAKKARAINEN, T. W. *et al.* Structure, process, and outcomes in skilled nursing facilities: understanding what happens to surgical patients when they cannot go home. A systematic review. **Journal of Surgical Research**, v. 193, n. 2, p. 772-780, fev. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4270469/>. Acesso em: 06 maio 2019.

REEVES, S. *et al.* Examining the nature of interprofessional interventions designed to promote patient safety: a narrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 29, n. 2, p. 144-150, fev. 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/29/2/144/2995023>. Acesso em: 06 maio 2019.

HSIEH, C. Y.; WUB, D. P.; SUNGB, S. F. Trends in vascular risk factors, stroke performance measures, and outcomes in patients with first-ever ischemic stroke in Taiwan between 2000 and 2012. **Journal of the Neurological Sciences**, v. 15, n. 378, p. 80-84, maio 2017. Disponível em: [https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(17\)30297-6/fulltext](https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(17)30297-6/fulltext). Acesso em: 06 maio 2019.

SALINAS, J. *et al.* An International Standard Set of Patient-Centered Outcome Measures After Stroke. **Stroke**, v. 47, n. 1, p. 180-186, jan. 2016. Disponível em: <http://stroke.ahajournals.org/content/47/1/180>. Acesso em: 06 maio 2019.

PERSENIUS, M. *et al.* Clinical nursing leaders' perceptions of nutrition quality indicators in Swedish stroke wards: a national survey. **Journal of Nursing Management**, v. 23, n. 6, p. 705-715, set. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26340320>. Acesso em: 06 maio 2019.

## PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS LONGEVOS COMUNITÁRIOS

Ana Cláudia Torres de Medeiros<sup>1</sup>  
Dhébora Rhanny Ribeiro Escorel Barros<sup>2</sup>  
Diana Couto Assis<sup>3</sup>  
Kaio Gabriel Nunes da Silva<sup>4</sup>

### RESUMO

As mudanças no perfil demográfico mundial nas últimas décadas como consequência de diminuição da taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, contribuíram para o crescimento acelerado da população idosa, indicando a necessidade de uma reorganização social. Dentro desse grupo estão os idosos longevos (idade igual ou superior a 80 anos), subgrupo que mais cresce dentro dessa faixa. Assim, o estudo buscou caracterizar o perfil sociodemográfico e a autopercepção de saúde de idosos longevos da comunidade. Estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, realizado nos domicílios de idosos longevos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, no município de Campina Grande, Paraíba. Foi utilizado um instrumento/questionário, dividido em duas partes, elaborado para o estudo, constituindo-se em: aspectos sociodemográficos, autopercepção de saúde e Mini Exame do Estado Mental. Participaram do estudo 101 idosos longevos, dos quais os achados sociodemográficos indicam o predomínio de mulheres (71,2%), faixa etária entre 80 e 89 anos (83,1%), cor parda (59,4%), viúvos (60,3%), moram acompanhados (87,1%), presença de cuidador (50,4%), de baixa escolaridade (47,5%), não trabalham (93,0%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (76,2%) cuja origem é predominantemente a aposentadoria (88,1%). Outro determinante avaliado, foi a autopercepção de saúde dos idosos longevos, cuja maioria relatou ser regular (54,4%). O estudo mostrou que conhecer o perfil deste contingente populacional é fundamental para o planejamento de ações e atividades de acordo com a sua realidade local, visando a promoção de saúde e qualidade de vida deste segmento etário.

**Palavras-chave:** Idoso de 80 anos ou mais, Envelhecimento, Autopercepção de saúde, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

### INTRODUÇÃO

Os parâmetros demográficos globais têm sofrido diversas alterações nas últimas décadas, como consequência de mudanças epidemiológicas, estruturais e econômicas, que

<sup>1</sup> Doutora pela Universidade Federal da Paraíba- UFPB, docente da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, [anaclaudia.tm@hotmail.com](mailto:anaclaudia.tm@hotmail.com);

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, [dheb.escorel@hotmail.com](mailto:dheb.escorel@hotmail.com);

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, [coutodiassis@gmail.com](mailto:coutodiassis@gmail.com);

<sup>4</sup> Graduando do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, [kaionunes0@gmail.com](mailto:kaionunes0@gmail.com);

favorecem a um novo padrão de crescimento populacional, caracterizado pela redução da taxa de fecundidade e mortalidade, o aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente o envelhecimento da população (SOUSA et al., 2018). Por isso, os países têm buscado, compreender o processo de envelhecimento populacional, procurando alternativas para manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

O aumento da população idosa traz consigo algumas preocupações de cunho econômico, social, construção de políticas públicas e saúde pública (KEOMMA, 2018). O acréscimo da expectativa de vida tem provocado também a necessidade de uma readequação cultural, refletindo sobre o papel do idoso na sociedade (SANTOS JUNIOR et al., 2018). Dentro desse grupo, os idosos longevos (com idade igual ou superior a 80 anos) são o segmento etário que mais cresce (RIBEIRO et al., 2015). Além disso, os idosos longevos são considerados representantes do grupo mais heterogêneo (HUDSON; GOODWIN, 2013). Alguns poucos apresentam boas condições de saúde, e uma parcela significativa enfrenta condições de saúde que os colocam em situação de vulnerabilidade e a desfechos adversos de saúde, como incapacidade e hospitalização (CARSTENSEN; FRIED, 2013).

Segundo o IBGE (2018), no ano de 2010, a população de idosos longevos no Brasil era de 1,52%, sendo sua projeção para 2060 de 8,36%, enquanto que na Paraíba essa população representava 2,1%, com expectativa para 7,88%. Assim, é imprescindível que os profissionais da área de saúde, especialmente, o(a) enfermeiro(a) proporcione um cuidado sistematizado e personalizado às necessidades reais da pessoa idosa longeva.

Considerando que o perfil sociodemográfico da população brasileira tem passado por consideráveis alterações nos últimos 40 anos, a atenção à saúde do idoso torna-se um dos mais importantes desafios para a sociedade brasileira (CONFORTIN et al., 2017). Para tanto, as projeções suscitam mais esforços para a ampliação de cuidados constantes e o desenvolvimento de insumos que promovam um envelhecimento ativo e saudável. Sabe-se que os idosos longevos apresentam características fisiológicas, psicológicas e socioeconômicas diferenciadas de outros indivíduos, que predispõem a doenças crônicas, vulnerabilidade e baixa qualidade de vida (GRDEN et al., 2015). Destaca-se que o processo de envelhecimento traz consigo uma diminuição das capacidades fisiológicas fundamentais para manter a independência em tarefas diárias e garantir boa qualidade de vida (RIKI; JONES, 2013; BUCHMAN et al., 2011). Um fator de grande importância que está diretamente relacionado a essas condições mas na maioria das vezes é negligenciada, é a autopercepção de saúde. Para Aguilar-Palacio; Carrera-

Lasfuentes e Rabanaque (2015), autopercepção de saúde é considerado um indicador utilizado em inquéritos de saúde que, embora subjetivo, propicia uma medida eficaz, rápida e de baixo custo sobre a saúde de grupos populacionais. De acordo com Jerez-Roig et al. (2016), este é considerado um indicador preditor do número de doenças crônicas, grau de incapacidade funcional e depressão, pressupostos relacionado a mortalidade na população idosa. Krug et al. (2018) enfatiza que o avanço da idade pode piorar a autopercepção de saúde, além disso, a maioria dos estudos com essa temática abordam a autopercepção de saúde negativa.

Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada preferencial dos sistemas de saúde, caracteriza-se como uma fonte de suporte social ideal, sendo este um dos mais importantes preditores de saúde e bem-estar, pois avalia suas condições de saúde e pode prever sua sobrevivência (SOUSA et al., 2018; BORGES et al., 2014). Nessa perspectiva, é fundamental que os profissionais de saúde compreendam que a integralidade da atenção ao idoso, no âmbito da APS, necessita estar voltada a uma visão ampliada do indivíduo, observando e investigando aspectos que vão além das condições crônicas (MEDEIROS et al., 2017).

Considerando essas questões, torna-se relevante traçar o perfil social e autopercepção de saúde dos idosos com idade mais avançada, uma vez que esses dois indicadores estão intimamente correlacionados, tendo em vista que conhecê-los também pode ser útil ao planejamento em saúde, além de contribuir para o sucesso das intervenções desenvolvidas, principalmente na APS. Para tanto, a obtenção desses dados e sua análise fornecem informações pertinentes para o desenvolvimento de novos estudos e no desenvolvimento de estratégias na promoção à saúde e prevenção de doenças e incapacidades por parte dos profissionais de saúde. Além disso, os idosos longevos apresentam um perfil heterogêneo, especificando ainda mais esse público. Assim, o presente estudo buscou caracterizar o perfil sociodemográfico e a autopercepção de saúde de idosos longevos da comunidade.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva visa a descrição de fatos ou fenômenos, estabelecendo relações entre as variáveis que são objeto de estudo, utilizando-se de questionários, entrevistas, estudos de caso e saídas a campo para fazer o levantamento dos dados. Já o estudo do tipo transversal apresenta uma investigação que identifica e explica variáveis em um determinado espaço de tempo. Por sua

vez, uma pesquisa quantitativa utiliza-se de dados quantificáveis para explicar causas, consequências e inter-relações entre fenômenos (VIEIRA, 2010).

Foi realizado nos domicílios de idosos longevos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas no município de Campina Grande – PB, no agreste paraibano, no período entre janeiro e abril de 2019. Sendo este município organizado e dividido em 10 distritos sanitários, a pesquisa foi realizada em uma unidade por distrito, qual foi escolhida aleatoriamente, levando-se em consideração apenas a presença de idosos longevos na área que possui cobertura da UBS.

A população desse estudo é constituída por idosos com idade igual ou superior a 80 anos cadastrados na ESF, por meio das UBS do município de Campina Grande – PB. A amostra é probabilística, ou seja, selecionada aleatoriamente, na qual cada pessoa que faz parte da população escolhida para o estudo teve a mesma probabilidade conhecida de integrar a amostra.

Como critérios de inclusão, foram considerados: ter idade igual ou superior a 80 anos, estar cadastrado na ESF, ser capaz de expressar-se oralmente, possuir capacidade cognitiva suficiente para responder ao Mini Exame do Estado Mental – MEEM e ser encontrado em seu domicílio durante a coleta de dados. Como critérios de exclusão, foram considerados: apresentar déficit cognitivo que o impossibilitasse de responder o Mini Exame do Estado Mental – MEEM e não ser encontrado em seu domicílio após duas tentativas.

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento/questionário, dividido em duas partes, elaborado para o estudo, constituindo-se em : I – aspectos sociodemográficos (sexo, faixa etária, cor da pele, situação conjugal, arranjo domiciliar (se mora sozinho ou acompanhado), presença de cuidador, escolaridade, trabalha atualmente, origem da renda, renda familiar e autopercepção de saúde referida pelos idosos, classificando sua saúde no momento da pesquisa como: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim; II – composto por uma escala validada para o rastreamento de déficit cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN, 1975).

Os dados coletados foram codificados e transcritos para uma planilha do Microsoft Excel® 2013, sendo desenvolvida por meio do mesmo programa uma estatística descritiva simples com uso de frequência relativa.

Essa pesquisa baseou-se nas diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, contidas na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro e recebeu o parecer favorável nº 2.981.706. Antes da realização, cada idoso longevo e seu representante legal foram informados de que, caso aceitassem

participar do estudo, assinariam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias de igual teor.

Para a realização desse estudo, foi solicitado à Gerência da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde a relação de todas as Unidades de Saúde da Família por Distrito Sanitário.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 101 idosos longevos atendidos e cadastrados em Unidades Básicas de Saúde do município de Campina Grande – PB, dos quais os achados sociodemográficos indicam o predomínio de mulheres (71,2%), faixa etária entre 80 e 89 anos (83,1%), cor parda (59,4%), viúvos (60,3%), moram acompanhados (87,1%), presença de cuidador (50,4%), de baixa escolaridade (47,5%), não trabalham (93,0%), com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (76,2%) cuja origem principal é a aposentadoria (88,1%) representados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas de idosos longevos comunitários. Campina Grande – PB, 2019.

Variáveis	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	72	71,2
Masculino	29	28,7
<b>Faixa etária</b>		
80-89 anos	84	83,1
90-99 anos	17	16,8
≥100 anos	-	-
<b>Cor autorreferida</b>		
Branco(a)	27	26,7
Preto (a)	11	10,8
Pardo(a)	60	59,4
Amarelo(a)	3	2,9
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro(a)	11	10,8
Casado(a)/ União estável	25	24,7
Divorciado(a)	4	3,9
Viúvo(a)	61	60,3
<b>Arranjo domiciliar</b>		
Só	13	12,8
Acompanhado	88	87,1
<b>Presença de cuidador</b>		
Sim	51	50,4
Não	50	49,5

**Anos de estudo**

Nenhum	40	39,6
Ensino fundamental incompleto	48	47,5
Ensino fundamental completo	3	2,9
Ensino médio incompleto	2	1,9
Ensino médio completo	4	3,9
Ensino superior completo	4	3,9
<b>Trabalha</b>		
Sim	7	6,9
Não	94	93,0
<b>Origem da renda</b>		
Aposentadoria	89	88,1
Pensão	8	7,9
Doação/ajuda de familiares e/ou amigos	1	0,9
Amparo social	2	1,9
Benefício	1	0,9
<b>Renda familiar</b>		
1 a 3 salários mínimos	77	76,2
3,5 a 5 salários mínimos	21	20,7

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

As mudanças no perfil demográfico nas últimas décadas como consequência da urbanização, industrialização, do aumento da renda, educação e saúde pública, associadas ao declínio da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, contribuíram para o crescimento acelerado da população idosa, indicando a necessidade de uma reorganização social (COURA et al., 2014; PORCIÚNCULA et al., 2014).

O idoso longo, dentro da Estratégia de Saúde da Família, deve ser atendido conforme suas especificidades, compreendendo que o avanço da idade, alterações fisiológicas e o surgimento comorbidades influenciam em sua qualidade de vida. Dessa forma, atribui-se grande importância em investigar algumas das variáveis determinantes nesse processo, como o conhecimento do perfil social dessas pessoas (uma vez que a parcela longeva dos idosos é bastante heterogênea). Assim, torna-se mais fácil desenvolver ações efetivas de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Nesta investigação a maioria dos entrevistados eram mulheres, compreendendo a 71,2% do total. Ressalta-se que a feminização é um processo que tem sido evidenciado no Brasil (LIBERALESSO et al., 2017). Esse achado corrobora com estudos anteriores e se deve a um fenômeno já observado e discutido na literatura, apontado como a “feminização da velhice” (JORGE et al., 2017; GRDEN et al., 2015; PORCIÚNCULA et al., 2014). Esse fenômeno revela uma desigualdade de gênero na expectativa de vida e pode ser explicado por alguns fatores de ordem cultural, como menos exposição a riscos ocupacionais, uma vez que o papel predominante da mulher estava voltado aos afazeres domésticos, maior índice de mortalidade masculina e a baixa procura pelos serviços de saúde por esse público (PEREIRA, et al., 2014 ; SANTOS et al., 2013; SANTOS et al., 2016).

Esse achado implica em demandas por políticas públicas mais específicas, pois num contexto histórico e cultural, são apontados diversos obstáculos no acesso à educação, salário e trabalho entre as mulheres, ao longo da vida, tornando-as mais propensas à situação de fragilidade socioeconômica (PEREIRA et al., 2014).

Considerando ainda a Tabela 1, no que diz respeito a faixa etária, os participantes apresentaram-se predominantemente entre os 80 a 89 anos (83,1%), semelhante aos estudos de Liberalesso et al. (2017) e Jorge et al. (2017), em que os idosos nessa mesma faixa etária correspondia a 82,6% e 79,31% respectivamente. Outra variável observada nesse estudo foi a cor da pele, em que 59,4% dos idosos longevos declararam-se pardos, diferindo do estudo de Pereira et al. (2014) realizado em um município do Paraná, em que 71% dos idosos longevos declararam-se com brancos, esse fato se dá devido as divergências de colonização das regiões Sul e Nordeste.

O estado conjugal caracterizado predominantemente por viúvos(as) (60,3%), corrobora com os estudos de Queiroz et al. (2016) em que os(as) viúvos(as) representavam 61,9% da amostra e, com o de Jorge et al. (2017) em que os idosos longevos representavam 62% dos entrevistados. Vale salientar que a viuvez feminina é duas vezes maior que a masculina (PORCIÚNCULA et al., 2014). A viuvez é um estado conjugal de ressignificação social de um indivíduo que abrange aspectos socioculturais, econômicos, biológicos e subjetivos. Portanto a complexidade em torno desse processo, requer dos profissionais de saúde preparação adequada para seu enfrentamento (BANDEIRA et al., 2016). Para tanto, torna-se essencial o fortalecimento de políticas direcionadas ao idoso com o propósito de garantir um cuidado digno nessa fase da via, posto que nem sempre o suporte familiar é suficiente (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

Quanto à escolaridade, a maioria dos entrevistados não estudou ou não concluiu o ensino fundamental, semelhante a outros estudos realizados com idosos longevos no Brasil (COURA et al., 2016; PORCIÚNCULA et al., 2014; LIBERALESSO et al., 2017; JORGE et al., 2017). Dados do IBGE (2016), indicam que pessoas com idade igual ou superior a 65 anos possuem baixa média de anos de estudos (5,7 anos) e 65,5% delas tinham apenas o ensino fundamental como nível de instrução mais elevado.

Jorge et al., (2017) realizaram um estudo quantitativo, descritivo e transversal, tendo como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e as condições sociais de idosos octogenários. Dos participantes, observou-se que a maioria (51,72%) moravam sozinhos, seguindo uma tendência social. Esses foram achados incompatíveis com o

presente estudo, que identificou que a maioria dos idosos moram acompanhados (87,1%), sendo sua maioria acompanhados por filhos e netos.

As altas proporções de analfabetismo e baixa escolaridade entre os muitos idosos contextualizam-se no começo do século XX, pelo limitado estímulo ensino público, exclusão da mulher ao acesso à educação, difícil acesso às escolas, seguida pela necessidade de ajudar na renda da família (NOVAIS et al., 2016; PEREIRA et al., 2014; COURA et al., 2016). A pouca instrução dos idosos longevos é preocupante, pois relaciona-se com a baixa renda dos mesmos (76,2%), aumento de comorbidades, pontencializa o processo de fragilidade, diminuição na qualidade de vida, e (COURA et al., 2016; JORGE et al., 2017; LIBERALESSO et al., 2017).

No tocante a renda familiar de maior predominância entre os idosos que participaram da pesquisa foi de 1 a 3 salários mínimos (76,2%). Este dado permite inferir sobre o processo histórico socioeconômico brasileiro, no qual havia grande acúmulo de riqueza para uma classe social mais alta e minoritária enquanto que a população mais pobre, maioritária, vivia com a falta de condições de trabalho, educação, saúde, moradia e infraestrutura, sofrendo maiores consequências nas grandes crises econômicas que já assolaram o país. Além disso, também pode-se associar este dado com os aspectos culturais, posto que as mulheres tinham um papel social de cuidar da casa e dos filhos enquanto só o homem trabalhava, tendo-se assim uma renda menor comparada aos padrões atuais de grande inserção da mulher no mercado de trabalho. A alta taxa de natalidade também pode ser um fator associado, pois este fato provoca uma diminuição da renda *per capita* e, conseqüentemente, uma maior dificuldade para que houvesse um acúmulo de bens.

A principal fonte de renda desses idosos é a aposentadoria (88,1%), fato que remete a todas as questões acima citadas a respeito da sua renda familiar, dando-se destaque ao processo histórico socioeconômico, visto que desde a criação da Lei Eloi Chaves, em 1923, que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), houve uma responsabilização do Estado na concessão de benefícios e serviços à população por meio do sistema previdenciário, que durante muito tempo incluiu também a assistência médica pública como um dos serviços ligados a ele (BRASIL, 2011).

Outro determinante avaliado, foi a autopercepção de saúde dos idosos longevos, cuja maioria relatou ser regular (54,4%), conforme descrito na Tabela 2.

**Tabela 2** – Autopercepção de saúde de idosos longevos comunitários. Campina Grande – PB, 2019.

Variáveis	n	%
Boa	24	23,7
Regular	55	54,4
Ruim	11	10,8
Muito ruim	4	3,9
Muito boa	7	6,9

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Tratando-se de autopercepção de saúde 54,4% dos participantes relataram sua saúde como regular, semelhante aos resultados obtidos por Jorge et al. (2017), em que 43,10% dos indivíduos afirmaram autopercepção de saúde regular. A autopercepção embora seja uma avaliação subjetiva possui caráter multidimensional (integra fatores sociodemográficos, ambientais, psicológicos, culturais e clínicos) considerado um método eficaz e confiável para determinar aspectos de saúde de uma determinada população (BORTOLUZZI et al., 2017; AGUILAR-PALACIO; CARRERA-LASFUENTES; RABANAQUE, 2015). Além disso, a autopercepção de saúde tem-se mostrado um método confiável, pois pode contribuir positivamente para a promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos (POUBEL, et al., 2017).

A autopercepção é utilizada como indicador valioso relacionado à qualidade de vida, a morbidade e a diminuição de funcionalidade, visto que para a sua avaliação são envolvidos os aspectos físicos, cognitivos e emocionais e, principalmente, como um bom preditor de mortalidade (LIDNDEMANN et al., 2019).

Este indicador é de grande relevância, pois demonstra uma autoavaliação do idoso diante de suas condições de vida e de funcionalidade e as comorbidades que ele possui e o quanto elas lhe afetam na capacidade de realização de atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Além disso, por ser um dado subjetivo, pode demonstrar também condições emocionais e de autoestima, ao ponto que idosos mais incapacitados e/ou com diversas comorbidades poderiam se mostrar mais tristes ou abalados emocionalmente (JÓIA; RUIZ; DONALÍSIO, 2008).

Também pôde-se observar durante a coleta de dados que a maioria dos idosos que ainda se mantinham ativos possuíam melhores condições de funcionalidade e, conseqüentemente, melhores condições de saúde, avaliando-a geralmente como boa ou regular, diferindo a avaliação geralmente de acordo com as suas comorbidades e o autocontrole delas, e à diminuição de seus cinco sentidos (visão, audição, olfato, paladar e tato).

O estudo desenvolvido apresenta como limitações o fato de não ter sido multicêntrico, por ter sido investigado apenas características de idosos vinculados a uma UBS de cada distrito sanitário do município Campina Grande-PB, o que pode ter contribuído para o pequeno número de idosos longevos recrutados na pesquisa, o que não representa a população total de idosos que habitam no município. Justifica-se que essas deficiências encontram-se relacionadas às limitações financeiras.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante dos fatos expostos, pôde ser observada a importância de tratar sobre o tema proposto, que ainda é pouco abordado em trabalhos científicos. Esta importância é vista diante da análise demográfica brasileira, que se trata de um país em desenvolvimento, caracterizado por uma alteração na pirâmide etária, com grande aumento no número de idosos, destacando-se os idosos que possuem mais de 80 anos. Os desafios envolvendo o acelerado ritmo de envelhecimento populacional e o planejamento de políticas públicas são muitos. Essa alteração gradual requer uma melhor adaptação quanto a questões de infraestrutura, moradia, saúde e lazer direcionadas a essa parte da população, por isso conhecer o perfil sociodemográfico desses idosos é fundamental.

Com isso, o estudo buscou caracterizar o perfil sociodemográfico e a autopercepção de saúde de idosos longevos do município de Campina Grande – PB, confrontando os dados encontrados com outros de estudos em outros lugares do país para que se pudesse fazer uma comparação e avaliar se há um padrão geral em diferentes regiões do país. Destaca-se que a realização dessa pesquisa por considerar relevante a elucidação desses dados para os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, em identificar e conhecer das características sociodemográficas e compreender a autopercepção de saúde desse grupo populacional que instiga investigações acerca de sua saúde.

Tracejando-se o perfil desse grupo, é possível conhecer, acompanhar e comparar resultados para que haja uma adaptação às demandas necessárias por eles, tanto por parte do Estado, na formulação de políticas públicas e investimento em áreas direcionadas, como dos profissionais que podem adequar-se na sua atuação profissional.

Portanto, é de fundamental importância que mais estudos desse tipo sejam realizados, com o propósito de elucidar as inconsistências. As perspectivas futuras requerem um estabelecimento do perfil sociodemográfico da grande maioria da população idosa em todas as localidades, podendo fazer o levantamento necessário em consideração os aspectos

econômicos, sociais e culturais de cada parte do país para que haja um atendimento adequado aos mesmos.

Acredita-se que este estudo possa contribuir com pesquisas sobre o envelhecimento, tendo em vista o fortalecimento da assistência prestada com o estabelecimento de ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, estratégias individuais e coletivas voltadas às principais necessidades dos idosos e metas alinhadas em conformidade com a real necessidade dos indivíduos idosos longevos.

## **AGRADECIMENTOS**

Este artigo é resultado de um projeto de pesquisa desenvolvido por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), financiado pelo CNPq, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Brasil.

## **REFERÊNCIAS**

AGUILAR-PALACIO, I.; CARRERA-LASFUENTES, P.; RABANAQUE, M. J. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). **Gaceta Sanitaria.**, v.29, n. 1, p. 37-43, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114002015>. Acesso em: 21 mai 2019.

BANDEIRA, V. A. C. et al. Perfil socioeconômico e demográfico de idosos longevos. **Salão do Conhecimento**, [S.l.], set. 2016. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/6941>. Acesso em: 8 mai 2019.

BORGES A. M. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do rio Grande do Sul. **Rev. Brasgeriatra: gerontol.** v. 17, n. 1, p. 79-86., 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00079.pdf>. Acesso em: 21 mai 2019.

BORTOLUZZI, E. C. et al. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v.22, n 1, p. 85-94. 2017. Disponível em: <http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/9587>. Acesso em: 4 mai 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores** – Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 30 abr 2019.

BUCHMAN, A. S. et al. Combinations of motor measures more strongly predict adverse health outcomes in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. **BMC Med.**, v. 9, n. 42, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100235/>. Acesso em: 19 mai 2019.

CARSTENSEN, L.L.; FRIED, L.P. The meaning of old age. In: BEARD, J. et al. Global population ageing: peril or promise? **United States**, 2012. Disponível em: [http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/20\\_12/PGDA\\_WP\\_89.pdf](http://www.hsph.harvard.edu/pgda/WorkingPapers/20_12/PGDA_WP_89.pdf). Acesso em: 20 mai 2019.

CONFORTIN, S. C. Condições de vida e saúde de idosos: resultado do estudo de corte EpiFloripa Idoso. **Epidemiol. Ser. Saúde.**, v. 26, n. 2, p.305-317, abri-jun. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n2/2237-9622-ress-26-02-00305.pdf>. Acesso em: 20 mai 2019.

COURA, A. S. et al. Capacidade funcional e associação com aspectos sociodemográficos de octogenários. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.10, n.7, p.2480-2487, jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i7a11305p2480-2487-2016>. Acesso em: 1 mai 2019.

FOLSTEIN, M. F. et al. Mini-mentalState: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res.** v.12, p.189-198, 1975. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1202204>. Acesso em: 8 mai 2019.

GRDEN, C. R. B. et al. Características sociodemográficas e de acesso de longevos aos serviços de saúde. **Cienc Cuid Saude**, v.14, n.4, p.1505-1512, out./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i4.24985>. Acesso em: 4 mai 2019.

HUDSON, R.B.; GOODWIN, J. The Global Impact of Aging: the Oldest Old. **Public Policy & Aging Report.**, v.23, n.2, p. 02-25, 2013. Disponível em: <https://academic.oup.com/ppar/article-abstract/23/2/2/1548738?redirectedFrom=PDF>. Acesso em: 20 mai 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060: revisão 2018**. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 8 mai 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Educação. 2016. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinte-seindicsociais2016/default\\_tab\\_xls.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoedevida/indicadoresminimos/sinte-seindicsociais2016/default_tab_xls.shtm). Acesso em: 5 mai 2019.

JEREZ-ROIG, J. et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3367-3375. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n11/3367-3375/pt>. Acesso em: 8 mai 2019.

JÓIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALÍSIO, M. R. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 3, p. 187-194, 2008. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742008000300004](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000300004). Acesso em 8 mai 2019.

JORGE, M. S. G. et al. Caracterização do perfil sociodemográfico, das condições de saúde e das condições sociais de idosos octogenários. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 61-73, jan./abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2017v10n1p61-73>. Acesso em: 29 abr 2019.

KEOMMA, K. et al. O perfil do idoso na Atenção Primária à Saúde em uma cidade média do Brasil. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.21, n.2, p.135-153. 2018. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/41072>. Acesso em: 8 mai 2019.

KRUG, R. R. et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Rev Bras Epidemiol**, v. 21. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21/1980-5497-rbepid-21-e180004.pdf>. Acesso em: 8 mai 2019.

LIBERALESSO, T. E. et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711316>. Acesso em: 30 abr 2019.

LIDNDEMANN, I. L. et al. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v.24, n.1, p-45-52, jan. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n1/45-52/pt>. Acesso em: 20 mai 2019.

MEDEIROS, K. K. A. S. et al. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 288-295, set. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s322>. Acesso em: 8 mai 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.507-519. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf). Acesso em: 8 mai 2019.

NOVAIS, M. M. et al. Avaliação de indicadores de desempenho funcional em idosos longevos residentes em domicílio. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.23, n.3, p.67-72, jul./set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.3.2016.280>. Acesso em: 29 abr 2019.

PEREIRA, L. F. et al. Perfil socioeconômico e demográfico de idosos longevos usuários de uma Unidade Básica de Saúde. **Cogitare Enferm**, v. 19, n.4, p.709-716, out./dez. 2014.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35516/23933>. Acesso em: 29 abr 2019.

PORCIÚNCULA, R. C. R. et al. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.315-325. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200009>. Acesso em: 29 abr 2019.

POULBEL, P. M. et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no norte do Brasil. **J. Health Bio Sci.** v.5, n.1, p. 71-78., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1054.p71-78.2017>. Acesso em 22 mai 2019.

QUEIROZ, D. B. et al. Funcionalidade, aptidão motora e condições de saúde em idosos longevos residentes em domicílio. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.23, n.2, p.47-53, abr./jul. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17696/2318-3691.23.2.2016.281>. Acesso em: 4 mai 2019.

RIBEIRO, D. K. M. N. et al. Fatores contribuintes para a independência funcional de idosos longevos. **Rev Esc Enferm USP.**, v.49, n.1, p.87-93, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0089.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0089.pdf). Acesso em: 8 mai 2019.

RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Development and Validation of Criterion-Referenced Clinically Relevant Fitness Standards for Maintaining Physical Independence in Later Years. **Gerontologist.**, v. 53, n. 2., p. 255-267, 2013. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/225053151\\_Development\\_and\\_Validation\\_of\\_Criterion\\_Referenced\\_Clinically\\_Relevant\\_Fitness\\_Standards\\_for\\_Maintaining\\_Physical\\_Independence\\_in\\_Later\\_Years](https://www.researchgate.net/publication/225053151_Development_and_Validation_of_Criterion_Referenced_Clinically_Relevant_Fitness_Standards_for_Maintaining_Physical_Independence_in_Later_Years). Acesso em: 19 mai 2019.

SANTOS JÚNIOR, A. G. S. Caracterização sociodemográfica e a autopercepção das condições de saúde de idosos. **Rev. Enferm UFPE on line.** v.12, n. 3, p-692-700, mar., 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a230161p692-700-2018>. Acesso em: 19 mai 2019.

SANTOS, A. A. et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.66, n.3, p.351-357, mai./jun. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000300008> . Acesso em: 4 mai 2019

SANTOS, A. M. R. et al. Acidentes domésticos em idosos atendidos em um hospital de urgência. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v. 18. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.36569>. Acesso em: 4 mai 2019.

SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S., RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 3, p-42-48, set. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/19831447.2015.03.50263>. Acesso 21 mai 2019.

SOUSA, F. J. D. et al. Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.12, n.4, p.824-831, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a22855p824-831-2018>. Acesso em: 1 mai 2019.

VIEIRA, J. G. S. **Metodologia de pesquisa científica na prática**. Curitiba: Editora Fael. 2010.

## PICS NA VILA: ATENÇÃO HUMANIZADA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E BEM-ESTAR DA PESSOA IDOSA.

Ana Claudia Alves Pimenta<sup>1</sup>  
Nathália Priscilla Medeiros Costa Diniz<sup>2</sup>  
Bianca Nunes Guedes do Amaral Rocha<sup>3</sup>

### RESUMO

A implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como recurso terapêutico baseado no cuidado integral e humanizado vem sendo gradativamente inseridas no Sistema Único de Saúde. Tais práticas envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias de baixo custo, eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Este trabalho tem uma finalidade social e desenvolve uma programação terapêutica para a promoção da saúde e bem-estar da comunidade da Vila de Ponta Negra. A referida programação é composta de encontros quinzenais com a realização de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde que atendem às necessidades da população com faixa etária a partir dos 50 anos, adscrita à Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra, localizada na cidade de Natal-RN, possibilitando ao indivíduo a aquisição de autonomia para desenvolver a capacidade de autocuidado. Para tanto, são realizadas atividades como: exercícios de alongamentos, automassagem, técnicas de relaxamento, meditação, cantoterapia, musicoterapia, danças circulares, arteterapia, práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa, palestras educativas e vivências lúdicas. Os encontros envolvem práticas coletivas e individuais com ênfase na promoção da saúde que colaborem na prevenção dos desequilíbrios energético-funcionais e/ou redução das limitações existentes, viabilizando um estado de bem-estar integral e melhoria na qualidade de vida da população.

**Palavras-chave:** Práticas Integrativas, Qualidade de Vida, Idoso.

### INTRODUÇÃO

A criação da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) propõe um trabalho baseado em: assegurar direitos sociais, promoção da autonomia, a necessidade de cuidado e auto satisfação, a capacidade física e mental, além da integração e participação do idoso na sociedade favorecendo a ressignificação da vida, o autocuidado e a atenção integral a saúde. O Sistema Único de Saúde – SUS define saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Práticas de Saúde e Educação - PPGSES da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [npdiniz23@gmail.com](mailto:npdiniz23@gmail.com);

<sup>2</sup> Especialista em Saúde Coletiva e Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [npdiniz23@gmail.com](mailto:npdiniz23@gmail.com);

<sup>3</sup> Professora Orientadora: Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [bianca.guedes@gmail.com](mailto:bianca.guedes@gmail.com).

Dessa forma, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) vêm sendo inseridas no Sistema Único de Saúde respaldadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPIC) regulamentada pela Portaria Ministerial nº 971 em 03 de maio de 2006, e da Portaria nº849/2017 que amplia a PNPIC; e no âmbito do Estado do Rio Grande do Norte pela Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) de 2011, aprovada pela Portaria nº 274/GS e pela Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PMPIC) (Portaria nº 137/2016-GS/SMS). Porém, a implementação dessas práticas apresenta-se ainda incipiente, se analisarmos o número de estados e municípios do País que investem no desenvolvimento das PICS. Uma vez que o Estado do Rio Grande do Norte já avançou, comparando-se a outros estados do País, no aspecto referente à regulamentação destas práticas, torna-se importante considerar que deve haver uma ampliação na implementação das mesmas na Rede de Atenção à Saúde, sobretudo, na Atenção Básica, considerado o nível de atenção ideal para o desenvolvimento das PICS.

Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada em 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, a saber: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, nas quais garantem uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde e estendendo o cuidado a abordagens terapêuticas. Já em 2018, com a portaria nº 702, mais uma ampliação na PNPIC ocorreu, onde foram inseridos mais 10 recursos terapêuticos no rol das PICS do Ministério da Saúde, totalizando 29 possibilidades. (BRASIL, 2018).

Vale salientar que a meditação amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções; desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência; facilita o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação; e aprimora as inter-relações – pessoal, social, ambiental – incorporando a promoção da saúde à sua eficiência (BRASIL, 2017).

As práticas integrativas e complementares no cuidado a saúde tem se tornado uma ferramenta essencial para assegurar a melhoria e a manutenção da qualidade de vida da pessoa idosa, pois ganhando mais espaço, especialmente na promoção do autocuidado por meio de atividades capazes de intervir sobre os determinantes sociais da saúde no processo de envelhecimento, com uma proposição de um envelhecimento saudável, restauração da

capacidade funcional do indivíduo, prevenção de doenças e promoção da saúde (ARAÚJO, 2018).

Além disso, a procura pelas PICS tem aumentado devido ao maior reconhecimento da eficácia terapêutica pelas evidências científicas, e também pela efetividade pragmática verificável pelos beneficiados, apresentando, ainda, baixo custo e praticidade quanto à sua aplicabilidade. Sendo assim, este trabalho tem como maior e presente proposta articular o tripé ensino, pesquisa e extensão, visto que como docente proponente desta ação atuo na formação de alunos no nível técnico e superior da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN) e colaboradores externos para o desenvolvimento das PICS, cuja atuação completa três anos neste ano de 2019, vinculada e com total apoio da Instituição de Ensino na Vila de Ponta Negra em Natal-RN, envolvendo as PICS, intitulada: PICS na Vila- Atenção Humanizada para a Promoção da Saúde e Bem-estar da Pessoa Idosa, buscando através desta proposta ampliar o acesso à comunidade adscrita à Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra com faixa etária a partir dos 50 anos de idade para a vivência com as PICS, além de viabilizar um campo de prática para os discentes em formação que desejam conhecer e /ou atuar com essas estratégias de cuidado integral e humanizado, estabelecendo uma parceria entre ensino e serviço.

Dessa forma, o presente trabalho objetiva desenvolver as Práticas Integrativas e Complementares através do vínculo com a população para a promoção da saúde e da qualidade de vida da comunidade da Vila de Ponta Negra. E assim, qualificar os discentes e voluntários externos envolvidos acerca dos objetivos e diretrizes das Políticas que regulamentam as Práticas Integrativas e Complementares, bem como desenvolver habilidades dos discentes para o manejo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde no âmbito da atenção básica.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um trabalho de extensão universitária do tipo projeto, estruturado sob a forma de vivências, atividades, dinâmicas e oficinas de autocuidado, desenvolvidas com base numa programação terapêutica quinzenal envolvendo as seguintes atividades individuais e coletivas: exercícios de alongamentos, automassagem, técnicas de relaxamento, meditação, cantoterapia, musicoterapia, danças circulares, arteterapia, palestras educativas e vivências lúdicas. A distribuição das práticas realizadas se dá de forma alternada e mediante a necessidade do grupo participante de cada atividade.

Os encontros acontecem na Unidade Básica de Saúde, situada na Rua: José Medeiros, s/n - Vila de Ponta Negra, Natal - RN, numa sala específica para realização de atividades grupais. A escolha do cenário de extensão se deu em virtude da coordenadora e orientadora proponente deste trabalho já estar desenvolvendo uma pesquisa com base na oficina de autocuidado voltada para a comunidade da Vila de Ponta Negra, buscando com esta proposta firmar uma articulação entre ensino, pesquisa e extensão. Além disso, foi possível identificar a carência de ações contínuas de promoção da saúde que envolvesse as PICS.

A população da Vila de Ponta Negra, atualmente, é de 14 mil habitantes. O público alvo desta extensão é composto pelos usuários adscritos à Unidade Básica de Saúde da Vila de Ponta Negra, de acordo com a livre demanda ou mesmo encaminhamentos da própria Unidade e demais serviços da rede de atenção à saúde do município. Em geral, as atividades foram e veem sendo desenvolvidas com a finalidade de alcançar os objetivos propostos para este projeto de extensão, são elas:

- 1) Realização de seleção, e capacitação dos discentes extensionistas;
- 2) Planejamento e elaboração de cronograma junto com a Unidade Básica de Saúde;
- 3) Realização dos encontros quinzenalmente;
- 4) Realização de reuniões periódicas com os discentes para estudos em grupo, discussões sobre o desenvolvimento das atividades, estudos de caso e reavaliação do plano de trabalho;
- 5) Avaliação contínua das ações desenvolvidas e elaboração de relatórios parciais e final das atividades.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Desde o final da década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula a implantação da chamada Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos Sistemas de Saúde. Em 2002 e 2003 lançou documentos e resoluções com orientações para a referida implantação que englobam quatro pilares fundamentais: estruturação de uma política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso; e o uso racional (OMS, 2002). Pactuando essa lógica, as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) vem sendo paulatinamente inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), respaldadas pelas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde e de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Portarias Ministeriais nº 687 de 30 de março de 2006, nº 971 em 03 de maio de 2006, e da Portaria nº849/2017) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2018a). Em 27 de junho

de 2011, a Portaria nº 274/GS, aprovou a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares (PEPIC) no Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Norte, incluindo além das Práticas Integrativas já inseridas na PNPIC, como Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura); Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo; Crenoterapia e Medicina Antroposófica; as Práticas Corporais Transdisciplinares e Vivências Lúdicas Integrativas. E em 06 de maio de 2016 é criada a Política Municipal de Práticas Integrativas e Complementares (PMPIC) instituída pela Portaria nº 137/2016-GS/SMS.

Assim, no decorrer de 11 anos da implantação das Práticas Integrativas e Complementares (PICS), pode-se destacar o interesse crescente da população por uma forma de atenção humanizada e de cuidado singular, iniciando o desenho de uma nova cultura de saúde e a ampliação da oferta destas práticas na rede de saúde pública.

Nesta ótica de produção de cuidados, essas terapias não se limitam à cura de doenças, mas viabilizam uma maior consciência corporal, valorização da subjetividade e autonomia dos sujeitos. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2011).

Autocuidado consiste em cuidar de si mesmo, é quando o indivíduo cuida da sua saúde, higiene, alimentação sem necessidade de ajuda de terceiros. Procura atividades físicas que as levem a ser independentes, cuidando assim das necessidades do corpo e da mente, buscando, desse modo, uma melhor qualidade de vida. Todavia, o conceito de qualidade de vida está associado ao desenvolvimento da autonomia do sujeito, englobando, também, aspectos referentes aos relacionamentos interpessoais, equilíbrio emocional, boa saúde, hábitos saudáveis, lazer, bens materiais e valores pessoais, dentre outros (SILVA E DUARTE, 2001). É inegável e benéfica a aproximação das práticas integrativas e complementares à política de promoção da saúde. No entanto, a permanência da imprecisão conceitual dificulta o seu registro, demonstra a fragilidade na institucionalização dessas práticas e, em consequência, sua avaliação. Porém, quando se trata dessa oferta por outros países (China, Índia, Indonésia, Madagascar, Mongólia), os investimentos concentram-se nos níveis primários de atenção e incluem majoritariamente o uso de plantas medicinais, acupuntura e homeopatia (TESSER, 2009 e OMS, 2002).

Desde a sua implantação, o acesso dos usuários do SUS a essas práticas integrativas tem crescido exponencialmente. A inserção das PICs na rede de atenção à saúde como ferramenta de cuidado tem por objetivo ampliar a abordagem clínica e as opções terapêuticas ofertadas aos usuários, podendo ser utilizadas como primeira opção de tratamento ou forma

complementar, respeitando as particularidades de cada caso. Em 2016, segundo os dados coletados a partir do sistema informatizado e-SUS e do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), foram registrados mais de dois milhões de atendimentos das PICS nas UBS. Mais de 770 mil foram de Medicina Tradicional Chinesa que inclui acupuntura, 85 mil foram de fitoterapia, 13 mil de homeopatia. Já mais de 926 mil atendimentos são de outras práticas integrativas que não possuíam código próprio para registro, que com a publicação da portaria nº145/2017 passam a ter (BRASIL, 2018b).

Atualmente, 1.708 municípios oferecem práticas integrativas e complementares e a distribuição dos serviços está concentrada em 78% na atenção básica, principal porta de entrada do SUS, 18% na atenção especializada e 4% na atenção hospitalar. Mais de 7.700 estabelecimentos de saúde ofertam alguma prática integrativa e complementar, o que representa cerca de 28% das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As PICS estão presentes em quase 30% dos municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados e Distrito Federal e todas as capitais brasileiras (BRASIL, 2018b). O segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) avaliou mais de 30 mil equipes da Atenção Básica em território nacional e demonstrou que as PICS estão presentes em todo o país, com o objetivo de induzir a ampliação do cuidado. O PMAQ trouxe informações individualizadas por equipe, ampliando as possibilidades de monitoramento da Política. (BRASIL, 2018b).

Portanto, é essencial que os profissionais de saúde estejam engajados em conhecerem e praticarem outras estratégias de cuidado que possibilitem a redução de efeitos colaterais de medicamentos (tão recorrente na conduta pautada no modelo biomédico), permita a interação e formação de vínculos entre terapeuta-paciente e ainda proporcionem qualidade aos usuários (SARAIVA et al,2015). Para estabelecer vínculos efetivamente no cuidado em saúde torna-se essencial adotar uma conduta humanizada que se caracteriza como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS. Humanizar em saúde é atender as necessidades do outro com responsabilidade, levando em conta seus desejos e interesses, envolve valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, estabelecendo vínculos solidários, participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão (BRASIL, 2010).

Assim, por meio deste trabalho, é possível contribuir para o desenvolvimento das habilidades e competências dos discentes da UFRN e voluntários envolvidos, de modo a articular o ensino com a pesquisa e a extensão, solidificando um dos pilares do dinâmico processo de construção do conhecimento. Além disso, este trabalho permite estabelecer uma

articulação da UFRN com a comunidade da Vila de Ponta Negra, considerada carente de ações contínuas que promovam saúde e bem-estar aos indivíduos que nela residem.

Prova disso são os feedbacks positivos relatados por parte dos (as) participantes que todos os envolvidos (colaboradores externos, discentes e docentes) recebem a cada novo encontro a respeito de como cada atividade trás conhecimentos a serem aplicados durante o cotidiano da comunidade envolvida, promovendo mais qualidade de vida e bem estar em suas vidas, como ilustram as figuras abaixo, que contemplam algumas das muitas atividades, vivências e oficinas realizadas, cujas ações ocorrem desde 2017 e estarão em plena atividade durante todo o ano de 2019, com total apoio da comunidade, voluntários, alunos e demais colaboradores. Assim, a feliz tendência do presente trabalho é tornar-se cada vez mais contínuo, acolhido e abraçado por todos que o compõem, tendo em vista toda transformação de cuidado em saúde humanizado que já propôs e vem propondo para cada cidadão da Vila de Ponta Negra.



Figura 1 – Vivência de automassagem pela técnica oriental Do-in.



. Figura 2 – Atividade corporal através da prática da Eutonia



Figura 3 – Prática guiada de relaxamento através da Meditação.



Figura 4 – Vivência em Cantoterapia e Musicoterapia.



Figura 5 – Atividade de Arteterapia para confecção de bonecas Abayomi.



Figura 6 - Atividade de Arteterapia para confecção de bonecas Abayomi.



Figura 7 – Atividade prática acerca de Autocuidados Naturais.



Figura 8 - Atividade prática acerca de Autocuidados Naturais.



Figura 9 – Vivência com a Tenda do Conto.



Figura 10 – Vivência com a Tenda do Conto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas ações advindas do projeto de pesquisa na comunidade, cujas atividades iniciaram em 2017, foi possível ter uma maior adesão e continuidade das ações, como trabalho e projeto de extensão em 2018, que segue até o presente ano com diversas atividades, tais como as ilustradas anteriormente. Dessa forma, vem sendo possível e plenamente gratificante desenvolver na população participante dos encontros as habilidades e empoderamento para o autocuidado, contribuindo para a prevenção dos desequilíbrios energético-funcionais e/ou redução das limitações existentes da pessoa idosa, viabilizando um estado de bem-estar integral e melhoria na qualidade de vida através de todo contexto de socialização e aprendizados compartilhados mutuamente. Referente aos discentes e voluntários envolvidos, é nítido o desenvolvimento de seus conhecimentos e habilidades, possibilitando uma ampla compreensão do processo saúde doença a partir da dimensão de um cuidado integral e humanizado, o que acarreta aprimoramento em sua formação profissional e humana.

Assim, as PICS são ferramentas essenciais para promoção da humanização em saúde, em especial nos níveis primários de atenção, pois cada pessoa tem a oportunidade de vivenciar experiências de autoconhecimento, equilíbrio e cuidado. Através das práticas, realizadas neste trabalho, é possível perceber o fortalecimento emocional e o empoderamento mediante as possibilidades de autocuidado, fazendo com que se tornem mais ativos e dispostos a superar as adversidades do sofrimento mental devido à aproximação da finitude da vida diante do processo de envelhecimento humano.

Ao implantar e/ou implementar as práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde da pessoa idosa, com atividades que visem a melhoria do seu bem-estar por profissionais, voluntários e alunos (as) qualificados para este cuidado, cria-se um vínculo de cuidado humanizado voltado as necessidades e anseios frente ao envelhecimento. Sob esta perspectiva, incorporar e/ou implementar a PNPIC no SUS, na vertente da prevenção de agravos, na promoção e recuperação da saúde com ênfase na atenção básica voltado para o cuidado continuado e integral é, com certeza, prioritário para inspirar e estimular as ações e promover o envolvimento responsável e continuado da comunidade na unidade de saúde.

Logo, a experiência permitiu oferecer uma assistência integral à saúde da pessoa idosa através de práticas terapêuticas de tecnologia leve direcionadas ao cuidado, levando a uma melhor qualidade de vida e bem-estar para com a pessoa idosa, respeitando limites e possibilitando um olhar diferenciado para uma maior percepção de si mesmos (as), incentivando à independência e a autonomia do indivíduo, além de viabilizar o autocuidado, a socialização e a ampliação ao acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) na comunidade. Tudo isso através de pessoas para pessoas em prol da humanização e saúde integral.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas e Complementares. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas e Complementares. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Práticas e Complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso [Internet]. 2006 [acesso em 2015 maio 2011]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>.

ARAÚJO, V. S; ROCHA, B. N. G. A. Terapia comunitária integrativa e o envelhecimento: relato de experiência. III Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Curitiba – Paraná, 22 a 24 de novembro de 2018. Disponível em: [http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO\\_EV114\\_MD1\\_SA3\\_ID643\\_12102018173319.pdf](http://www.editorarealize.com.br/revistas/cneh/trabalhos/TRABALHO_EV114_MD1_SA3_ID643_12102018173319.pdf) Acesso em:10.05.2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores trabalhadores do SUS.3. ed. reimp. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA No- 849, DE 27 DE MARÇO DE 2017. 189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt\_849\_27\_3\_2017.pdf (acesso em 06/fev/2018a).

BRASIL. Ministério da Saúde. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. [dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=\\_&cod=2297](http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2297) (acesso em 02/fev/2018b).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

SARAIVA, Alynne Mendonça et al. Histórias de cuidados entre idosos institucionalizados: as práticas integrativas como possibilidades terapêuticas. Rev Enferm UFSM 2015 Jan/Mar;5(1):131-140.

SILVA, M.J.; DUARTE, M.J.R.S. O autocuidado do idoso: uma intervenção de enfermagem e melhor qualidade de vida. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.9, 2001.

TESSER CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. Cad Saúde Pública 2009; 25:1732-42.

## POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O IDOSO: ANÁLISE DO PROGRAMA VIDA SAUDÁVEL

Carlos Henrique Vieira Felício<sup>1</sup>  
Cristian Ribeiro Gonçalves<sup>2</sup>  
Luciana Moreira Motta Raiz<sup>3</sup>  
Regina Célia de Souza Beretta<sup>4</sup>

### RESUMO

O presente estudo realizou um levantamento de dados do Programa Vida Saudável (PVS), criado pelo Ministério do Esporte em 2007, que visa oportunizar a prática de exercícios físicos, atividades culturais e de lazer para idosos a fim de promover a saúde e o envelhecimento saudável. **Objetivo:** Analisar, identificar e quantificar números do PVS, correlacionando os resultados com a importância de políticas públicas para idosos. **Metodologia:** Análise de dados quantitativos do PVS, extraídos pelos Relatórios de Gestão Individual da Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social, disponível no portal do Ministério do Esporte, relativo ao período entre 2012-2018. **Resultados:** Verificou-se que no ano de 2012 foram celebrados 28 convênios, com 39 núcleos e 85.220 beneficiados. No ano 2013 comparados com 2012, demonstrou-se queda de 17,8% nos convênios, e queda de 313,8% dos beneficiados. Em 2014 com 12 convênios, 39 núcleos e 8.500 beneficiados; já em 2017 houve um aumento 83,33% dos convênios, 148% dos núcleos e 128,2% dos beneficiados, comparados com 2014; e em 2018 com 16 convênios, 85 núcleos e 17.000 beneficiados. **Conclusão:** O presente estudo demonstrou uma oscilação nas estatísticas anuais do PVS, e especificamente a queda dos números de 2014, e a retomada a partir de 2016. Houve um aumento nos números de convênios e núcleos celebrados com o governo, porém com uma redução dos beneficiados. Verificou-se que há a necessidade de implementação de políticas públicas voltada para o idoso, fortalecendo os programas já existentes, na perspectiva da cidadania e do direito para um envelhecimento saudável.

**Palavras-chave:** Políticas Públicas de Saúde, Serviços de Saúde para Idosos, Atividade Física, Idosos.

### INTRODUÇÃO

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sabe-se que o número de idosos no Brasil está crescendo, em 2017 o Brasil manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões em comparação à 2012, superando a marca de 30,2 milhões.

<sup>1</sup> Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, [carlos.felicio@unifran.edu.br](mailto:carlos.felicio@unifran.edu.br);

<sup>2</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, [cristianribeiro\\_edfisica@hotmail.com](mailto:cristianribeiro_edfisica@hotmail.com);

<sup>3</sup> Docente e Coordenadora do Curso de Educação Física da Universidade de Franca – UNIFRAN, [luciana.raiz@unifran.edu.br](mailto:luciana.raiz@unifran.edu.br);

<sup>4</sup> Docente/pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, [regina.celia@unifran.edu.br](mailto:regina.celia@unifran.edu.br);

Não é somente no Brasil, mas no mundo observa-se uma tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Em 2012, a população com 60 anos ou mais era de 25,4 milhões. São 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos, que correspondem a um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo no país. As mulheres são maioria expressiva nesse grupo, com 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo) (BRASIL, 2017).

O envelhecimento é um processo biológico e anatômico que ocorre ao longo do tempo (ZAITUNE et al., 2010). Em pessoas idosas a autonomia é importante no campo da promoção da saúde, o que possibilita a esses indivíduos melhorar em tomadas de decisões e gerenciar ações que influenciam sua saúde e qualidade de vida (JANINI; BESSLER; VARGAS, 2015).

De acordo com Alencar e Carvalho (2009) o envelhecimento é um processo inevitável, irreversível, dinâmico e associado à perdas nos aspectos biológicos, socio afetivo e político, além de apresentar vulnerabilidades que se diferenciam conforme gênero, idade, classe social, raça, local geográfico, entre outras variáveis. Essas vulnerabilidades impactam na expectativa de vida, na qualidade de vida e na morbidade e mortalidade dessa população.

Diante disso, o mundo vem presenciando o aumento significativo de diversas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como câncer, diabetes mellitus e hipertensão arterial (GIRALDO et al, 2013).

No Brasil, estas doenças são causadoras de 72% das mortes e do alto número de internações (SHIMIDTH; DUNCAM, 2011). As complicações ocasionadas pela diabetes e hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil e ainda estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas. Para a economia brasileira, foi demonstrado que para os anos de 2006 a 2015, o Brasil terá uma perda de 4,18 bilhões de dólares decorrentes de gastos com diabetes e doenças cardiovasculares (GIRALDO et al, 2013).

Segundo dados apresentados pelo relatório da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (DCNT), a maioria dos óbitos por são atribuíveis ao estilo de vida adotado. Neste relatório foi citado que a inatividade física juntamente com maus hábitos alimentares e uso de álcool e tabaco, são consideradas importantes causas de doenças crônicas não transmissíveis. A inatividade pode aumentar as chances das DCNT em até quatro vezes, aumentando o risco da mortalidade (VIGITEL, 2011).

O organismo humano requer um funcionamento normal, e uma integração harmônica entre sistemas e funções. Como o desenvolvimento da espécie humana se deu em ambiente em que se alternam períodos de movimento e de repouso, a atividade física agiu como força

evolutiva, moldando o funcionamento do organismo, sendo que no início era para a sobrevivência humana (MELLO, 2010).

Muitos países estão vivenciando o crescimento da sua população idosa, e com isso ações para melhorar o bem-estar desse grupo social vêm sendo discutido com os governos locais (OMS, 2005).

Com dados alarmantes o processo de envelhecimento vem adquirindo um olhar mais cuidadoso pelos governantes através de políticas públicas para a saúde do idoso, que tem sido destaque em agendas de conferências internacionais sobre a promoção da saúde, com diretrizes para a implantação de programas sociais e assistenciais para atender que às necessidades emergentes deste grupo (OLIVEIRA; SOARES, 2012).

As políticas públicas desempenham um papel essencial na sociedade atual, sendo definidas como um conjunto de ações exclusivas do Estado, dirigidas a atender às necessidades da sociedade para o bem comum, e satisfazer o interesse público (SOUZA, 2006),

Diante deste cenário o Estatuto do Idoso, reconhece a necessidade de desenvolver políticas públicas para o idoso, com ações em promoção da saúde e bem-estar, o que é assegurado no artigo 3º da Constituição Federal de 1988. No Estatuto do Idoso no art. 3º cita que:

[...] é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade ao respeito e à convivência familiar (BRASIL, 2018, p.4).

O Estatuto do Idoso apresenta algumas garantias para as pessoas idosas, dentre estas podemos destacar: o direito de envelhecer, liberdade, moradia digna, educação, cultura, esporte, lazer e outros (BRASIL, 2018).

As necessidades constantes de políticas públicas efetivas e inovadoras que atendam ao preceito constitucional do esporte e lazer como direito de todos, vêm sendo ampliadas, a partir da demanda de gestores competentes e receptivos a novas investidas, com capacidade de qualificar suas ações (SCHWARTZ, et al. 2010).

A democratização do lazer e esporte recreativo, favorece o protagonismo da pessoa que envelhece, na perspectiva da emancipação humana e o desenvolvimento comunitário (PASSOS; ATHAYDE, 2018).

De acordo com o Capítulo 5º do Estatuto do Idoso, Educação, Cultura, Esporte e Lazer, especificamente em seu Artigo nº 20: “O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer,

diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade” (BRASIL, p.15, 2013).

Embora os compromissos firmados pelo governo no campo do desenvolvimento do esporte, do lazer e da inclusão social tenham procurado, nos últimos anos, focar na criação de programas esportivos sociais voltados à democratização do acesso ao esporte, este ainda é prerrogativa das classes mais abastadas de nossa sociedade. A dimensão da tarefa define-se a partir da carência da totalidade dos municípios brasileiros por políticas de Esporte e Lazer. Desde 2003 o esporte, entendido como instrumento de desenvolvimento humano e inclusão social, passou a ser Política de Estado (BRASIL, 2017).

Neste sentido, os países tendo em vista a condição apresentada pelo crescimento da população idosa, cada vez mais procuraram alternativas para seus cidadãos idosos tornarem-se ativos e independentes (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). O estudo aponta para uma reflexão sobre o aumento do envelhecimento populacional, no sentido que as instituições públicas necessitam estarem preparadas para desafios e formular políticas públicas com medidas e ações direcionadas para a qualidade de vida do idoso.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é analisar o programa Vida Saudável, e identificar e quantificar números do programa, em núcleos, convênios ativos e seus beneficiários, além de correlacionar a importância de políticas públicas específicas para idosos.

## **METODOLOGIA DA PESQUISA**

O presente estudo teve caráter quantitativo, descritivo, com corte documental foram utilizados dados secundários extraídos dos microdados dos Relatórios Anuais de Gestão do Ministério do Esporte - Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social SNELIS/ME (2013 a 2018). Estes relatórios são apresentados baseados nos exercícios dos anos anteriores, e é apresentado aos órgãos de controle interno e externo como prestação de contas anual a que a unidade está obrigada nos termos do art. 70 da Constituição Federal e das disposições do Tribunal de Contas da União (TCU).

Foram utilizados os dados quantitativos dos convênios celebrados nos anos 2012, 2013, 2014, 2016 e 2018, bem como analisados os dados quantitativos dos núcleos e números de beneficiados pelo programa Vida Saudável.

A SNELIS é um órgão que gerencia políticas vinculadas ao esporte, como políticas públicas de esporte e educação, esporte e lazer, e as políticas de esporte e inclusão social, e que

anualmente apresenta um relatório de uma representação horizontal das temáticas políticas, como prestação de contas aos programas realizados (BRASIL, 2013).

## DISCUSSÃO

As transformações do país com a tecnologia e modernidade, vem cada dia desafiando a promoção de políticas públicas voltadas para a população idosa, incluindo aqueles com deficiência, o que fica evidenciado tais necessidades nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2013).

A fim de estabelecer programas que beneficiam especificamente os idosos, o governo brasileiro oferece o Programa Esporte e Lazer da Cidade - PELC, que permitia uma qualificação em sua formatação de dois tipos de núcleos de esporte recreativo e de lazer para todas as idades: PELC Urbano e PELC para Povos e Comunidades Tradicionais (BRASIL, 2014). Na busca por garantir o direito da pessoa idosa frente às políticas públicas de esporte e lazer, o Ministério do Esporte decide reconhecer o Programa Vida Saudável - PVS, que até 2011 era um núcleo do PELC, e que em 2012 passou a ser um importante programa social, atendendo a adultos com idade superior ou igual à 45 anos (BRASIL, 2014).

O PVS foi criado pelo Ministério do Esporte em 2007, desenvolvido por intermédio da Secretaria Nacional de Esporte, Lazer e Inclusão Social (SNELIS), vinculado a vários departamentos como: Departamento de Desenvolvimento e Acompanhamento de Políticas e Programas Intersetoriais de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social (DEDAP) e Departamento de Gestão de Programas de Esporte, Educação Lazer e Inclusão Social (DEGEP) (BRASIL, 2013).

Neste contexto, o PVS a partir de 2013 foi desmembrado e implantado como um Programa Social de Esporte e Lazer, com o objetivo de democratizar o lazer e o esporte recreativo, priorizando a pessoa que envelhece, na perspectiva da emancipação humana e do desenvolvimento comunitário. Assim, promove acesso de idosos, acima de 60 anos, à prática de atividades físicas, culturais e de lazer (BRASIL, p. 2014).

O PVS tem como objetivo central a democratização do lazer e o esporte recreativo para promover a saúde e o envelhecimento saudável (BRASIL, 2013), sendo seus objetivos específicos:

[...] Desenvolver ações voltadas para pessoas predominantemente a partir de 60 anos nos núcleos de esporte recreativo e de lazer; Estimular a intersetorialidade e a gestão participativa entre os sujeitos locais direta e indiretamente envolvidos; Orientar entidades convenientes para estruturar e conduzir políticas públicas de lazer e de esporte para idosos baseadas na educação popular; Promover e estimular a formação

continuada de gestores e agentes sociais de lazer e esporte recreativo, com vistas a intervir junto ao público idoso; Incentivar a organização coletiva de eventos de lazer e esporte recreativo para envolver a população local; Garantir a apropriação do direito ao lazer e ao esporte recreativo reconhecendo e valorizando a cultura local (BRASIL, 2014).

Nas orientações preliminares para a implantação e desenvolvimento de Núcleos de Esporte e de Lazer são citados os objetivos devem alcançar duas iniciativas fundamentais:

[...] 1. Implementação e desenvolvimento de Núcleos de Esporte Recreativo e de Lazer, nas diversas regiões brasileiras, com atividades sistemáticas e assistemáticas de lazer e esporte recreativo, no sentido de garantir o direito ao lazer para pessoas idosas (predominantemente, a partir de 60 anos). 2. Formação continuada de gestores, agentes sociais de lazer e esporte, lideranças comunitárias, legisladores e demais parceiros atuantes na esfera pública, com vistas à formação e à implementação de políticas locais para pessoas idosas (BRASIL, 2014).

Cada núcleo do PVS conta com espaços para convivência social, onde as manifestações esportivas e de lazer são planejadas e desenvolvidas. Os espaços públicos são apropriados e adaptados ao público idoso (BRASIL, 2013).

## **RESULTADOS**

Dados da Organização Mundial da Saúde evidenciam que 31% dos indivíduos com idade acima de 15 anos em todo o mundo têm um nível insuficiente de atividade física, sendo a insuficiência crescente com o aumento da idade (WHO, 2018).

Em 1986 a Carta de OTTAWA estabeleceu estratégias de elaboração que a promoção de saúde, além de participar na autonomia e empoderamento da população, visa um aumento na qualidade de vida e no aumento da equidade do meio do meio social a qual são inseridas (BITTAR et. al., 2016).

Dentro do contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde foram elaborados os eixos prioritários de ação da promoção de saúde, sendo eles: alimentação saudável, prática corporal/atividade física, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (MALTA et. al., 2014).

Dentre os eixos prioritários de ação da PNPS, destaca-se o eixo referente a prática corporal e atividades físicas, sendo este definido, segundo o Ministério da Saúde:

[...] Práticas corporais e atividades físicas, que compreende promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, dentre outras práticas (BRASIL,2014).

Dentre este contexto de promoção da saúde, existem várias maneiras de abordar este tema, atualmente o conceito de atividade física e qualidade de vida, vem se modificando pela necessidade e não apenas de lazer, visando a promoção da saúde, que não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2012).

Os determinantes para inatividade física incluem características sociodemográficas, presença de incapacidades funcionais, falta de tempo ou de companhia, falta de locais adequados perto das residências, dentre outros (BAUMAN et al, 2012). Estes fatores comprometem a qualidade de vida da comunidade, gerando impacto econômico desfavorável no sistema público de saúde.

Os estudos têm mostrado que a prevenção e o controle das DCNT adquiridas com a prática regular de atividade física podem contribuir na redução do uso dos serviços de saúde e consequente gastos em saúde. Alto número de internações e longos períodos de hospitalização apresentam um alto custo para o governo e podem ser minimizados pelas ações de prevenção e controle de DCNT oferecidas na Atenção Básica de Saúde (ABS) (GIRALDO et al, 2013).

Na maioria dos países, adultos mais velhos têm menos oportunidades de acesso a programas adequados e a lugares nos quais possam praticar atividade física com segurança, reforçando as desigualdades na saúde do idoso decorrente das diferenças sociais, demográficas, econômicas, culturais, biológicas ou outras. O ponto positivo desta perspectiva é que as decorrências que os diferenciam negativamente podem ser melhoradas pelas ações humanas (WHO, 2010).

O sedentarismo vem aumentando rapidamente a cada ano em países desenvolvidos e em desenvolvimento, e principalmente nas regiões urbanas, onde há subutilização dos mecanismos normais inerentes à atividade física estão cada vez maiores (COSTA et. al., 2005). Dessa maneira, independentemente do mecanismo que leve ao desencadeamento de uma doença, pode-se afirmar que a doença é um estado de desequilíbrio do organismo e, certamente, a perda de uma função como o movimento, é um fator importante para o não estabelecimento desse equilíbrio (MELLO, 2010).

O estilo de vida passou a ser um importante indicador em relação à eficiência de tratamentos, à comparação entre ações de controle aos problemas de saúde, ao impacto físico e psicossocial das doenças (CAMPOS; BOSCATTO; MINEIRO, 2015).

Portanto a atividade física é um direito do idosos que deve ser respeitado em sua peculiaridade na condição de idade, a fim de proporcionar um tratamento justo, e ter oportunidade de participação social, sem acrescentar fardo algum, tendo em vista a sua vulnerabilidade, condição esta alçada em caráter de princípio a ser buscado por todos (MACIEL, 2010).

Diante deste cenário, o presente estudo analisou os dados do Programa Vida Saudável realizados nos anos de 2012, 2013, 2014, 2016 e 2018, em convênios celebrados, formação de núcleos para atividade física e número de beneficiados nos anos analisados, e fazer uma comparação dos resultados adquiridos neste período.

Os dados foram extraídos dos relatórios anuais de Gestão elaborados pelas unidades do Ministério do Esporte (ME), realizados pela Controladoria-Geral da União - CGU.

As análises foram realizadas ano por ano na sua totalidade, demonstrando o quantitativo dos convênios celebrados, núcleos realizados e quantidade de beneficiados. Após foram realizados análises comparativas e a sua evolução de 2012 a 2018. A seguir, as tabelas demonstram os resultados de dados do PVS:

**Tabela 1 – Dados do Programa Vida Saudável - 2012**

	<b>Total</b>
<b>Convênios Ativos</b>	<b>28</b>
<b>Núcleos Ativos</b>	<b>39</b>
<b>Número de Beneficiados</b>	<b>85.220</b>

Fonte: SNELIS/ME 2013

No ano de 2012 o PVS foi desvinculado do PELC, que até então era um núcleo deste programa, assim neste ano foi apurado em seu relatório anual do Ministério do Esporte, o atendimento a 85.220 beneficiados, por meio de parceria com Prefeituras Municipais, Estado, Organização Não Governamental e Entidades Federais, distribuídos 28 convênios e 39 núcleos (BRASIL, p.114, 2013)

**Tabela 2 – Dados do Programa Vida Saudável - 2013**

	<b>Total</b>
<b>Convênios Ativos</b>	<b>23</b>
<b>Núcleos Ativos</b>	<b>65</b>
<b>Número de Beneficiados</b>	<b>27.150</b>

Fonte: SNELIS/ME 2014

Analisando os dados da Tabela 2, verifica-se que os resultados para o ano de 2013, foram em 23 convênios celebrados, uma queda de 17,8 % se comparado ao ano anterior, atendendo 22 municípios, 01 com o Governo de Estado, atendendo 39 municípios e 04 Termos de Cooperação com Entidades Federais de Ensino Superior (atendendo 4 municípios), totalizando 65 núcleos, aumento de 66,7% com relação ao relatório de 2012, e 27.150 benefícios, uma queda de 313,8% (BRASIL, p. 106, 2014). Os resultados do ano de 2013, extraídos do relatório anual do Ministério do Esporte, possam ter incluídos dados do Programa Esportes Lazer da Cidade (PELC), uma vez que em 2012, houve a separação dos programas.

**Tabela 3 – Dados do Programa Vida Saudável - 2014**

	<b>Total</b>
<b>Convênios Ativos</b>	<b>12</b>
<b>Núcleos Ativos</b>	<b>39</b>
<b>Número de Beneficiados</b>	<b>8.500</b>

Fonte: SNELIS/ME 2015

Na tabela 3, os dados extraídos do relatório de Gestão da Secretaria Nacional de Esporte, Educação e Inclusão Social do Ministério do Esporte de 2015 (SNELIS/ME), referente ao PVS de 2014, foram firmados 12 convênios/termos de cooperação celebrados, 91,66% a menos comparados ao ano de 2013, e 8.500 beneficiados, queda de 219,4%. Neste relatório observa-se uma queda nos números de convênios, núcleos e beneficiados, comparados ao ano de 2013.

**Tabela 4 – Dados do Programa Vida Saudável - 2017**

	<b>Total</b>
<b>Convênios Ativos</b>	<b>22</b>
<b>Núcleos Ativos</b>	<b>97</b>
<b>Número de Beneficiados</b>	<b>19.400</b>

Fonte: SNELIS/ME 2018

Foram implementados 97 núcleos (Tabela 4), um crescimento de 148% referente aos dados do programa de 2014, oriundos de 22 parcerias formalizadas por todo país, aumento de 83,33%, que correspondem a 12 parcerias na Região Norte, 30 no Nordeste, 45 no Sudeste e 10 na Região Sul. No mesmo período foram beneficiadas cerca de 19.400 pessoas em núcleos pactuados por todo país, um crescimento de 128,2 % de pessoas atendidas (BRASIL, p.105, 2018).

**Tabela 5 – Dados do Programa Vida Saudável - 2018**

	<b>Total</b>
<b>Convênios Ativos</b>	<b>16</b>
<b>Núcleos Ativos</b>	<b>85</b>
<b>Número de Beneficiados</b>	<b>17.000</b>

Fonte: SNELIS/ME 2019

Conforme a Tabela 5, o resultado do relatório de gestão em sua transparência do Portal do Projeto Programa Segundo Tempo (PST) Brasil, demonstra que no ano de 2018 o Programa Vida Saudável com 16 convênios, 85 núcleos e 17.000 beneficiados com as atividades do programa.

**Tabela 6 – Trajetória do PVS no período entre 2012-2015**

<b>Dados do Programa Vida Saudável</b>					
	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
<b>Convênios Ativos</b>	<b>28</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	<b>16</b>
<b>Núcleos Ativos</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>39</b>	<b>97</b>	<b>85</b>
<b>Número de Beneficiados</b>	<b>85.220</b>	<b>27.150</b>	<b>8.500</b>	<b>19.400</b>	<b>17.000</b>

Fonte: SNELIS/ME 2019

A tabela 6 observa-se a trajetória do PVS durante os anos citados. O estudo demonstra que o programa após desmembrado do PELC, teve uma queda entre os anos de 2012 e 2014 da quantidade de beneficiados atendidos, passando de 85.220 beneficiados e 28 convênios em 2012, para 8.500 beneficiários e 12 convênios em 2014.

O gráfico 1 demonstra a queda de convênios durante os anos analisados, especialmente no ano de 2014, onde obteve somente 12 convênios celebrados, uma queda de 57,2% relacionado com o ano de 2012.

**Gráfico 1 – Quantidade de convênios ativos do PVS no período entre 2012-2018**

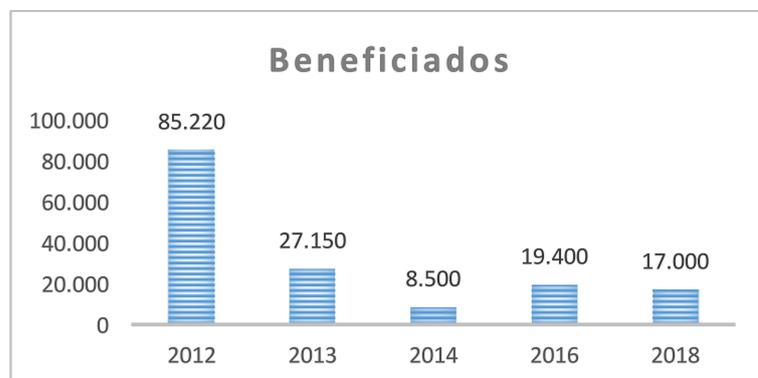


Fonte: SNELIS/ME

O PVS é uma política pública específica para as pessoas idosas, e para celebrar o convênio, é necessário elaborar projetos que é feito pelo sistema Sistema de Convênios (SICONV), que é uma plataforma do governo criado em 2008, que permite a administração de transferências voluntárias de recursos da União nos convênios com Estados, Municípios, Distrito Federal e também com as entidades privadas sem fins lucrativos (BRASIL, 2019).

Esta ferramenta agiliza os contratos, e tem a transparência dos repasses do dinheiro público e a qualificação financeira, mas quando este processo não conclui ou projetos são reprovados pela plataforma, há uma queda acentuada nos beneficiados do programa, o que está demonstrado no gráfico 2.

**Gráfico 2** – Número de beneficiados do PVS no período entre 2012-2018

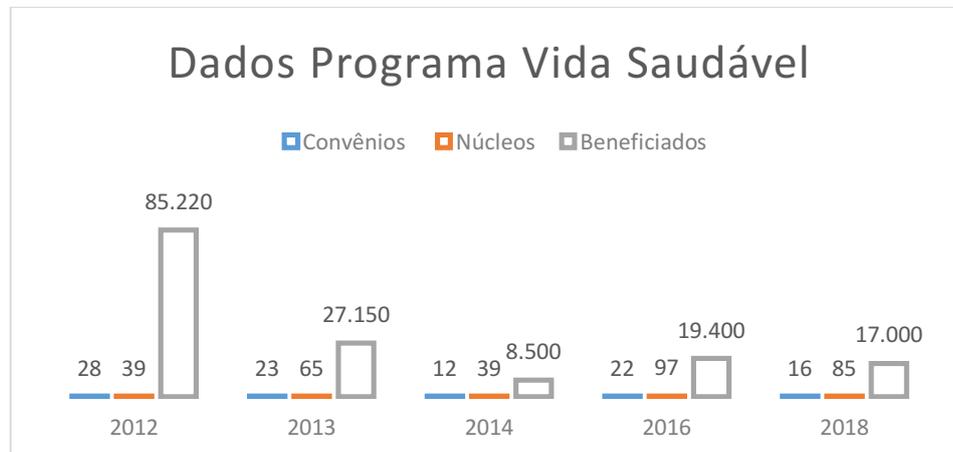


Fonte: SNELIS/ME

A queda dos beneficiados pelo PVS vem na contramão de vários estudos realizados pelos benefícios da atividade física para idosos. O exercício físico realizado durante as atividades é benéfico no processo de envelhecimento do ser humano. Essa queda dos beneficiados pelo programa, fica evidenciado no gráfico 3, e que merece um olhar diferenciado na questão de formalizar mais parcerias para elaboração de projetos específicos para melhorar a qualidade de vida de idosos.

Um estudo realizado em 2016 a um núcleo do Vida Saudável, que analisou o comportamento de risco à saúde e a qualidade de vida em idosos vinculados ao programa, indicaram que após iniciarem a prática de atividade física, 60% dos entrevistados responderam que perceberam possíveis mudanças positivas (FILHO et al., 2016). E foi relatado também, que dentre os 60% que responderam positivamente, 50% notaram melhorias nas dores que sentiam no corpo; 20% mais disposição; 15% responderam que reduziram o peso; 15% melhoraram a qualidade do sono (FILHO et al., 2016).

**Gráfico 3** – Quantitativo de convênios, núcleos e beneficiados do PVS  
no período entre 2012-2018



Fonte: SNELIS/ME

No gráfico 3, demonstra-se a situação do PVS no decorrer destes anos, o programa teve um aumento de núcleos para o desenvolvimento das atividades, e verificou-se que o número de beneficiados teve queda acentuada desde 2012. O programa tem o objetivo de fomentar as atividades para idosos, melhorando a qualidade de vida e socialização dos envolvidos.

Conforme trabalho de Ferreira, Oliveira e Lima (2019), relataram em seu estudo que o componente social é muito importante em projetos para pessoas com mulheres acima de 60 anos, e que 92% das pessoas investigadas, procuram cultivar amigos e estão satisfeitas com os seus relacionamentos, e que nos dias de lazer, 64% responderam que incluem reuniões com amigos, atividades esportivas, e que 52% relatam sempre envolver ativamente em sua comunidade.

Em outro estudo realizado por Souza e Hutz (2008), relatou-se dados epidemiológicos que constataam que os indivíduos bem relacionados socialmente vivem mais, assim como atenuam a solidão, proporcionando bem-estar. Isso caracteriza um importante papel na felicidade pessoal e na promoção da saúde. Diante disso a pesquisa demonstra a importância dos programas sociais para idosos, que motiva essa população a procurar meios para elaborar propostas que lhe beneficiem.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o crescimento consideravelmente da população idosa, e uma projeção maior para um futuro próximo, vem despertando a atenção de estudos que possam promover uma melhor qualidade de vida para essa população. O estudo presente demonstrou que a necessidade urgentemente de mudanças ou incentivo no programa já existente aqui citado, e que são necessários programas sólidos direcionados para o envelhecimento saudável, com propostas que contribuam para uma melhor qualidade de vida, garantindo o acesso ao esporte e lazer, enquanto direitos de cidadania, em uma perspectiva de formular políticas públicas que estimulem ao longo da vida a prática de atividade física, desenvolvendo várias capacidades físicas e biopsicossocial, e que neste caso especificamente do estudo, possam proporcionar uma série de benefícios à saúde ao idoso.

Em meio deste panorama, buscou-se identificar neste estudo a evolução do programa proposto para o idoso, ficou evidenciado uma queda em sua efetividade, o que significa uma inquietude perante os dados extraídos do portal do governo, pois apesar do aumento de convênios e núcleos, houve uma queda acentuada em seus beneficiários, o que permite concluir, que o programa precisa ser melhor avaliado e monitorado em sua totalidade, principalmente em gestão e promoção do controle social.

Ressalta-se a importância de novos estudos referentes às propostas dos projetos e programas de atividades física voltados para idosos, em especial identificar o porquê desta queda dos beneficiários, e que se possa criar estratégias para aumentar a quantidade de programas e seus beneficiários, com propostas bem elaboradas que contribuam às políticas públicas de esporte e lazer.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, N. A.; SOUZA JÚNIOR, J. V.; ARAGÃO, J. C. B.; FERREIRA, M. A.; DANTAS, E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 473-481, jul./set. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a14v23n3>>. Acesso em: 21 maio. 2019.

BARBOSA, A. M.; MOTA, T. **Cartilha sobre o uso de incentivo fiscais**. Ed. P&B Comunicação. p. 56. Inovação Responsabilidade Social. 2015.

BAUMAN, A. E.; REIS, R. S.; SALLIS, J. F. **Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?** *The Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 258-271, jul. 2012. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612607351>>. Acesso em: 20 maio. 2019.

BITTAR, C. M. L.; LIMA, V. L. G. P.; ROCHA, D. G.; CAMPOS, N. Z.; ARRUDA, J. M.; BARROSO, M. A. B. Panorama da Promoção da Saúde no Brasil: avanços, tecnologias e limites. In: FIGUEIREDO, G.L.A.; MARTINS, C.H.G. **Políticas, tecnologias e práticas em Promoção da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2016.

BRASIL. Lei nº 9696, de 01 de set. De 1998. **Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física**. Lex: Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, n. 168, p. 13, set. 1998. Legislação Federal. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19696.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19696.htm)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Cidadania. **Fundo Nacional de Assistência Social Convênios e Contratos**. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Brasília, 2019. Disponível em : <http://portal.convenios.gov.br/>>. Acesso em: 21 maio. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **VIGITEL Brasil 2014: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília. 2015. Disponível em: <<https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Programa Segundo Tempo. Tutorial Mimboé do PELC e Vida Saudável**. Portal do Projeto PST Brasil. Brasília, 2019. Disponível em: <<https://projetopstbrasil.uem.br/portal/pt-br/tutoriais-gerais/88-tutorial-mimboe-pelc-vida-saudavel>>. Acesso em: 20 maio. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Relatório de Gestão do Exercício de 2012**. Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social. 454 p. Brasília 2013. Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/arquivos/snelis/relatorioGestao/relatorioGestaoSNELIS2012.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Relatório de Gestão do Exercício de 2013**. Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social. 464 p. Brasília 2014. Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/arquivos/snelis/relatorioGestao/relatorioGestaoSNELIS2013.pdf>>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Relatório de Gestão do Exercício de 2014**. Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social. 219 p. Brasília 2015. Disponível em: <[http://www.esporte.gov.br/arquivos/Relatrio\\_de\\_Gesto\\_2015.pdf](http://www.esporte.gov.br/arquivos/Relatrio_de_Gesto_2015.pdf)>. Acesso em: 13 maio. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Relatório de Gestão do Exercício de 2016**. Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social. 274 p. Brasília 2017. Disponível em: <[http://www.esporte.gov.br/arquivos/00\\_-\\_Relatrio\\_de\\_Gesto\\_FINAL.pdf](http://www.esporte.gov.br/arquivos/00_-_Relatrio_de_Gesto_FINAL.pdf)>. Acesso em: 14 maio. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério do Esporte. **Relatório de Gestão do Exercício de 2017**. Secretaria Nacional de Esporte, Educação, Lazer e Inclusão Social. 278 p. Brasília 2018. Disponível em: <[http://www.esporte.gov.br/arquivos/RG\\_2017\\_FINAL.pdf](http://www.esporte.gov.br/arquivos/RG_2017_FINAL.pdf)>. Acesso em: 14 maio. 2019.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, Ministério dos Direitos Humanos. **Cartilha. Direitos Humanos das Pessoas Idosas, atualizada com Leis 13.466/17 e 13.535/17**, p.12, março 2018.

CAMPOS, L. M.; BOSCATTO, E. C.; MINEIRO, L. Perfil do estilo de vida dos idosos da Universidade Aberta da Maior Idade: UAMI da Cidade de Caçador-SC. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, São Paulo, v. 9. n. 53. p. 315-320, maio/jun. 2015. Disponível em: <<http://www.rbpfex.com.br/index.php/rbpfex/article/view/826>>. Acesso em: 15 maio. 2019.

COSTA, D.; COSTA, C. C.; MASSON, C. R.; OLINTO, M. T.; MENEGHEL, S.; BAIROS, F.; HALLAL, P. C. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo - RS. **Cad Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1685-1695, maio. 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000600015&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2005000600015&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em 20 maio. 2019.

FERREIRA, E. O.; OLIVEIRA, A. A. R.; LIMA, D. L. F. Perfil do estilo de vida de mulheres de meia-idade participantes do Programa Esporte e Lazer da Cidade (PELC). **Rev. bras. Qual. Vida**, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p. 103-113, abr./jun. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv>>. Acesso em: 14 maio. 2019.

FILHO, W. L. A.; JÚNIOR, F. J.; MATIAS, J. L. P.; MACHADO, A. A. N.; LOUREIRO, A. C. C.; OLIVEIRA, B. N. Comportamento de risco à saúde e à qualidade de vida em idosos vinculados ao programa de esporte e lazer da cidade (PELC). **Educação Física em Revista**, v. 10, n. 1, p. 56-67, 2016. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/efr/article/view/8769/5689>>. Acesso em 20 maio. 2019.

GIRALDO, P. C.; POLO, R. C.; AMARAL, R. L. G.; REIS, V. V.; BEGUINI, J.; BARDIN, M. G. Hábitos e costumes de mulheres universitárias quanto ao uso de roupas íntimas, adornos genitais, depilação e práticas sexuais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 35, n. 9, p. 401-406, 2013.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. D. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 480-90, 2015.

MACIEL, M.G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v.16, n.4, p. 1024-1032, out/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4.pdf> . Acesso em 21 maio. 2019.

MALTA, D.C.; SILVA, M.M.A.; ALBUQUERQUE, G.M.; AMORIM, R.C.A.; RODRIGUES, G.B.A.; SILVA, T.S.; JAIME, P.C. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista**

**Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 3, p. 286-299, mai/2014. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/3427>>. Acesso em: 21 maio. 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 21 maio. 2019.

MELLO M. T.; VAISBERG M. **Exercício na saúde e na doença**. Barueri, SP: Manole, 2010.

OLIVEIRA, P. F. A.; DUTRA, M. T.; SALES, M. P. M.; ASANO, R. Y.; SOTERO, R. C.; CUNHA, V. N. C. A importância do esporte como política pública no Brasil. **EFDesportes.com. Revista Digital**. Buenos Aires, v. 16, n. 162, nov. 2011. Disponível em: <<https://www.efdeportes.com/efd162/esporte-como-politica-publica-no-brasil.htm>>. Acesso em 20 maio. 2019.

PASSOS, F.; ATHAYDE, P. Esporte e políticas sociais no Brasil: uma discussão sobre cidadania e emancipação humana. **Pensar a Prática**, v. 21, n. 3, set. 2018.

SCHWARTZ, G. M.; SANTIAGO, D. R. P.; KAWAGUTI, C. N.; TAVARES, G. H.; FIGUEIREDO, J. P.; NAZÁRIO, M. E. S. **Gestão da informação sobre esporte recreativo e lazer: balanço da Rede Cedes**, Várzea Paulista: Fontoura, 2010.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 421-423, dez. 2011. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=en&pid=S1679-49742011000400001&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?lng=en&pid=S1679-49742011000400001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 maio. 2019.

SOUZA, L. K.; HUTZ, C. S. Relacionamentos pessoais e sociais: amizade em adultos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 257-265, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a08v13n2.pdf>>. Acesso em: 13 maio. 2019.

SOUZA, T. R. Lazer, turismo e políticas públicas para a terceira idade. **Rev. Científica Eletr Turismo**, v.3, n. 4, p. 1-6, 2006.

STAREPRAVO, F. A.; SOUZA, J. S.; BERNABÉ, A. P.; JUNIOR, W. M. Programa “esporte e lazer da cidade”: onde o político/burocrático e o científico/acadêmico se encontram? **Movimento**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 23-34, jan./mar. 2018. Disponível em: <<https://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/63125/47791>>. Acesso em: 20 maio. 2019.

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

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/ncds/prevention/physical-activity/gappa>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health.** Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ZAITUNE, M. P. D. A.; BARROS, M. B. D. A.; CÉSAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M. C. G. P. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1606-18, 2010.

## PREVENÇÃO E CONTROLE DO CÂNCER CERVICOUTERINO: SABERES E PRÁTICAS DE MULHERES IDOSAS

Alexandre Bezerra Silva <sup>1</sup>  
Amanda Paulino de Oliveira <sup>2</sup>  
Andrea Taborda Ribas da Cunha <sup>3</sup>  
Maísa Paulino Rodrigues <sup>4</sup>

### RESUMO

A elevada incidência e mortalidade por câncer cervicouterino no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle da doença que incluam promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, quando forem necessários. Objetivou-se analisar os conhecimentos de mulheres idosas sobre o câncer cervicouterino. Estudo exploratório de natureza qualitativa. Após consentimento institucional e parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (protocolo nº 660.902), foi realizada a coleta de dados no mês de fevereiro de 2017. Participaram da pesquisa 10 (dez) mulheres idosas adstrita à Unidade Básica de saúde na região central de Assú–RN. Foram incluídas mulheres a partir de 60 (sessenta) anos de idade, que nunca fizeram o exame de Papanicolau, e as que há mais de três anos não o fazem e que já tiveram câncer do colo do útero. Foram excluídas mulheres com demência, acamadas ou hysterectomizadas. Optou-se pela entrevista individual semiestruturada. Os dados foram analisados a partir do método de Análise de Conteúdo de Bardin. Trazendo os principais resultados obtidos a partir da pesquisa, percebeu-se que a maioria das mulheres idosas realiza o exame contra o câncer do colo do útero de forma esporádica e que desconhece a magnitude dessa patologia. Esses achados alertam para a necessidade de reestruturação da Atenção Primária à Saúde e de um olhar de forma holística a mulher idosa nesses serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Idoso, Prevenção Primária, Saúde da Mulher.

### INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup>Bacharel e Licenciado em Enfermagem, Mestre em Saúde da Família, professor do Departamento de Ciências Biomédicas da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN, [alexandre\\_enfe@hotmail.com](mailto:alexandre_enfe@hotmail.com);

<sup>2</sup>Enfermeira da SMS/Natal, Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [amandapaulino@hotmail.com](mailto:amandapaulino@hotmail.com);

<sup>3</sup>Médica, Mestre em Saúde da Família, professora do Departamento de Ciências Biomédicas da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte [andracunha2003@eyahoo.com.br](mailto:andracunha2003@eyahoo.com.br);

<sup>4</sup>Dentista, Doutora em Ciências da Saúde, Professora do Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família/RENASF/UFRN,

O câncer cervicouterino (CCU) representa um importante problema de saúde pública em países em desenvolvimento, chegando a ser em algumas regiões, o tipo mais comum na população feminina. Comparado à outras neoplasias, o câncer cervicouterino apresenta evolução lenta até atingir o estágio de câncer invasivo, sendo considerado de fácil prevenção uma vez que o exame, para o seu rastreamento, é tecnicamente simples e eficaz na detecção. A incidência dessa doença relaciona-se a exposição a fatores de risco e a pouca efetividade de programas de rastreamento, para os quais os exames de colpocitologia oncótica têm se mostrado útil em reduzir a incidência e a mortalidade por este tipo de neoplasia (SOARES; SILVA, 2016).

Na América Latina, o CCU ocupa o segundo lugar no *ranking* de neoplasias malignas, mais comum entre as mulheres, sendo responsável pelo óbito de aproximadamente 230 mil mulheres por ano, implicando em uma das taxas de incidência mais altas do mundo (ZAPPONI, 2010).

Após 60 anos de idade, as mulheres que tiveram acesso regular a rotina dos exames preventivos, com resultados normais, apresentam risco diminuído para o desenvolvimento do câncer cervical, dada a sua lenta evolução. A continuidade do rastreamento, após os 60 anos, deve ser individualizada e, após os 65 anos, a recomendação é de suspender o rastreamento caso, os últimos exames, tenham apresentado resultados normais (BRASIL, 2010).

Para as mulheres com mais de 65 anos de idade que nunca realizaram o exame citopatológico, deve-se realizar dois exames com intervalo de um a três anos. Se ambos os exames apresentarem resultados negativos, essas mulheres podem ser dispensadas de exames adicionais (BRASIL, 2011).

Nessa direção, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), as ações frente ao câncer do colo do útero visam o acompanhamento da mulher durante toda a sua existência, por meio das ações de prevenção, consultas ginecológicas e referenciamento para os níveis de maior complexidade tecnológica e, em casos de estágios avançados da doença, a oferta do tratamento paliativo, quando necessário (BRASIL, 2013).

Assim, pode-se afirmar que a efetividade das ações de saúde na Atenção Básica, que têm como foco a atenção integral à saúde da mulher, em especial, o controle do câncer do colo uterino, se revestem de fundamental importância no campo da saúde pública. Entretanto, as medidas de prevenção do CCU ainda se apresentam de forma relativamente frágeis, por diversos fatores, entre eles pode-se citar a desorganização dos serviços de saúde; a baixa qualidade da assistência; a pouca valorização das ações de educação em saúde, por parte dos profissionais, entre outros (MENDONÇA, 2011).

A prevenção do CCU tem um custo relativamente baixo quando comparado aos seus benefícios, não sendo imprescindível a utilização de altas tecnologias para a sua prevenção e controle. Entretanto, para que isso ocorra é fundamental que haja responsabilização por parte dos profissionais de saúde, isto é, que efetivem o vínculo e o cuidado, além de processos educativos que promovam o empoderamento das mulheres para que estas possam tornar-se corresponsáveis na detecção precoce do câncer cervicouterino, participando, também, dos processos decisórios. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais assumam a postura de educador e formador de uma consciência sanitária junto aos usuários da Atenção Básica de Saúde (SOARES; MEINCKE, 2010).

As expressões exame contra o câncer cervicouterino, Papanicolau, colpocitologia oncótica, cérvico-vaginal, preventivo do colo do útero, citologia oncótica são utilizadas neste trabalho como expressões equivalentes.

Diante do exposto, este estudo partiu dos seguintes questionamentos: quais os conhecimentos das mulheres de 60 anos de idade ou mais possuem a respeito da prevenção do câncer do colo uterino? Essas mulheres participam de alguma atividade educativa sobre essa temática?

Nessa perspectiva, buscou-se analisar os conhecimentos de mulheres idosas, acerca da prevenção do câncer cervicouterino adstritas à uma unidade Básica de Saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que trabalha com a dimensão subjetiva e simbólica das interações sociais na constituição das redes de sociabilidade, com foco no processo da vida cotidiana dos sujeitos. As pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o fenômeno, com vistas a torná-lo mais explícito (GIL, 2010).

A pesquisa qualitativa não se atém ao universo numérico, mas valoriza a subjetividade do objeto em estudo, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a uma dimensão mais profunda das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

A pesquisa foi realizada no município de Assú, estado do Rio Grande do Norte, na mesorregião do Oeste Potiguar e Polo Costa Branca, localizado a 207 km da capital do estado, Natal.

A amostra foi constituída por 10 mulheres com idade acima de 60 anos, adstritas à Unidade Básica de Saúde na região central de Assú.

Inicialmente, 15 mulheres aceitaram participar do estudo, entretanto 05 (cinco) não compareceram a entrevista que havia sido agendada anteriormente, ficando a amostra constituída por 10 mulheres idosas.

O critério de inclusão adotado foi apresentar idade de 60 anos ou acima desta, ter realizado o exame de Papanicolau há mais de três anos ou nunca ter realizado tal exame. Foram excluídas da amostra mulheres com demência, acamadas ou hysterectomizadas.

Para as entrevistas, utilizou-se um roteiro composto por cinco questões abertas. Esse instrumento continha duas partes: parte 1- dados de identificação; parte 2- questões relacionadas ao exame de prevenção do câncer cervicouterino.

Triviños (2012) afirma que a entrevista é um dos importantes meios de coleta de informações uma vez que esta técnica ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação.

A coleta dos dados foi realizada durante o mês de fevereiro de 2017, e fez-se a opção por utilizar a entrevista semiestruturada individual, conforme orientações de Triviños (2012), que apontou que melhores resultados em pesquisas qualitativas são alcançados quando se realizam, inicialmente, entrevistas individuais que podem ser complementadas posteriormente por meio de outros instrumentos e técnicas. Todas as entrevistas foram pré-agendadas e realizadas de forma individual em local reservado na UBS. Foi utilizado o sistema de gravação (MP4), e cada uma delas teve a duração média de 30 minutos. As transcrições foram feitas imediatamente após o término das entrevistas, registrando rigorosamente o que foi relatado pelos entrevistados.

Utilizou-se também um ‘diário de campo’ para fazer registros que pudessem corroborar ou fazer contraponto com as falas, especialmente questões relativas à linguagem não verbal, contida nas expressões, interjeições, gestos e emoções que não podem ser capturadas por meio das gravações, servindo para complementar as análises do material coletado. Segundo Minayo (2007) o diário de campo é um caderninho de notas onde se pode registrar todas as impressões pessoais e os comportamentos contraditórios dos sujeitos pesquisados.

Quanto aos aspectos éticos, foram seguidos os preceitos determinados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob o parecer nº 660.902. Todos os participantes leram e assinaram um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE). Para a preservação do anonimato das mulheres atribuiu-se codinomes representados por pedras preciosas.

Os dados foram analisados com base no método de Análise Temática de Conteúdo, proposta por Bardin (2011) e sistematizada por Minayo (2014), que permite acessar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham significado para o objeto de pesquisa. Esse método objetiva desvendar o que está subjacente aos conteúdos perceptíveis, procurando ir além do óbvio, buscando evidenciar as situações de interesse da pesquisa.

A técnica de Análise Temática de Conteúdo pressupõe algumas etapas, definidas por Minayo (2014) como: leitura irrisoluta do material produzido; organização dos termos em categorias (iniciais, emergentes e significativas); agrupamento e codificação das categorias e consolidação dos resultados do estudo.

Seguindo tais orientações a análise foi efetivada em três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Durante a pré-análise foi feita uma leitura exaustiva do material, com o objetivo de obter uma visão do conjunto inicial e identificar as categorias. Assim, durante a exploração do material, foi feita a análise em si, classificando as falas ou fragmentos de falas selecionados entre as categorias de análise. Dando continuidade, foram identificados núcleos de sentido - unidades de análise - em cada categoria empírica que, juntamente com os pressupostos teóricos iniciais, apontaram as subcategorias e as inferências em torno dos quais foi realizada a análise interpretativa das falas.

Após a dissecação do material emergiram duas categorias de análise. As categorias emergentes foram: 1) **a procura pelo exame Papanicolau**, subdividida na subcategoria: (a) Ausência de sinais e sintomas; 2) **a prevenção do câncer cervicouterino: o olhar das mulheres**, composta por duas subcategorias: (a) **importância do exame Papanicolau** e (b) **recusa ao exame**.

As categorias e subcategorias estão apresentadas no quadro a seguir, para melhor compreensão dos termos de maior significância do estudo em tela.

Quadro 1- Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas da prevenção do câncer cervicouterino. Assú/RN, 2016.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE
<b>A procura pelo exame Papanicolau</b>	Ausência de sinais e sintomas	17
<b>A prevenção do câncer cervicouterino: o olhar das mulheres</b>	Importância do exame Papanicolau	15
	Recusa do exame de Papanicolau.	27

Fonte: Pesquisa de campo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação às características gerais da população estudada, observou-se, segundo as tabelas abaixo o perfil das mulheres idosas.

**Tabela 1-** Estado Civil das mulheres idosas da Unidade Básica de Saúde na região central de Assu/RN, 2017.

Estado Civil	
Casada	10,0%
Solteira	20,0%
Viúva	70,0%

Fonte: Pesquisa de campo

A tabela abaixo mostra a faixa etária das mulheres idosas pesquisadas e a relação na realização dos exames de prevenção contra o câncer cervicouterino.

**Tabela 2-** Faixa etária das mulheres idosas da Unidade Básica de Saúde na região central de Assu/RN, 2017.

Idade	Mulher
63 - 66	40,0%
72 - 79	30,0%
80 - 88	+ 30 %

Fonte: Pesquisa de campo

Apresentar idade avançada e não ter cônjuge (solteiras, separadas e viúvas) encontra-se entre os fatores que estão associados a não realização do exame contra o câncer do colo do útero (MAEDA; ALVES; SILVA, 2012).

Nessa direção, é fundamental observar que os serviços de saúde orientem sobre a importância da realização do exame de prevenção do CCU, já que a sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por esse tipo de neoplasia na população considerada de risco. Esta estratégia deve ser estendida a mulheres de idade avançada, pois o pico da faixa de risco é aproximadamente aos 64 anos e, a partir de então, há uma tendência de decréscimo da sua incidência, embora não desapareça (MAEDA; ALVES; SILVA, 2012).

No grupo de mulheres analisadas, segundo a tabela abaixo, observa-se que:

**Tabela 3** – Distribuição Escolaridade das mulheres idosas da Unidade Básica de Saúde Da região central de Assu/RN, 2017.

<b>Escolaridade</b>	<b>Porcentagem</b>
Analfabeto	30,0%
Sabem ler e escrever	20,0%
Fundamental incompleto	20,0%
Fundamental completo	30,0%

Fonte: Pesquisa de campo

O estudo de Thuler et. al (2012) revelou que a baixa escolaridade e as condições socioeconômicas desfavoráveis são fatores que contribuem para a não realização do exame contra o câncer cervicouterino e aumento das taxas do câncer cervicouterino nas mulheres com baixa escolaridade.

## **A PROCURA PELO EXAME DE PAPANICOLAU**

Essa categoria discute sobre a periodicidade com que as mulheres se submetem ao exame contra o câncer cervicouterino. Observa-se que as respostas variaram entre três e dez anos para a realização do exame Papanicolau. De modo geral, as respostas, se associam a “descuido”, “não sentir incômodo/alteração/dor” e “nervosismo”, como pode ser observado a seguir:

Já vai fazer mais de três anos. Porque descuido mesmo. Mas agora todo ano vou fazer (Safira).

Há mais de três anos. Porque fiquei nervosa de fazer, por isso nunca mais repeti (Esmeralda).

Raramente. Agora mesmo em fevereiro vai fazer quatro anos. Descuido e não tenho tempo. Mas é um dever de todas nós mulheres se cuidar (Rubi).

Há mais de três anos. Porque não requisitavam (Pérola).

Como se observa, as mulheres investigadas não realizam com periodicidade o exame contra o câncer cervicouterino por motivos variados, seja pela falta de cuidado pessoal, seja pelo medo de se submeter ao exame e ainda por não verificarem/sentirem nenhum sinal ou sintoma de anormalidade aparente. Tais comportamentos provavelmente se devam à falta de uma consciência crítica sobre a importância de detecção da lesão de forma precoce, isto é, da possibilidade de cura em estágios iniciais. Isso faz sugerir, também, que a ação educativa junto a esse público não vem sendo realizada de maneira efetiva, ou se realizada não vem surtindo efeitos desejados, isto é, de responsabilização e mudança de comportamento em relação à prevenção do CCU.

O CCU apresenta um bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente. A detecção precoce do câncer do colo do útero faz parte das ações de Atenção Primária, cuja principal estratégia é o rastreamento de mulheres sexualmente ativas por meio do exame citopatológico do colo uterino. Entretanto, a efetividade desse programa está relacionada com taxas de coberturas maiores que 80%. Avalia-se que tal cobertura possa reduzir aproximadamente 50% da mortalidade por câncer cervical (PICCOLI; CASARIN, 2011).

É importante destacar o impacto epidemiológico e a magnitude social do câncer no Brasil, ou seja, com repercussões negativas sobre a vida das pessoas, dos serviços de saúde e da própria economia do País. Dessa forma, facilitar o acesso da população por meio da estruturação da rede de serviços através da regionalização e hierarquização da assistência que possa garantir a atenção integral a população, certamente incidirá na melhoria da qualidade de vida das pessoas e na redução de custos, diminuindo os desfechos negativos que levam a hospitalização e a níveis de complexidade crescente de tecnologias duras (BRASIL, 2006).

Portanto, é imperioso que as Unidades Básicas de Saúde desenvolvam ações de promoção e proteção da saúde, por meio da busca ativa, realização de vistas domiciliares objetivando contemplar as mulheres que não realizam o exame de prevenção do CCU sistematicamente, aquelas que nunca o fizeram e as que têm diagnóstico de lesões pré-malignas ou malignas a fim de fazer o acompanhamento e rastreamento adequado.

## A PREVENÇÃO DO CÂNCER CERVICOUTERINO: O OLHAR DAS MULHERES

Esta categoria foi composta por duas subcategorias: “**importância do exame Papanicolau**” e “**recusa ao exame**”.

Quando foram indagadas sobre a importância de se realizar o exame contra o câncer cérvico-uterino, a maioria das idosas sentiram dificuldades em expressar a sua compreensão. Nesse sentido, foram emitidas frases curtas e uma evocação bastante econômica, senão vejamos:

### A importância do exame Papanicolau

Eu creio que é para evitar, para saber se tem doença (Esmeralda).

A importância é que venha sobreviver sem essa doença (Rubi).

É importante fazer o exame (Pérola).

É uma prevenção, é contra o câncer para a pessoa viver bem com saúde (Ametista).

É uma doença muito perigosa, é muito perigosa (Zircônia).

Eu acho que é muito importante para quem quer. Não sei (Turmalina)

Observa-se o pouco conhecimento das mulheres frente à detecção precoce do câncer do colo do útero. Dessa forma faz-se necessário intensificar a ferramenta educação em saúde direcionada a essa clientela e ao tema lançando-se mão das metodologias ativas, visando instigar e estimular as mulheres nessa faixa etária à detecção precoce desse tipo de câncer.

As atividades educativas devem ser elaboradas e praticadas por todos os membros da Equipe de Saúde da Família, visto que os usuários estão em contato cotidianamente com os diversos profissionais de saúde dentro da USF. Os membros dessa equipe devem conhecer bem a realidade local – o perfil social e reprodutivo das mulheres – e elaborar planos para atingir diretamente as necessidades de saúde das usuárias. Ademais, quando essas ações são realizadas por todos os profissionais da equipe, não há sobrecarga de atividades para nenhum profissional em particular (MELO et al., 2012).

É necessário investir em ações de educação em saúde na ESF, através de uma prática humanizada, por parte dos profissionais de saúde, que possam impactar sob o entendimento e compreensão das mulheres quanto à necessidade da prevenção. Essa prática deve ser pautada no conceito de integralidade a saúde da mulher e da família (SOUZA, 2011).

Registros do Diário de Campo, do pesquisador, trazem à tona que as práticas educativas, realizadas pelos profissionais da UBS, em foco, não abordavam o tema da prevenção do câncer cervicouterino, tampouco constavam na sua programação local, como preconiza o Ministério da Saúde. Talvez, esse fato explique a desinformação das usuárias, a pouca procura pelos exames, e até mesmo o “descuido” destas, uma vez que não têm consciência da importância da prevenção.

Compreende-se que a prática educativa ensejada pelos profissionais da Atenção Básica, deva oportunizar aos usuários exercerem a sua vocação ontológica de ser sujeito que constrói o mundo, estimulando o poder criador da humanidade. Para tanto, profissionais e usuários não devem ocupar polos opostos no processo educativo, devem na realidade educarem-se entre si, a partir da ocupação de espaços de diálogo e comunicação (FREIRE, 2011).

De modo geral, as práticas educativas tendem a ser pouco valorizadas em detrimento do atendimento à demanda e a produções de ações. Já os serviços de saúde tendem a utilizar a vertente de educação bancária como prioritária, não de modo intencional, mas como um hábito, de modo pré-reflexivo, ainda que os discursos sejam em torno de temas como transformação ou educação popular (DAVID; SILVA, 2012).

Ao analisar o arcabouço teórico/prático da educação em saúde, pode-se perceber que nem sempre esta prática é capaz de despertar a criticidade e a reflexão dos sujeitos, sendo utilizadas, hegemonicamente, para perpetuar a subordinação das classes menos favorecidas ao poder científico e político dos profissionais do campo da saúde (MOUTINHO et al., 2014). Assim, a educação em saúde, a depender de quem e como a pratique, tanto pode possibilitar a construção de sujeitos autônomos nos seus processos de análises e escolhas, quanto pode contribuir para a reprodução de uma população incapaz de refletir criticamente sobre as realidades que as envolvem.

A educação em saúde, realizada sob a orientação desses pressupostos, permite não só o fortalecimento de vínculos e confiança entre serviços de saúde e usuários, mas também o fortalecimento de espaços de diálogo e construção de saberes e práticas, em que usuários e profissionais discutem estratégias de enfrentamento dos problemas de forma conjunta, cada um com sua contribuição, a fim de que se tenha a proposição de alternativas para efetivar práticas de saúde integrais e resolutivas (DEMO, 2005).

Nessa linha de reflexão, é importante destacar que a educação em saúde deve ser vista como um processo comprometido com os princípios da cidadania e da democracia, que levam o indivíduo a se emancipar como sujeito (VASCONCELOS, 2010).

É importante enfatizar que a educação não é nem deve ser uma ferramenta utilizada apenas na Atenção Primária à Saúde, deve fazer parte de todos os serviços e momentos de interação entre profissionais e usuários, devido à necessidade de assumirem o controle de suas vidas e de seus destinos, o que só será possível através do encorajamento, da emancipação e do desenvolvimento da consciência crítica, atributos desenvolvidos pela educação (VASCONCELOS, 2010).

Assim, a atenção primária só pode cumprir seu papel de reorientadora do sistema de saúde se for capaz de implementar uma prática educativa crítica, comprometida com o princípio da democracia, e que rejeite qualquer forma de discriminação e dominação (MONTEIRO; VIEIRA, 2010), por acreditar na ideia de que é possível mudar o meio social com a participação ativa e permanente dos cidadãos.

Assim, os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde possuem papel fundamental no que toca a prevenção do câncer do colo do útero ao incluir na sua prática a articulação entre a prevenção de doenças e a promoção da saúde, por meio da expansão e qualificação da APS (VALE et al., 2010).

Diante do exposto, observa-se que a alta mortalidade por câncer do colo do útero pode ser um indicativo de falhas no diagnóstico precoce de displasias, decorrentes de diversos fatores: dificuldade de acesso ao programa de prevenção ao câncer cervicouterino, pouca ou nenhuma oferta dessas ações nas UBS, a não utilização do serviço pela população por questões subjetivas diversas, inadequação das ações de educação em saúde, entre outras (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011).

Algumas mulheres quando abordadas sobre o motivo de não procurar os serviços para a realização do exame de prevenção do câncer cervicouterino relataram sentir vergonha de expor sua intimidade e o fato de não apresentar qualquer tipo de desconforto ou anormalidade.

#### A recusa ao exame

É só descuido mesmo, não está sentindo nada (Safira).

Medo de fazer, pois já faz muito tempo que fiz (Esmeralda).

Eu não sei, às vezes porque não gostam, porque não acreditam (Rubi).

Se acomodam, têm medo de fazer o exame (Pérola).

Eu acho que às vezes é vergonha, diz que doi. Acha que não deve fazer porque já está com idade, não vai ter esse problema, não menstrua mais, eu acho que é isso aí (Ametista).

Os discursos deixam clara a necessidade de se investir em práticas educativas direcionadas à problemática do câncer do colo do útero. Tais práticas ainda são bastante pontuais e não fazem parte da rotina das unidades de Saúde da Família, principalmente para o público em tela. Pode-se sugerir que a ausência dessas ações se deva ao fato dessas mulheres não apresentarem vida sexualmente ativa, não havendo, portanto, necessidade de abordagem acerca do tema.

Em consonância com o Sistema Único de Saúde - SUS, torna-se imprescindível que profissionais de saúde desenvolvam ações de prevenção de doenças e de educação em saúde de forma dialógica junto às mulheres com vistas à redução da mortalidade por câncer de colo uterino (REIS, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar o conhecimento de mulheres idosas, adstritas a uma UBS no interior do Rio Grande do Norte, acerca da prevenção do câncer do colo do útero.

Detectou-se que a maioria das mulheres realiza o exame de forma esporádica e desconhece a magnitude dessa doença, não atribuindo a devida importância à realização do exame de prevenção com vistas a evitar a doença.

Muitas dessas mulheres se reconhecem como “descuidadas”, entretanto referem a ausência de dor ou algum outro sintoma que as levem a buscar o exame. Ademais, observou-se que a subjetividade é uma dimensão extremamente forte à medida que referem o medo de fazer o exame para evitar a dor, por vergonha ou mesmo pela ausência de menstruação ou de relação sexual nessa idade.

Observou-se, também, que as práticas educativas destinadas a prevenção do câncer do colo cervicouterino são inexistentes, ou seja, não fazem parte do processo de trabalho dos profissionais de saúde vinculados à Unidade Básica de Saúde em foco. Compreende-se, entretanto, que a educação em saúde deva ser condição *sine-qua-non* no auxílio a prevenção de tal patologia, devendo ser de responsabilidade de toda a equipe de saúde, sugerindo um olhar holístico sobre a mulher idosa.

Esses achados apontam para a necessidade de ressignificação das práticas de saúde, tanto por parte dos profissionais quanto dos gestores do campo da saúde, uma vez que se constitui como um grave problema de saúde pública.

Os resultados aqui apresentados podem instigar reflexões a respeito das práticas educativas em saúde. Sabe-se das limitações deste estudo, tendo em vista o reduzido número de mulheres entrevistadas, sendo necessários outros estudos que possam dar seguimento e aprofundar as investigações acerca da temática em foco.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: MS, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014 publicadas no Diário Oficial da União em 28/08/2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240020&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>. Acesso em: 20/06/2017.

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Câncer. **Sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA) e do câncer do colo do útero (SISCOLO)**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos Cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Educação Popular e saúde e a enfermagem na Atenção Básica. In: Associação Brasileira de Enfermagem. Carmem Elizabeth; OLIVEIRA, Adriano; FERREIRA, Darlisom Sousa Ferreira (organizadores). Programa de Atualização em Enfermagem: **Atenção Primária e saúde da Família: Ciclo 2**. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana, 2012.

DEMO, Pedro. **A educação do futuro e o futuro da educação**. 2. ed. Campinas: Coleção Educação Contemporânea. 2005.

FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. 34. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GASPERIN, Simone Iara; BOING, Antonio Fernando; KUPEK, Emil. Cobertura e fatores associados à realização do exame de detecção do câncer de colo útero em área urbana no Sul

do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 7, p.1312-1322, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em Saúde a partir de Círculos de Cultura. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 397-403.

MELO, Maria Carmem Simões Cardoso de et al. O enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero: o cotidiano da atenção básica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.3, p. 389-398, 2012.

MAEDA, Tamie de Carvalho; ALVES, Ana Paula; SILVA, Sueli Riul da. Conhecimento de mulheres idosas sobre o exame de Papanicolau. **Ciência Cuid Saúde**, v. 11, n. 2, p. 360-367, 2012.

MENDONÇA, Francisco Antonio da Cruz et al. Prevenção do câncer de colo uterino. Adesão de enfermeiros e usuárias da Atenção Primária. **Revista Rene**, v.12 n.2, p. 261-70, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**- 14 ed. São Paulo:Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOUTINHO, C. B. et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 253-272, 2014.

PICCOLI, Jaqueline da Costa Escobar; CASARIN, Micheli Renata. Educação em saúde para prevenção do câncer do colo do útero em mulheres do município de Santo Ângelo/RS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3925 -3932, 2011.

REIS, Tatiana Carvalho et al. Educação em Saúde: aspectos históricos no Brasil. **J Health Sci Inst**,v.31, n. 2, p. 219-23, 2013.

SOARES, Marilu Correa; MEINCKE, Sonia Maria Konzgen. Câncer de colo uterino: caracterização das mulheres em um município do Sul do Brasil. **Revista Enfermagem**, v.14, n. 1, p. 90-96, 2010.

SOUZA, Graciany Gomes. **A importância de ações educativas para prevenção do câncer de colo uterino no contexto da Estratégia Saúde da Família**. Minas Gerais 2011, 75 f. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais/MG, 2011.

SOARES, Maurícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Rieul. Intervenções que favorecem a adesão ao exame de colpocitologia oncótica. Revisão integrativa. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v.69, n.2, p.404-4014, 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. Pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2012.

THULER, Luiz Claudio Santos; BERGMANN, Anke; CASADO, Letícia. Perfil dos pacientes com câncer do colo do útero no Brasil, 2000-2009: estudo de base secundária. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 3, p. 351-357, 2012.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):67- 83, 2004.

VALE; Diana Brada Andrade Peixoto et al. Avaliação do rastreamento do câncer do colo do útero na Estratégia Saúde da Família no município de Amparo, São Paulo, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p.383-390, 2010.

ZAPPONI, Ana Luiza; MELO, Enirtes Caetano Prates. Distribuição da mortalidade por câncer de mama e de colo de útero segundo Regiões Brasileiras. **Revista Enfermagem**, v.18, n. .4, p. 628-31, 2010.

## **PROGRAMA HABITACIONAL CIDADE MADURA: PROPOSTA DE SOCIALIZAÇÃO?**

Marina Holanda Kunst<sup>1</sup>

José de Souza Brandão Neto<sup>2</sup>

### **RESUMO**

O artigo é um recorte da pesquisa de mestrado finalizado. Dessa forma, propõe expor as relações dos idosos moradores de um conjunto habitacional e sua relação com a horta comunitária presente no habitacional. Para tanto, foi aplicado um questionário abordando a questão da satisfação dos idosos com o habitacional e seu nível socioeconômico. Construído de forma a facilitar a mobilidade interna, pautada nas normas de acessibilidade e se apresentando com uma nova morfologia (apenas casas), o conjunto habitacional se mostra apto, fisicamente, para a interação social entre seus moradores, contudo a construção de um tecido social necessita não só de estrutura física, como também de estímulo a interação. Localizada no final do Habitacional, a horta comunitária tem seu acesso, a partir das casas, sem necessidade de subir e descer calçadas, pois os mesmos estão sob a mesma calçada, o que facilita na rota acessível, contudo é um espaço subutilizado ou ainda excluído, pois já houve vários conflitos e não se tem mais cultivo nesse espaço. Diante dos resultados obtidos, notou-se que é necessário um estudo na disposição desse espaço para melhor proporcionar seu uso contínuo e agradável.

**Palavras-chave:** idoso; conjunto habitacional; união.

### **INTRODUÇÃO**

A tendência mundial à diminuição da mortalidade e da fecundidade e o prolongamento da esperança de vida têm levado ao envelhecimento da população. O que era antes um fenômeno ligado a países e regiões desenvolvidas, hoje ocorre também nos países do terceiro mundo, e as projeções estatísticas demonstram que esta é a faixa etária

---

<sup>1</sup> Mestre pelo Curso de Desenvolvimento Urbano da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, marinakunst7@hotmail.com

<sup>2</sup> PhD em Housing and Urbanism pela Architectural Association School of Architecture – AA, zecabrandao@hotmail.com

que mais crescerá na maioria dos países em desenvolvimento (PASCHOAL, SALLES e FRANCO, 2006).

No âmbito mundial, os números mostram que, atualmente, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais. Nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final deste período (OLINO, 2006; VARGAS e PORTELLA, 2013; VIEIRA, 2012).

Já no Brasil, projeções indicam que, em 2050, essa população idosa será de 1.900 milhão, um total de 15%, deixando o país em sexto lugar no ranking mundial com o maior número de pessoas na Terceira Idade (OLINO, 2006; MACHADO, 2007; MESSORA, 2006).

Atrelado a esse fator, pode ser observado que esta população está mais ativa. Basta um olhar à nossa volta para percebermos que tem aumentado o número de pessoas mais amadurecidas nos parques, nas caminhadas pelos bairros e mesmo nas academias. O público da terceira idade busca o contato com novas pessoas, novas culturas e novas atividades (OLINO, 2006; VARGAS e PORTELLA, 2013; SANTOS, 2003).

Contudo, essa longevidade tem implicações importantes para a qualidade de vida, podendo trazer problemas com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social (PASCHOAL, 2006).

Para tanto, deve-se ter em mente que o ambiente tem um papel fundamental na nossa qualidade de vida e no nosso bem-estar, podendo ser definido como um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que nos circundam no dia a dia e do qual fazemos parte (PERRACINI, 2006).

O autor segue afirmando que nesse sentido podemos destacar o ambiente de moradia como um dos mais importantes para a nossa qualidade de vida. Ambiente este, que é muitas vezes construído sem considerar o conceito do design universal, segundo o qual todas as pessoas de todas as idades e em qualquer estado funcional possam utilizá-lo plenamente.

Encontrar soluções que atendam às necessidades sociais dos idosos é parte de um processo complexo que incluem tomadas de decisões sobre fatores físicos, de desenvolvimento projetual, de construção, bioclimáticos, econômicos, tecnológicos, entre outras (BARBOSA e ARAUJO, 2014).

Os autores as apresentam: a) inclusão de áreas que respeitem a individualidade e outras de convivência social, sem que isso remeta ao isolamento não favorável à saúde física e mental do idoso; b) especificação de mobiliário adaptado às limitações de cada

usuário proporcionando conforto e segurança, e criação de espaços humanizados, aconchegantes e agradáveis; c) questões relativas à iluminação e ventilação naturais, paisagismo, telhados verdes, áreas de convivência social e espaços individualizados, evitando, assim, ambientes destinados ao confinamento pelo uso de sistemas artificiais de climatização; d) criação de situações que remetam o usuário às lembranças de situações que contribuam para uma boa recuperação e sejam agradáveis à permanência no espaço; e) possibilidades de requalificação e readequação de espaços.

Dessa forma, González (2017) aponta que estudos recentes mostram que a moradia e o bairro são determinantes de bem-estar e da identidade de lugar dos idosos. Em particular, observou que as contínuas mudanças urbanas rompem com as paisagens tradicionais e as representações sociais da cidade ligadas com os usos e costumes que geram apego ao lugar, gerando problemas de adaptação ao meio.

Portanto, com o envelhecimento cada vez maior da população brasileira somada a grande lacuna de inserção do idoso no trabalho, na moradia, na família, no transporte, tem sido tópico de grande preocupação entre os gestores públicos no país. Em João Pessoa, esse tema despertou o interesse da Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP) e da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Humano (SEDH), que construíram um conjunto habitacional específico e adaptado; com as normas de acessibilidade; para essa população.

Esse habitacional nomeado Cidade Madura é composto por 40 casas geminadas, praça, pista de caminhada, horta comunitária, espaço de convivência, posto médico, redário, mini academia, guarita e administração (CEHAP, 2012; PARAÍBA, 2014b).

Como forma de construir um espaço que todos sejam ativos quanto às atividades diárias e pessoais, pode-se dizer que o Programa se baseia na definição da comunidade de Bonavides (2000), que implica na existência de formas de vida e organização social, onde impera essencialmente uma solidariedade feita de vínculos psíquicos entre os componentes do grupo. É dotada de caráter irracional, primitivo, munida e fortalecida de solidariedade inconsciente, feita de afetos, simpatias, emoções, confiança, laços de dependência direta e mútua do “individual” e do “social”, feito a partir da vontade de todos independente da vontade dos membros que o compõem, como a família. Nela a vontade se torna essencial, substancial, orgânica.

Assim, para a efetivação do Programa, foi instituído o Decreto nº 35.072 de 10 de junho de 2014 para sua normalização, onde reza que o mesmo tem como objetivo promover o acesso de idosos à moradia digna e respectivas áreas de convivência social e

lazer adequadas às necessidades das pessoas idosas, a ser implementado em cumprimento às diretrizes da Política Estadual para a Pessoa Idosa do Governo do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2014a).

Diante de todos esses fatores, o artigo traz como seu principal objetivo expor as relações dos idosos moradores de um conjunto habitacional e sua relação com a horta comunitária presente no habitacional, tendo como finalidade observar as redes de amizades possíveis de serem traça em uma relação de socialização com a horta.

Assim, a metodologia, é composto dos dados coletados de um questionário aplicado com os idosos. E a partir das respostas coletados com os idosos, foi possível observar o nível de envolvimento entre eles e a horta.

Para a composição dos resultados e discussões da pesquisa, notou-se que a necessidade da inserção de fotografias para facilitar a compreensão dos leitores, tabela de apresentação do perfil socioeconômico dos idosos, além da exposição dos poucos autores que já trabalharam com a temática: idoso-horta-socialização.

Diante dos dados apresentados até então, notou-se que os idosos já não cultivam o espaço horta no conjunto habitacional devido à falta de estimulação para o convívio grupal e pela falta de estímulo dos governos locais em tentar socializar os moradores, já que repartem o mesmo espaço físico.

Dessa forma, é evidente que se faz necessário um estudo na disposição desse espaço para melhor proporcionar seu uso contínuo e agradável, pois é um lugar de encontro e troca de conversa, fortalecendo o convívio social.

## **METODOLOGIA**

Os resultados expostos são um viés do trabalho de dissertação de Kunst (2016), intitulado: Avaliação da acessibilidade do idoso em conjuntos habitacionais: o caso do Cidade Madura.

Seu fundamento está na aplicação de um questionário com os idosos moradores do Conjunto Habitacional Cidade Madura. Este questionário abordou a questão da satisfação dos idosos com o habitacional e seu nível socioeconômico.

Dessa forma, o artigo é um estudo de caso, com amostra classificada como intencional, contemplando indivíduos de ambos os sexos, sem distinção de grau de escolaridade e estado civil, realizado no mês de setembro de 2015, onde foram aplicados 20 questionários com os moradores.

Como foi uma pesquisa que trabalhou com seres vivos, ele foi submetido a avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado em 04 de março de 2015, recebendo o número CAAE 40768315.0.0000.5208.

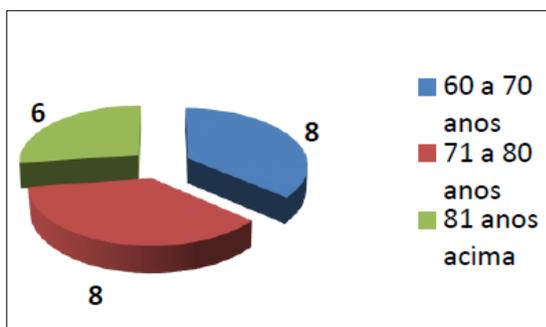
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ideia da construção do conjunto habitacional pelo estado da Paraíba se tentar “prevenir” das significativas mudanças no perfil de morbidade e mortalidade dos adultos, com o rápido envelhecimento populacional e o crescimento significativo, principalmente do segmento dos mais velhos (85 anos de idade), de maneira que os idosos continuem inseridos na sociedade (SAYEG; MESQUITA e COSTA, 2006).

Portanto, foi construído de forma a facilitar a mobilidade interna, pautada nas normas de acessibilidade e apresentando uma nova morfologia (apenas casas), o Conjunto Habitacional Cidade Madura se mostra apto, fisicamente, para a interação social entre seus moradores, contudo a construção de um tecido social necessita não só de estrutura física, como também de estímulo a interação.

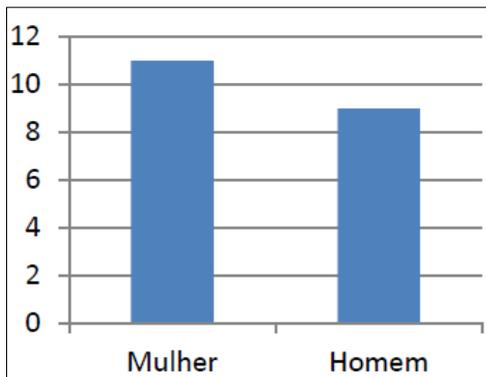
Composto por idosos entre 65 e 80 anos (gráfico 1), com significativa presença de idosas (gráfico 2), a maior parte dos entrevistados professaram fé no catolicismo (gráfico 3), a escolaridade predominante foi a fundamental II incompleta (gráfico 4), o estado civil predominante foi o viúvo (gráfico 5) e renda de um salário mínimo (gráfico 6), apresentam dificuldades em se socializar e falta de estímulo público para sua efetivação.

Gráfico 1



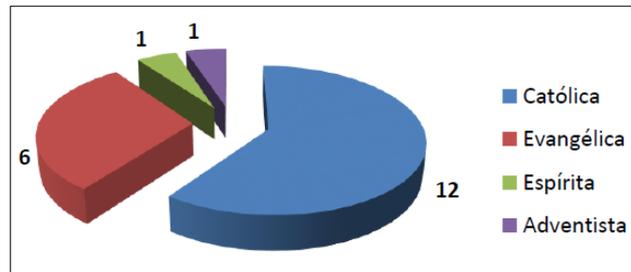
Fonte: Autora, 2016.

Gráfico 2



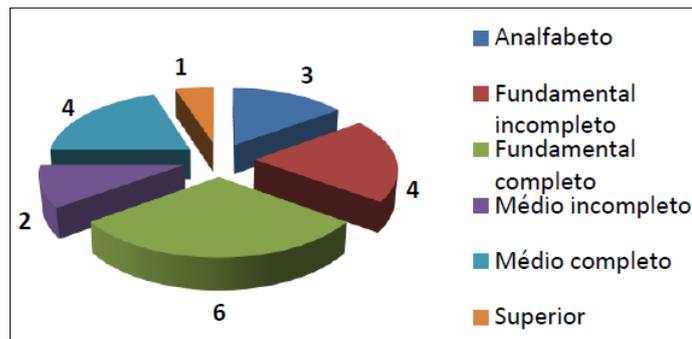
Fonte: Autora, 2016.

Gráfico 3



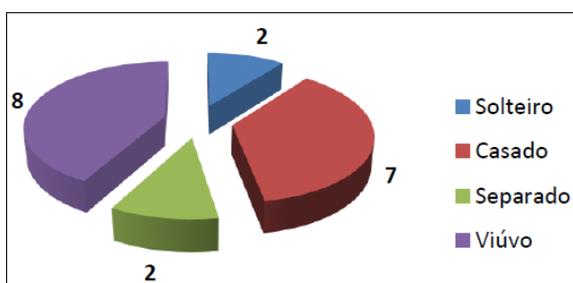
Fonte: Autora, 2016.

Gráfico 4



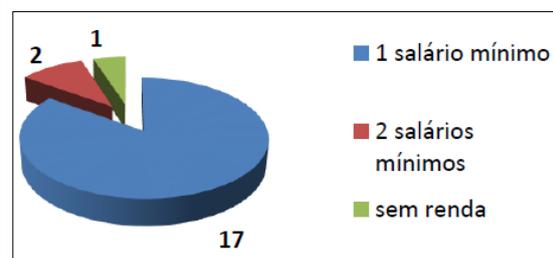
Fonte: Autora, 2016.

Gráfico 5



Fonte: Autora, 2016.

Gráfico 6



Fonte: Autora, 2016.

Como o conjunto apresenta vários espaços de socialização já citados, esse trabalho focará especificamente na horta comunitária. Ela tem como principal objetivo a integração social dos moradores, no entanto, sua disposição no habitacional não

proporciona essa interação. Além disso, a sua localização no final do habitacional e a incidência constante do sol não proporcionam conforto e socialização (figura 1).

Figura 1. Área para cultivo real



Fonte: Autora, 2016.

A ausência da vegetação ainda é agravada devido ao fato de a cidade não ser muito arborizada, o que corrobora com González (2017), em seu estudo na Cidade do México, onde afirmar que a vegetação em um meio urbano tão denso como esta cidade é sempre agradável para os idosos, principalmente quando estes idosos já viveram em uma cidade mais arborizada e se surpreendem com a rapidez de que estes espaços vão se distanciando com o avançar do desenvolvimento das cidades.

Como já mencionada, sua localizada é no final do Habitacional (figura 2), mas a horta tem seu acesso, a partir das casas, sem necessidade de subir e descer calçadas, pois os mesmos estão sob mesma a calçada, o que facilita na rota acessível, contudo é um espaço subutilizado ou ainda excluído, pois já houve vários conflitos e não se tem mais cultivo nesse espaço.

Figura 2. Na área demarcada a Horta



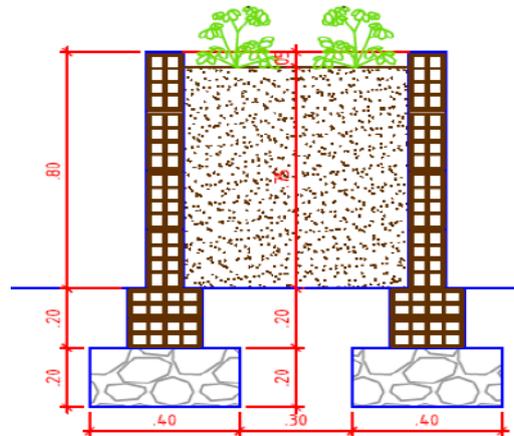
Fonte: Google Imagens, 2015

Baseado no questionário aplicado, observou-se que a horta representa um local onde o fluxo inicial de pessoas era grande, mas com a falta de diálogo e companheirismo foi perdendo seu “encanto” pelo cultivo coletivo e falta de incentivo dos órgãos públicos. Fato revelado por 11 moradores (7 idosos e 4 idosas) que disseram preferir as suas hortas individuais, de “fundo de quintal”.

Como observado por Seabra et al. (2010) o trabalho com hortas comunitárias deve despertar interesse nos idosos em querer plantar, regar e colher, trocando experiências sobre cultivo, os fatores que influenciam na produção e o uso das hortaliças na alimentação.

Contudo, os que ainda frequentam o local afirmam que a horta está bem localizada (2 idosos e 7 idosas), que a altura de cada espaço de plantio é adequada, que a distância entre eles é boa e que seus tamanhos são suficientes (figura 3).

Figura 3. Área para cultivo



Fonte: Autora, 2016.

É possível que com a presença de arborização esse lugar fique mais agradável, como aponta Gonsález (2017), indubitavelmente os parques elevam a qualidade de vida das pessoas e das cidades, e quando as cidades crescem muito não deixam espaço para os espaços verdes, fazendo com que as pessoas tenham que se distanciar quilômetros para poder desfrutar de áreas verdes e grandes.

Dessa forma vale ressaltar a importância das hortas comunitárias para a socialização dos idosos. Segundo Silva et al. (2011), a frequência nesses espaços coletivos favorece a troca de conhecimento entre idosos, o que aumenta sua autoestima, por se sentirem valorizados.

Esses dados também é corroborado por Seabra et al. (2010) que afirma que a horta comunitária é um espaço de cultivo onde há troca de experiência, nos quais os indivíduos interagem numa ação comum, expressando sua cultura e seu conhecimento. Neste espaço, além de cultivar hortaliças, frutas, condimentos e espécies medicinais, estes também desenvolvem habilidades sociais e cultivam amizades, que contribuem para sua socialização a um grupo criando uma identidade coletiva e ao mesmo tempo construindo a identidade individual.

Assim, os dados coletados no trabalho de Kunst (2016) divergem do que foi encontrado por Altieri et al. (1999), em Cuba, onde a horta comunitária aumentou a segurança alimentar, renovando a solidariedade dentro do bairro, e de servir como uma

fonte de lazer, exercício e relaxamento, a horta do Cidade Madura, apesar de disponível e pronta para uso, é pouco visitada e não ajuda na socialização dos moradores.

Silva et al. (2011) também sugerem que o cultivo de alimentos em pequenas hortas coletivas tende a fortalecer os vínculos afetivos, expressados com a lembrança de datas comemorativas, ausências de preocupações e interação mútua na realização das atividades, além da valorização pessoal, pois a troca de conhecimento entre idosos aumenta a autoestima.

Afinal, em conjuntos residenciais, a criação de um universo íntimo é feita por escolha própria, que se incorpora, de fato, em um espaço comum, mas de acesso reservado e controlado, protegidos do perigo (CHEVALIER e CARBALLO, 2005).

Dessa forma, não basta apenas estar em um local adequado, com espaço para plantio relativamente bom, se não existe pessoas usando-o, por isso é necessário um incentivo das organizações envolvidas para estimular a convivência e companheirismo dos idosos.

Afinal, as áreas verdes são elementos estéticos que ao mesmo tempo lugares de descanso, recreação, convivência e contemplação. A vegetação é um fator de fruição do tempo, que os idosos gostam de ter nesses espaços (GONZÁLEZ, 2017).

A horta é também uma opção de lazer que contribui para um estilo de vida ativo, fator importante para minimizar as consequências biológicas negativas que se tornam presentes durante o envelhecimento (SEABRA et al., 2010).

Mas, mesmo diante de tantas incongruências e falta de apoio governamental local, uma das perguntas no questionário foi o “local da casa que o idoso mais gostava” e inacreditavelmente, um dos moradores citou a horta como seu lugar favorito, mesmo a autora tendo afirmado que a horta não faz parte da casa e que ele poderia escolher outro lugar da casa.

A explicação desse idoso foi o fato dele se sentir bem neste lugar (a horta), apesar dos fatores já mencionados acima. O que fez a autora pensar que este espaço pode representar um espaço anterior em que ele viveu e como morador de um conjunto habitacional não pode mais usufruir de um espaço da forma que conviveu no passado.

No entanto, essa fato vai de encontro com outra pergunta, “local no habitacional que o idoso mais gostava”, onde só uma idosa apontou a horta como seu lugar favorito e um idoso apontou todo o habitacional.

Outro ponto precisa-se destacar é que as atividades que necessitam ser desenvolvidas devem permitir a construção de espaços de socialização para poder, então,

observar processos de construção, reconstrução e manutenção da identidade pessoal e constituição de vínculos grupais.

Assim, Seabra et al. (2010) apontam que as atividades desenvolvidas precisam influenciar nas atividades da vida diária, e que pode levar a observar, ao longo do tempo, na medida em que proporciona aos participantes uma mudança lenta e gradual na sua postura. Uma vez que, alguns idosos não saem de casa e, quando isso acontece, estes têm o hábito de caminhar pouco. Essa imobilidade pode causar dores na coluna, pernas e músculos. A maioria desses problemas poderia ser resolvido de forma simples, sem a necessidade do idoso utilizar medicamentos ou fazer visitas extras ao médico (GRUPO CONVIVA, 2018).

## **CONCLUSÃO**

O incremento na habitação e, principalmente, a inclusão dos princípios da acessibilidade são de fundamental importância, primeiro por facilitar a vida dos familiares e cuidadores desses idosos e segundo porque os idosos estão cada vez mais independentes, buscando assim, morar sozinhos (KUNST e BRANDÃO, 2017).

A construção de um questionário, que foi respondido pelos moradores, foi fundamental para verificar, na prática, o efetivo uso da horta, pois apenas a observação da pesquisadora, de forma isolada, só possibilita o fortalecimento de pré-conceitos em sua visualização daquilo que se pensa existir nesse ambiente, sem que se perceba e entenda como os moradores usufruem do mesmo.

Dessa forma, já se mostrou evidente o crescente aumento da população idosa, necessitando assim de novas políticas públicas para proporcionar conforto a essa população. Além disso, notou-se, também, o incremento da população idosa mais velha; neste caso, os idosos com mais de 80 anos, que necessitam ainda mais de atenção e cuidados.

Diante dos resultados obtidos pelo questionário com os idosos, notou-se que é necessário um estudo na disposição desse espaço para melhor proporcionar um uso contínuo e não sua subutilização.

Contudo, deve-se ter em mente que um espaço como a horta, precisa resultar em oportunidades de trocas intergeracionais, em reconhecimento de sabedoria para demonstrar habilidades. Uma horta pode ser o meio de externar emoções contribuindo para criar novos objetivos e ao direcionamento do foco para o bem-estar na moradia, pois

é preciso reconhecer que o acompanhamento do ciclo de vida de um vegetal exige atenção, cuidado e dedicação, tal como precisamos para sermos reconhecidos e devolvermos em carinho e simpatia (BESTETTI, 2016).

Segundo Valle (2019), os benefícios (de ter e cultivar uma horta) vão desde o preenchimento do tempo livre e o aumento do senso de utilidade, passando pela socialização e o contato entre diferentes gerações. Criam-se vínculos afetivos significativos entre vizinhos e parentes.

Além disso, é importante um estudo de conforto ambiental e de projeto de socialização por parte dos órgãos públicos envolvidos e participação da sociedade acadêmica que já interagem em outras atividades, principalmente na área de saúde.

Contudo, mesmo diante de fatos não integradores, foi possível perceber, bem como Wichmann et al. (2013) observaram, que também foi possível notar e constatar que muitos dos idosos se alegraram pelo motivo de não estarem mais sós em casa ou serem um peso para a família, podendo assim conviver com pessoas da mesma idade e buscar uma atividade com a finalidade de dar um sentido para a vida, possibilitando a criação de novos e bons laços de amizades.

No entanto, é importante mencionar que a horta não é a única área subutilizada no habitacional, como são o redário e a mini academia, já por falta de convivência em grupo, por falta de equipamentos para seu uso, por falta de profissional para facilitar e fortalecer o uso dos espaços, sem mencionar o conforto térmico desses espaços.

Sabendo que esses lugares são bons ambientes para encontro e troca de conversa, é fundamental a tomada de decisões coletivas para sua utilização sadia e confortável entre os idosos e entre grupos para fortalecer o convívio social.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTIERI, Miguel A.; COMPANIONI, Nelso; CAÑIZARES, Kristina; MURPHY, Catherine; ROSSET, Peter; BOURQUE, Martin; NICHOLLS, Clara I. **The greening of the barrios: urban agriculture for food security in Cuba.** Agriculture and Human Values 16 - 131-140. 1999.
- BARBOSA, Elizabeth S. ARAUJO, Eliete de P. **Edifícios e habitações sociais humanizados para idosos.** Universitas: Arquitetura e Comunicação Social, 11(2), 7-16. 2014.

- BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Hortas para idosos. 2016. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/hortas-para-idosos/>.
- BONAVIDES, P. Ciência política. 10ª ed. Ceará: Malheiros Edições. 2000.
- CHEVALIER, Jacques; CARBALLO, Cristina. **Los espacios cerrados residenciales: en busca del entre-sí; estudio comparativo entre el norte y el sur del continente americano.** Cuadernos de Geografía - Revista Colombiana de Geografía, (14), 5-14. 2005.
- Companhia Estadual de Habitação Popular – CEHAP. **Governador lança Cidade Madura e autoriza 2 mil habitações.** 2012. Disponível em: <http://www.cehap.pb.gov.br/noticia/governador+lanca+cidade+madura+e+autoriza+2+mil+habitacoes-5>.
- GONZÁLEZ, Martha de A. Representaciones sociales y experiencias de vida cotidiana de los ancianos en la Ciudad de México. **Estudios demográficos y urbanos**, 32(94), 9-36. 2017.
- GOOGLE MAPAS. **Mapas.** 2015. Disponível em: <https://www.google.com.br/maps/@-7.1779143,-34.8139343,192m/data=!3m1!1e3>.
- GRUPO CONVIVA. **Os benefícios da jardinagem para idosos.** 2018. Disponível em: <https://grupoconviva.com/blog/2018/01/15/os-beneficios-da-jardinagem-para-idosos/>.
- HAZIN, M. M. V. **Os espaços residenciais na percepção dos idosos.** (Trabalho de mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. 2012.
- KUNST, M. H. **Avaliação da acessibilidade do idoso em conjuntos habitacionais: o caso do Cidade Madura.** (Trabalho de mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. 2016.
- KUNST, M. H.; BRANDÃO, J. de S. **Um sonho de casa acessível: o caso do Cidade Madura/PB.** 2017. Disponível em: [http://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO\\_EV075\\_MD2\\_SA16\\_ID27\\_01062017114102.pdf](http://editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD2_SA16_ID27_01062017114102.pdf)
- MACHADO, M. M. B. **Estudo sobre a adequação hoteleira para atender o segmento da terceira idade.** (Trabalho de graduação) Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. 2007.
- MESSORA, L. B. **Perfil dos Idosos em Instituições Asilares de Três Municípios do Sul de Minas Gerais.** (Trabalho de especialização). Universidade Federal de Alfenas, Minas Gerais, Brasil. 2006.

- OLINO, R. Quem é o idoso hoje? In: BERTELLI, S. B. **O idoso não quer pijama!:** aprenda a conhecer e como tratar esse novo cliente. Rio de Janeiro: Qualitymark. 2006.
- PARAÍBA. Decreto estadual. Nº 35.072 de 10 de junho de 2014. 2014a.
- PARAÍBA. Prefeitura da Paraíba. **Governo do Estado entrega Residencial Cidade Madura na capital.** 2014b. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/91022/governo-do-estado-entrega-residencial-cidade-madura-em-joao-pessoa-na-terca-feira.html>.
- PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In: E. V., Freitas et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan. 2006.
- PASCHOAL, S. M. P; SALLES, R. F. N.; FRANCO, R. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: E. T. de C, Filho; M. P, Netto. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica.** 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu. 2006.
- PERRACINI, M. R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: E. V., Freitas et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan. 2006.
- SANTOS, Daniele B. dos. **3ª idade:** os novos consumidores do Turismo. 2003. Disponível em: <http://www.revistaturismo.com.br/artigos/3idade.html>.
- SANTOS, G. **Cálculo amostral:** calculadora on-line. s./d.. Disponível em: <http://www.calculoamostral.vai.la>.
- SAYEG, M. A.; MESQUITA, R. A. V.; COSTA, N. E. da. Políticas públicas de saúde para o envelhecimento. In: E. V., Freitas et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan. 2006.
- SEABRA JÚNIOR, S.; PIZANO, R.E.; BENEVIDEZ, E.M.; MAGALHÃES, J. Projeto Comunidade Feliz: horta comunitária com idosos. **Hortic. bras.**, v. 28, n. 2 (Suplemento - CD Rom). 2010.
- SILVA, Leandro B. da; ASSIS, Edson B. de; JÚNIOR, Santino S.; PIZANO, Roberval E.; BENEVIDEZ, Edineuza M.; MAGALHÃES, Josiane. **Projeto Comunidade Feliz:** horta comunitária e atividades interdisciplinares com idosos. **Hortic. Bras.**, 29(2), 445-450. 2011.
- VALLE, Leonardo. Cultivo de hortas estimula socialização de idoso e troca de conhecimento entre gerações: atividade pode ser exercida em casa ou em coletivos que revitalizam praças e ruas. 2019. Disponível em: <https://www.institutonetclaroembratel.org.br/cidadania/nossas->

novidades/noticias/cultivo-de-hortas-estimula-socializacao-de-idoso-e-troca-de-  
conhecimento-entre-geracoes/

VARGAS, Alessandra C.; PORTELLA, Marilene R. **O diferencial de um grupo de convivência:** equilíbrio e proporcionalidade entre os gêneros. Revista Kairós (Online), 16, 227-238. 2013.

VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso:** desafios contemporâneos e repercussões psicossociais. (Trabalho de doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil. 2012.

WICHMANN, Francisca M. A.; COUTO, Analie N.; AREOSA, Silvia V. C.; MONTAÑÉS, Maria C. M. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 16(4):821-832. 2013.

## QUALIDADE DE VIDA E ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA

Cristian Ribeiro Gonçalves<sup>1</sup>  
Danilo Cândido Bulgo<sup>2</sup>  
Daniel dos Santos<sup>3</sup>  
Lilian Cristina Gomes do Nascimento<sup>4</sup>

### RESUMO

O processo de envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo mais lento para uns e mais rápido para outros, essas variações são dependentes de fatores como qualidade de vida, estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas. **Objetivo:** Verificar a qualidade de vida e frequência da prática de atividade física de idosos de uma cidade do interior do Estado de São Paulo. **Metodologia:** A amostra foi composta de 121 idosos que residem em uma cidade do interior do estado de São Paulo. Sendo utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico e dois questionários de qualidade de vida: *WHOQOL-OLD* e *WHOQOL-BREF*. **Resultados:** A amostra apresentou ser composta por idosos do sexo feminino (54,5%), faixa etária entre 61 e 69 anos. Verificou-se o uso de medicamentos (76,8%), principalmente para controle da hipertensão arterial (34%), 57,9% dos participantes constatou não praticar nenhum tipo de atividade física. No questionário WHOQOL-BREF a menor pontuação incidiu sobre o domínio “físico” ( $62,01 \pm 2,91$ ), já a maior pontuação incidiu sobre o domínio “psicológico” cuja pontuação foi  $67,46 \pm 2,56$ . No WHOQOL-OLD o maior escore foi observado no domínio “Intimidade” ( $69,06 \pm 4,31$ ) e, o menor, no domínio “Morte e Morrer” ( $40,13 \pm 4,98$ ). **Conclusão:** Neste estudo os participantes apresentaram baixa frequência na prática de atividades físicas o que pode ter favorecido para adquirirem algum tipo de doença crônica não transmissível. Em relação a qualidade de vida, a amostra pesquisada mostrou a importância da família e das relações sociais para o contexto de vida da população idosa.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Atividade Física, Idosos.

### INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população brasileira vem modificando seu perfil, manifestando uma nova realidade. O aumento do percentual de idosos, somado à diminuição da natalidade,

<sup>1</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, [cristianribeiro\\_edfisica@hotmail.com](mailto:cristianribeiro_edfisica@hotmail.com);

<sup>2</sup> Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, [danielbulgo@gmail.com](mailto:danielbulgo@gmail.com);

<sup>3</sup> Docente do Program de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, [daniel.santos@unifran.edu.br](mailto:daniel.santos@unifran.edu.br);

<sup>4</sup> Docente do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde da Universidade de Franca – UNIFRAN, [lilian.nascimento@unifran.edu.br](mailto:lilian.nascimento@unifran.edu.br);

são situações atuais em um país antes considerado jovem, mas com características que nos organizam para nos tornarmos uma população idosa (HERÉDIA et. al., 2007).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2009), em 2030, o número de idosos deverá superar o de crianças e adolescentes em cerca de quatro milhões, diferença que aumentará para 35,8 milhões em 2050. Com o aumento da expectativa de vida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), estima-se que o Brasil será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas até 2025.

O processo de envelhecimento pode variar de indivíduo para indivíduo, sendo mais lento para uns e mais rápido para outros. Essas variações são dependentes de fatores como estilo de vida, condições socioeconômicas e doenças crônicas. Já o conceito “biológico” relaciona-se com aspectos nos planos molecular, celular, tecidual e orgânico do indivíduo, enquanto o conceito psíquico é a relação das dimensões cognitivas e psicoafetivas, interferindo na personalidade e afeto. Desta forma, falar de envelhecimento é abrir um leque de interpretações que se correlacionam ao cotidiano e a perspectivas culturais diferentes (CAETANO, 2006).

O ser humano como um todo sempre se preocupou com o envelhecimento, encarando-o de diferentes formas. Adotando assim, uma dimensão heterogênea. Alguns o definem como uma diminuição geral das capacidades funcionais da vida diária, outros o avaliam como um período de aumento da vulnerabilidade e de cada vez maior dependência dos familiares. Outros, ainda, idolatram a velhice como o ponto mais alto da sabedoria, bom senso e serenidade. Cada uma destas atitudes corresponde a uma verdade parcial, mas nenhuma representa a verdade total (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Segundo Alencar e Carvalho (2009) o envelhecimento é um processo inevitável, irreversível, dinâmico e associado a perdas tanto nos aspectos biológicos quanto nos aspectos socio afetivo e político, além de exigir vulnerabilidades que se diferenciam conforme gênero, idade, classe social, raça, local geográfico, entre outras variáveis. Essas vulnerabilidades impactam na expectativa de vida, na qualidade de vida e na morbidade e mortalidade dessa população.

Dentro desse contexto, as alterações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento compõem uma das grandes preocupações para os profissionais da área da saúde, sobretudo no que se refere à melhora na qualidade de vida (QV) e na prevenção de doenças (SILVA et al., 2012).

Segundo Organização Mundial da Saúde, a QV pode ser definida como a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura que se insere e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação as suas metas, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL GROUP, 1994). Com o processo de envelhecimento populacional crescendo, busca-se descobrir quais condições, pertinentes à saúde, estariam associadas à QV dos idosos (FLECK et al., 1999) com a finalidade de desenvolver estratégias que melhorem a QV desses.

Pesquisas mostram que a prática de exercícios físicos pode ser uma aliada no processo de envelhecimento e colaborar na melhoria da QV de idosos (ARAGÃO et al., 2002; ALENCAR et al., 2010). Neste sentido, a prática de atividade física regular e sistematizada ou exercícios físicos regulares têm demonstrado serem capazes de minimizar os efeitos insalubres do envelhecimento, como a sarcopenia, contribuindo para a manutenção da capacidade física e melhora na autonomia do idoso (SILVA et al., 2012).

A partir desse contexto, idealizou-se o presente trabalho que teve, por objetivo, verificar a qualidade de vida e frequência da prática de atividade física de um grupo de idosos em uma cidade do interior do estado de São Paulo.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um trabalho de cunho quantitativo, exploratório e de corte transversal. A seleção da amostra foi realizada por meio da amostragem não-probabilística por acessibilidade (MAROTTI et al., 2008).

Participaram do presente estudo 121 idosos, de ambos os sexos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos de idade ou mais, residentes na cidade de Franca/SP e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não participaram do estudo: idosos com algum tipo de comprometimento físico e/ou cognitivo que viesse à incapacita-los de responderem aos questionários, idosos que se recusaram a assinar o TCLE, idosos que estavam de passagem na cidade (visitando familiares), idosos que moravam na zona rural do município estudado.

Quanto aos aspectos éticos, conforme Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde em Pesquisa, envolvendo seres humanos, este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca (UNIFRAN) e aprovado, CAE n° 00688218.0.0000.5495.

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

a) Questionário sociodemográfico com o objetivo de conhecer o perfil e descrever as características sociodemográficas da amostra como, sexo, idade, estado civil, escolaridade, condições da moradia, utilização de medicamentos e frequência na prática de atividades físicas;

b) Questionário de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-OLD, composto por dimensões positivas e negativas, totalizando 24 itens atribuídos em seis domínios: Domínio 1 – Funcionamento do sensorio (FS), questões 1, 2, 10 e 20; Domínio 2 – Autonomia (AUT), questões 3, 4, 5 e 11; Domínio 3 – Atividades passadas, presentes e futuras (PPF), questões 12, 13, 15 e 19; Domínio 4 – Participação social (PSO), questões 14, 16, 17 e 18; Domínio 5 – Morte e morrer (MEM), questões 6, 7, 8 e 9 e Domínio 6 – Intimidade (INT), questões 21, 22, 23 e 24. Cada um dos domínios possuía quatro itens; portanto, para todos os domínios, o escore dos valores possíveis poderia oscilar de 4 a 20 pontos desde que todos os itens de um domínio fossem respondidos (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTIN, 2006).

Os escores destes seis domínios ou os valores dos 24 itens do módulo WHOQOL-OLD podem ser combinados para produzir um escore geral (“global”) para a qualidade de vida em adultos idosos, denotado como o “escore total” do módulo WHOQOL-OLD. O instrumento não possui um ponto de corte, entretanto, quanto mais alto for o escore, melhor é a Qualidade de Vida da pessoa que o respondeu. O questionário WHOQOL-OLD foi aplicado juntamente ao questionário WHOQOL-BREF por orientação dos autores;

c) WHOQOL-BREF, forma reduzida de avaliação da qualidade de vida, é um questionário composto por 26 questões, dividido em quatro domínios. As duas primeiras perguntas iniciais do instrumento questionam sobre a qualidade de vida geral e a saúde, respectivamente, e as demais 24, intituladas de facetas, estão distribuídas nos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas seguem uma escala de Likert, de 1 a 5, isto é, quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Participaram do presente estudo 121 idosos, com idade entre 60 e 99 anos, tendo maior predominância do sexo feminino entre os participantes. A maioria apresentou-se na categoria idoso jovem, eram casados, com nível de escolaridade com ensino fundamental incompleto e

moradia própria. Na Tabela 1, encontra-se o descrito as variáveis sociodemográficas dos participantes.

**Tabela 1** – Descrição da amostra.

<b>Variações</b>	<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Número de participantes</b>		121	100
<b>Sexo</b>	Feminino	66	54,5
	Masculino	55	45,5
<b>Idade</b>	60 anos	23	19
	Entre 61 e 69 anos	55	45,5
	Entre 70 e 79 anos	24	19,8
	Entre 80 e 89 anos	16	13,2
	Entre 90 e 99 anos	3	2,5
	Total	121	100
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	5	4,1
	Vive com o(a) Companheiro(a)	14	11,6
	Casado(a)	63	52,1
	Viúvo(a)	24	19,8
	Separado(a)	4	3,3
	Divorciado(a)	10	8,3
	Namorando	1	0,8
	Total	121	100
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	4	3,3
	Fundamental Incompleto	30	24,8
	Fundamental Completo	27	22,3
	Médio Incompleto	7	5,8
	Médio Completo	21	17,4
	Técnico	7	5,8
	Superior Incompleto	3	2,5
	Superior Completo	12	9,9
	Pós-graduação Incompleta	0	0
	Pós-graduação Completa	9	7,4
	Mestrado	1	0,8
	Doutorado	0	0
	Pós Doutorado	0	0
	Total	121	100
<b>Moradia</b>	Própria	95	78,5
	Alugada	18	14,9
	Cedida	8	6,6
	Total	121	100

Fonte: dados da pesquisa. f = frequência; % = percentual

O fato de a proporção de participantes do sexo feminino ser maior do que do sexo masculino era esperado. Assim como no trabalho de Freitas et al. (2017), que avaliaram a relação da qualidade de vida com o estado nutricional de idosos e cuja amostra foi composta na sua maioria por mulheres (65,6%). Tal preponderância é apontada pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL, 2011) tanto para o estado de São Paulo, quanto para o município onde foi realizada a pesquisa. Em relação a essa prevalência, segundo o IBGE, o maior número de mulheres ocorre porque a taxa de mortalidade entre os homens é superior.

Com relação a análise do estado de saúde, qualidade de vida e estado emocional foram aplicadas questões utilizando a escala Likert, visando assim facilitar a resposta pelos participantes. Dessa forma, a maioria classifica seu estado de saúde como bom, a qualidade de vida como boa e se considera uma pessoa muito feliz (Tabela 2).

**Tabela 2** – Análise do estado de saúde, QV e estado emocional.

<b>Variações</b>	<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Número de participantes</b>		121	100
<b>Saúde</b>	Muito ruim	1	0,8
	Ruim	5	4,1
	Nem boa nem ruim	28	23,2
	Boa	63	52,1
	Muito boa	24	19,8
	Total	121	100
<b>Qualidade de Vida</b>	Muito ruim	1	0,8
	Ruim	3	2,5
	Nem boa nem ruim	22	18,2
	Boa	71	58,7
	Muito boa	24	19,8
	Total	121	100
<b>Se considera uma pessoa</b>	Nada feliz	2	1,6
	Pouco Feliz	3	2,5
	Moderadamente feliz	34	28,1
	Bastante feliz	38	31,4
	Muito feliz	44	36,4
	Total	121	100

f = frequência; % = percentual

Na tabela 3, verificamos se os participantes faziam uso de algum tipo de medicação e, se o fizessem, qual a quantidade de medicamentos consumidos por dia. Conforme apresentado

na Tabela 3, 28 idosos participantes (23,1% da amostra total) não fazem uso de nenhum tipo de medicamento, enquanto dentre os idosos que fazem uso de medicamentos as categorias mais assinaladas foram para controle da pressão arterial (34%), dores musculares (15,7%) e outros (15,2%). Quanto a prática de atividades físicas, verificou-se que a maioria dos idosos (57,9%) não realizavam nenhum tipo de atividade, sendo que 32,2% praticavam ao menos 1 vez por semana.

**Tabela 3** – Utilização de medicamentos e frequência na prática de atividades físicas

<b>Variações</b>	<b>Categorias</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Número de participantes</b>		121	100
<b>Uso de medicamentos por dia</b>	1 por dia	25	20,7
	2 por dia	28	23,1
	3 por dia	15	12,4
	4 por dia	10	8,3
	5 por dia	6	5
	acima de 5 por dia	9	7,4
	Não utiliza medicamentos	28	23,1
	Total	121	100
<b>Medicamentos/ doenças</b>	Hipertensão Arterial	65	34
	Dores	30	15,7
	Colesterol	27	14,1
	Anti Depressivo	19	10
	Diabetes	21	11
	Outros	29	15,2
	Total	191	100
<b>Prática Atividade física</b>	1 vez por semana	1	0,8
	2 vezes por semana	7	5,8
	3 vezes por semana	17	14,1
	4 vezes por semana	5	4,1
	5 vezes por semana	5	4,1
	6 vezes por semana	1	0,8
	Todos os dias	3	2,5
	Não pratica atividade física	70	57,9
	Não responderam	12	9,9
	Total	121	100

f = frequência; % = percentual

Conforme pode ser identificado na Tabela 3, quanto ao uso de medicamentos, verificou-se que a maioria dos idosos (76,8% da amostra total) utilizavam ao menos 1 medicamento por

dia. No Brasil estima-se que 23% da população consoma o que corresponde a 60% da produção nacional de medicamentos, sendo este público formado especialmente pelas pessoas acima de 60 anos (SECOLI, 2010). Na presente pesquisa 16,1% dos participantes relataram que faziam uso de 5 ou mais medicamentos por dia, fenômeno esse chamado de polifarmácia, fato que vem aumentando nos últimos anos, apesar de não ser uma questão contemporânea (McLEAN; LE COUTEUR, 2004; WOODWARD, 2003).

A prática da polifarmácia é um dos tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos, estando associada ao aumento do risco e da gravidade das reações adversas a medicamentos, como precipitar interações medicamentosas, causar toxicidade cumulativa, ocasionar erros de medicação, reduzir a adesão ao tratamento e elevar a morbimortalidade. Assim, essa prática se relaciona diretamente aos custos assistenciais, que incluem medicamentos, e as repercussões advindas desse uso (SECOLI, 2010).

Conforme apresentado na Tabela 3, quanto à utilização de medicamentos para combate de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constatou-se que a maioria dos idosos possui ao menos um tipo de DCNT, sendo aquelas como maior prevalência: hipertensão arterial sistêmica - HAS (34%), hipercolesterolemia (14,1%) e o diabetes *mellitus* – DM (11%). Tais resultados corroboram com a prevalência observada anteriormente no trabalho de Alves (2018) que avaliou a relação do uso de medicamentos para tratamento de DCNT's em idosos, cuja amostra foi composta na sua maioria por idosos portadores de HAS (70,6%), seguido por idosos portadores de DM (27,9%) e idosos portadores de hipercolesterolemia (25,7%).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) dentre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo, se encontram a HAS e o DM. Com elevadas prevalências, destacam-se entre os principais problemas de saúde pública na atualidade. Para Miranda et al. (2016), o cenário atual de envelhecimento demonstra a necessidade das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, visando evitar ou retardar as doenças crônicas e as incapacidades.

Referente a prática de atividades físicas (Tabela 3), identificou-se que a maioria dos participantes (57,9%) não realizavam nenhum tipo de atividade física e que 25,6% realizavam ao menos 3 vezes por semana. Estes dados corroboram com dados emitidos pelo Ministério da Saúde, onde referem que apenas 22% dos idosos brasileiros estavam fisicamente ativos (BRASIL, 2017). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), um fator que pode explicar esse cenário é que na maior parte dos países, os idosos têm menos oportunidades de acesso a

programas adequados e a lugares nos quais possam praticar atividades físicas com segurança, reforçando as desigualdades na saúde do idoso decorrente das diferenças sociais, demográficas, econômicas, culturais, biológicas ou outras.

Uma das diretrizes amplamente adotadas em todo o mundo, do *American College of Sports Medicine* (ACSM), orienta que adultos realizem 30 minutos ou mais de atividades físicas com intensidade moderada pelo menos 5 dias por semana, ou 20 minutos de atividades físicas de intensidade vigorosa pelo menos 3 dias por semana, além das atividades da vida diária (BLAIR; LaMONTE; NICHAMAN, 2004).

Dentre os benefícios apresentados pela prática de atividades físicas pode-se destacar a melhora no condicionamento físico; a diminuição da perda de massa óssea e muscular; o aumento da força, coordenação e equilíbrio; a redução da incapacidade funcional e a promoção da melhoria do bem-estar e do humor além da redução da pressão arterial (PA) pós-exercício em relação aos níveis pré-exercício (FOUNTOULAKIS et al., 2003).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) o exercício físico tem sido incorporado como uma das principais terapêuticas do paciente hipertenso, associada ao tratamento medicamentoso e às modificações de hábitos alimentares e comportamentais.

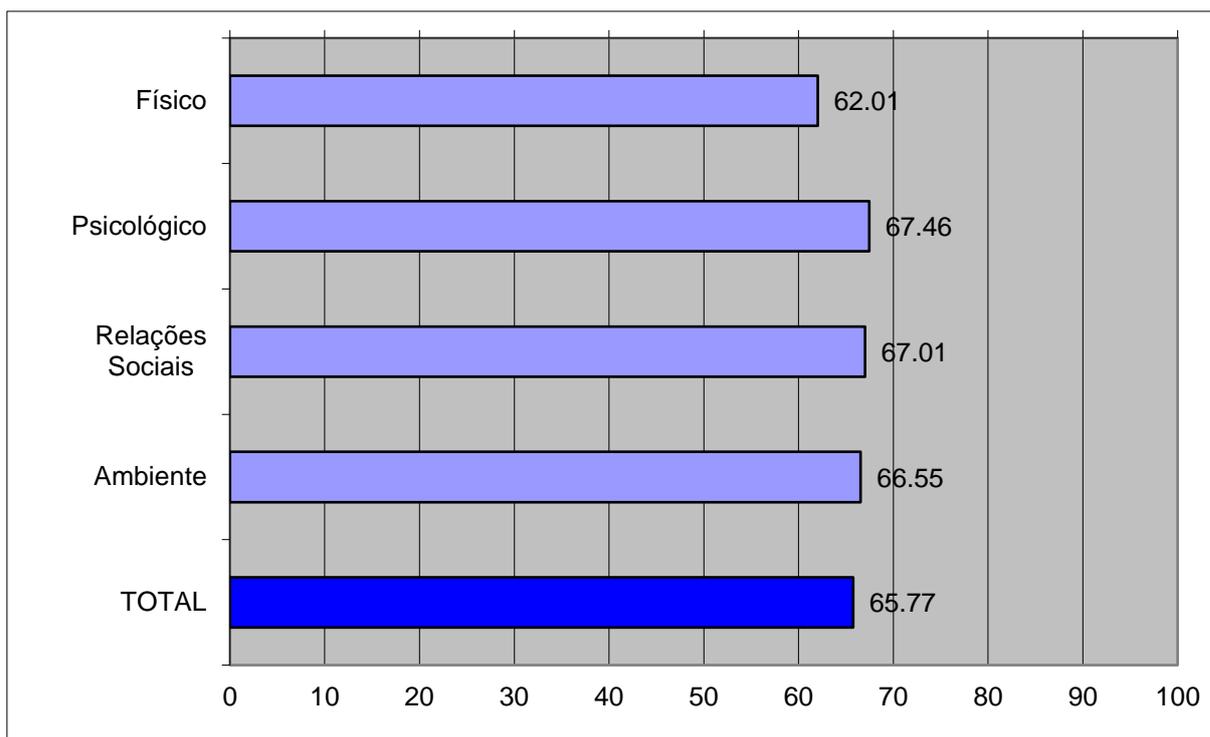
Alguns trabalhos evidenciaram que a prática da atividade física regular pode beneficiar a melhora da percepção da qualidade de vida entre idosos, visto que, essa prática favorece, não somente o desenvolvimento das capacidades físicas funcionais, como, em alguns tipos de atividades estruturadas, pode exercer papel importante na interação social e fatores emocionais (MAZO; BENEDETTI; LOPES, 2009; MAIA et al., 2007).

A investigação da QV em idosos é de grande importância para compreender os limites do envelhecimento, além de sua associação com o bem-estar e com a própria doença, podendo permitir assim uma intervenção aderente em relação ao declínio das funções do idoso, propiciando melhor bem-estar e qualidade de vida durante essa fase tão necessitada de cuidados (FLECK; CHACHAMOVICH; TRENTINI, 2003).

No Gráfico 1, observam-se as pontuações obtidas pela amostra no WHOQOL-BREF, instrumento aplicado juntamente ao WHOQOL-OLD, em que o escore médio de avaliação da percepção da qualidade de vida geral da amostra do estudo encontra-se em  $65,77 \pm 2,37$ . A menor pontuação incidiu sobre o domínio “físico”, relativo a dor/desconforto, energia/ fadiga, sono/repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de mediação ou de

tratamentos e/ou capacidade de trabalho ( $62,01 \pm 2,91$ ). Já a maior pontuação incidiu sobre o domínio “psicológico” (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; autoestima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos e espiritualidade, religião e crenças pessoais), cuja pontuação foi  $67,46 \pm 2,56$ .

**Gráfico 1** Distribuição dos escores transformados em escala (1-100) dos resultados separados por domínio avaliado do WHOQOL-BREF



Observando os dados expressos no Gráfico 1, pode-se observar que os domínios de maiores pontuações verificadas aos participantes da pesquisa se referem ao psicológico e as relações sociais.

Analisando a contribuição de cada domínio da qualidade de vida conforme os resultados descritos no gráfico 1, é possível constatar que os domínios “Psicológico” e “Relações Sociais” podem estar integrados, pois a participação social em grupos de convivência ou no ambiente familiar contribui na qualidade de vida dos sujeitos, favorecendo para um maior suporte social para a realização de suas atividades cotidianas.

Segundo Geib (2012) para muitos idosos, as redes ou relações sociais constituem o único recurso disponível para suavizar as cargas da vida cotidiana e aquelas que provêm da enfermidade. Trazendo suporte emocional e uma percepção sobre si mesmo mais positiva

(GONÇALVES, 2011), numa percepção que vai muito além do simples fato de ir à farmácia ou à padaria como forma de ajudar, mas sim de envolver o idoso efetiva e afetivamente num ambiente positivo e acolhedor.

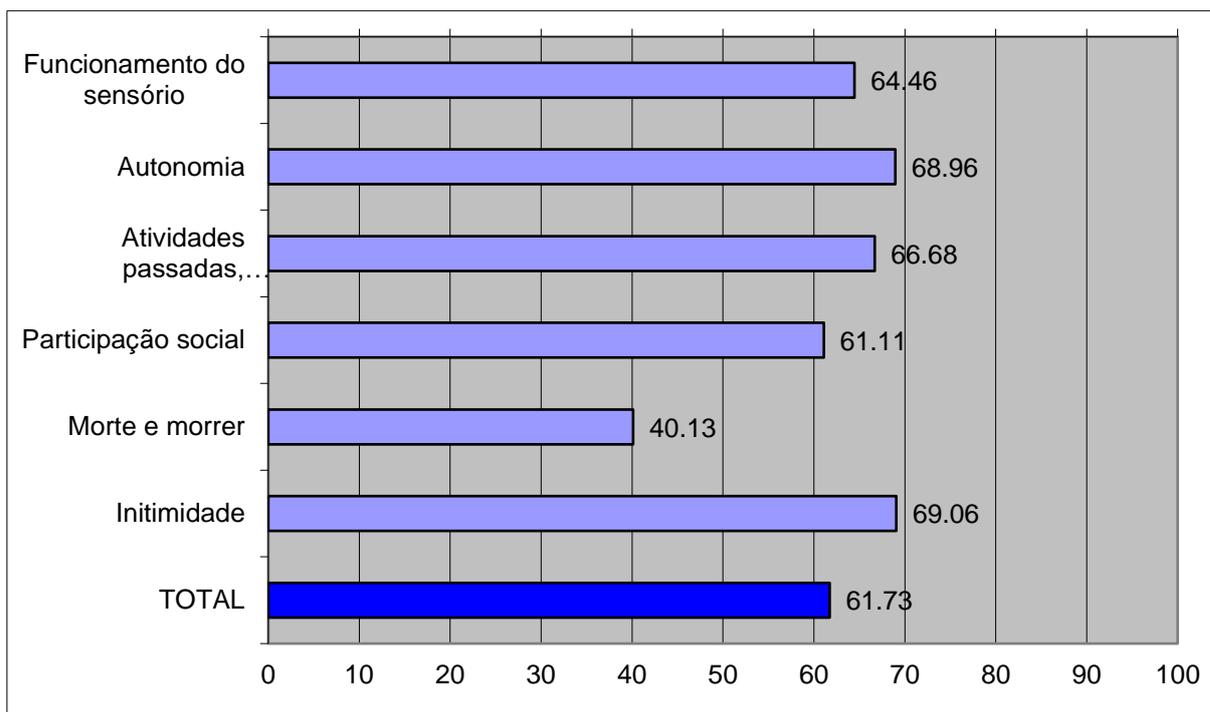
Alvarenga et al. (2011), estudando uma população de 503 idosos da cidade de Dourados no Mato Grosso do Sul, constataram que a rede mais próxima de contatos sociais para o grupo era constituída em importância decrescente principalmente por filhos, vizinhos, netos e amigos.

O domínio com menor escore foi o “físico”, fato que pode ter implicações a falta de atividade física da maioria dos participantes da pesquisa. Segundo Lima e Bittar (2012), esse domínio tem uma importante relevância na qualidade de vida dos idosos, pois está associado à capacidade funcional e é um fator que, também, causa impacto na independência dos mesmos.

A QV avaliada pelo WHOQOL-OLD foi analisada de acordo com os escores das seis facetas (domínios). Para todas as facetas o escore dos valores possíveis pode oscilar de 4 a 20. Os escores dessas seis facetas são combinados para produzir um escore geral (total). Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida (Gráfico 2).

O Gráfico 2 demonstra que o escore médio total de qualidade de vida percebido pelos idosos através do WHOQOL-OLD foi de  $61,73 \pm 2,30$  pontos de uma escala transformada de 1-100, em que a maior pontuação (escore) caracteriza como uma melhor qualidade de vida e, a menor, uma pior qualidade de vida. A maior pontuação foi observada no domínio “Intimidade” ( $69,06 \pm 4,31$ ) e, a menor, no domínio “Morte e Morrer” ( $40,13 \pm 4,98$ ).

**Gráfico 2** - Distribuição dos escores transformados em escala (1-100) dos resultados separados por domínio avaliado do WHOQOL-OLD



A sexualidade na velhice, devido à sua complexidade, deve ser envolta por meio de uma nova visão, que não se limite apenas aos seus aspectos biológicos, sendo caracterizada como muito além do ato sexual em si. Neste quesito tem de se atentar para todos os aspectos emocionais que envolvem as vivências sexuais e de intimidade, visando à assistência integral ao idoso. Conforme ressalta Feliciano e Galinha (2017), enfatizar a sexualidade é dar visibilidade ao idoso e conduzi-lo para o lugar de sujeito desejado. Assim, pode-se inferir que pelo fato da maioria dos participantes (52,1%) serem casados, possa contribuir para apresentar escores mais altos referente a intimidade avaliada no WHOQOL-OLD.

O domínio com menor escore foi o “morte e morrer”, fato que pode ter implicações pelos altos escores de “psicologia”, “relações sociais” e “intimidade” que mostram que, pelo fato da maioria dos idosos participantes ter seu companheiro de matrimônio vivo, talvez a cumplicidade dessa relação diminua preocupações com a morte. Isso se torna um fato importante na pesquisa, pois segundo Dalsenter e Matos (2009) o medo da morte pode interferir de forma negativa na QV do idoso, sendo gerador de ansiedade e impedindo-o de executar determinadas tarefas, que anteriormente, lhe conferiam satisfação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter qualidade de vida é uma condição de multifatorial, pois vários fatores interferem diretamente, desde os pessoais e sociais até os culturais, econômicos e governamentais. Portanto, deve ser uma construção permanente e constante para que a sociedade esteja preparada para envelhecer com qualidade. Pode-se conhecer um pouco mais sobre aspectos do envelhecimento dos participantes, fato que torna-se um importante componente na busca por estratégias de planejamento e implementação de programas de promoção da saúde que favoreçam um envelhecimento saudável.

Neste estudo os participantes apresentaram baixa frequência na prática e atividades físicas o que pode ter favorecido para a aquisição e permanência de doença crônica não transmissível. Quanto a qualidade de vida, apesar da amostra não ser representativa, os achados encontrados indicam diversos aspectos desta população, destacando a importância da família e das relações sociais para o contexto de vida da população idosa.

Ressalta-se a importância de novos estudos referente a qualidade de vida dos idosos brasileiros, em especial, estudos com amplitude a nível nacional, a fim de ter um parâmetro de abrangência a nível nacional, identificando as demandas prioritárias para criar estratégias para conscientizar a todos sobre a importância das mudanças de atitudes em prol da promoção da saúde desta população.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. S. S.; CARVALHO, C. M. R. G. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 435-444, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13n29/435-444/pt>>. Acesso em 20 abr. 2019.

ALENCAR, N. A.; SOUZA JÚNIOR, J. V.; ARAGÃO, J. C. B.; FERREIRA, M. A.; DANTAS, E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosas ativas e sedentárias. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 23, n. 3, p. 473-481, jul./set. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a14v23n3>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

ARAGÃO, J. C. B.; DANTAS, E. H. M.; DANTAS, B. H. A. Efeitos da resistência muscular localizada visando a autonomia funcional e a qualidade de vida do idoso. **Fitness & Performance Journal**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p.29-37, mai./jun. 2002. Disponível em:<

[http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/22743\\_RLM\\_autonomia\\_Rev3\\_2002\\_Portugues.pdf](http://www.fpjournal.org.br/painel/arquivos/22743_RLM_autonomia_Rev3_2002_Portugues.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BLAIR, S. N.; LAMONTE, M. J.; NICHAMAN, M. Z. The evolution of physical activity recommendations: how much is enough?. **The American journal of clinical nutrition**, v. 79, n. 5, p. 913-920, 2004.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de população e indicadores sociais. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009**. Rio de Janeiro, IBGE, 2009.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, IBGE, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel - Brasil 2016: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2019.

CAETANO, L. M. O Idoso e a Atividade Física. **Horizonte: Revista de Educação Física e desporto**, v. 11, n. 124, p. 20-28, 2006.

DALSENTER, C. A.; MATOS, F. M. Percepção da qualidade de vida de idosos institucionalizados da cidade de Blumenau (SC). **Dynamis**, v. 15, n. 2, p. 32-37, 2009.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterScience Place**, v. 1, n. 7, p. 106-132, 2012. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196/194>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FELICIANO, A.; GALINHA, S. Percepções dos idosos sobre a sexualidade em idades avançadas – estudo exploratório. **Rev UIIPS**, Santarém, v. 5, n. 3, p. 160-169, 2017.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; DOS SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbp/v21n1/v21n1a06.pdf>>. Acesso em 23 abr. 2019.

FLECK, M. P.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. M. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, 2003. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2003.v37n6/793-799/pt>>. Acesso em: 08 maio 2019.

FOUNTOULAKIS, K. N.; O' HARA, R.; IACOVIDES, A.; CAMILLERI, C. P.; KAPRINIS, S.; KAPRINIS, G. Unipolar late-onset depression: a comprehensive review. **Annals of general hospital psychiatry**, v. 2, n. 1, p. 11, 2003.

FREITAS, A. P.; VOGEL, P.; FASSINA, P.; ADAMI, F. S. Relação da Qualidade de vida com o estado nutricional de idosos. **Revista Brasileira Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 9, n. 1, p. 30-44, 2017.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GONÇALVES, T. R. et al. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011.

HERÉDIA, V. B. M.; DE LORENZI, D. R. S. D.; FERLA, A. A. **Envelhecimento, saúde e políticas públicas**. Caxias do Sul: Educs, 2007.

LIMA, L. C. V.; BITTAR, C. M. L. A percepção da qualidade de vida em idosos: um estudo exploratório. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 4, n. 2, p. 1-11, jul./dez. 2012. Disponível em: < <https://revistas.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/1076/822>>. Acesso em: 09 maio 2019.

MAIA, M. A. C.; VÁGULA, S.; SOUZA, V. F. M.; PEREIRA, V. R. Estudo Comparativo Da Agilidade Entre Praticantes De Dança De Salão. **SaBios: Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 2, n. 2, p. 36- 434, jul./dez. 2007.

MAROTTI, J.; GALHARDO, A. P. M.; FURUYAMA, R. J.; PIGOZZO, M. N.; CAMPOS, T. N.; LAGANÁ, D. C. Amostragem em Pesquisa Clínica: tamanho da amostra. **Rev. de Odont. da Univ. Cid. de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 186-194, maio/ago. 2008. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Juliana\\_Marotti/publication/285800533\\_Amostragem\\_em\\_pesquisa\\_clinica\\_Tamanho\\_da\\_amostra/links/566aca4008aea0892c4b9e11.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juliana_Marotti/publication/285800533_Amostragem_em_pesquisa_clinica_Tamanho_da_amostra/links/566aca4008aea0892c4b9e11.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso: concepção gerontológica**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2009. 317p.

McLEAN, A. J.; LE COUTEUR, D. G. Aging biology and geriatric clinical pharmacology. **Pharmacological reviews**, v. 56, n. 2, p. 163-184, 2004.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 507-519, 2016. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/html/4038/403846785012/>>. Acesso em 08 maio 2019.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, jan./fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a23.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2019.

SILVA, M. F.; GOULART, N. B. A.; LANFERDINI, F. J.; MARCON, M.; DIAS, C. P. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e

fisicamente ativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 635-642, out./dez. 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838800004.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Rev Bras Hipertens**, v. 17, n. 1, p. 1-51, 2010.

WHOQOL GROUP. **The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)**. In: ORLEY, John; KUYKEN, Willem (Ed.). *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1994. p. 41-60.

WOODWARD, M. C. Deprescribing: achieving better health outcomes for older people through reducing medications. **Journal of Pharmacy Practice and Research**, v. 33, n. 4, p. 323-328, 2003.

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

WHO. World Health Organization. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: WHO; 2009.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305057/>>. Acesso em: 09 maio 2019.

## QUALIDADE DE VIDA E DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA\*

Karla Sunamita de Oliveira Santos<sup>1</sup>  
Nemório Rodrigues Alves<sup>2</sup>  
Kerle Dayana Tavares de Lucena<sup>3</sup>  
Elaine Cristina Tôrres Oliveira<sup>4</sup>

### RESUMO

Este estudo objetivou verificar a qualidade de vida e de saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência do município de Maceió-AL. Métodos: Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo, com coleta de dados primários, que foi realizado com idosas (60 anos ou mais) residentes em uma instituição de longa permanência. Foram excluídas do estudo as idosas que apresentarem debilidade clínica e cognitiva grave que não permitia responder ao instrumento. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista, nos meses de novembro e dezembro de 2017, onde foram coletadas informações sobre acuidade auditiva e qualidade de vida, utilizando-se dos instrumentos teste do sussurro e o WHOQOL-BREF. Este estudo segue os preceitos éticos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética sob CAAE: 68981617.0.0000.5011. Resultados: Participaram deste estudo 13 idosas, com média de idade de 79,8 anos. Foi observado que, a maioria das mulheres investigadas, apresentou boa acuidade auditiva após o teste do sussurro (62,5%) e que ao analisar as percepções sobre a qualidade de vida, verificou-se que na maioria dos domínios, elas referiram à necessidade de melhorar sua qualidade de vida. Analisando o resultado, estratificado por grupo etário, identificou-se que idosas mais jovens apresentaram melhor avaliação da qualidade de vida quando comparadas as mais velhas em relação aos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. Conclusão: Diante dos resultados, espera-se que as informações obtidas possam auxiliar o cuidado integral das idosas, assim como repercutir na construção e implementação dos cuidados em saúde oferecidos a esses indivíduos.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso institucionalizado, Condições de saúde, Qualidade de vida

### INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Graduanda do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - AL, bolsista de iniciação científica, karlasunamita@hotmail.com;

<sup>2</sup> Graduado pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - PB, nemorio\_rodrigues@hotmail.com;

<sup>3</sup> Doutora em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba - PB, Prof<sup>a</sup> da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, kerledayana@gmail.com;

<sup>4</sup> Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual da Paraíba - PB, Prof<sup>a</sup> da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas laineoliv@hotmail.com;

\*Pesquisa realizada por meio de concessão de bolsa de iniciação científica, ao primeiro autor deste estudo, pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), Edital 2017-2018.

O processo de transição demográfica marcado pela diminuição da fecundidade em grande parte das populações associado às mudanças epidemiológicas de mortalidade, resultou num fenômeno mundial que é o envelhecimento populacional. Essa mudança na estrutura etária das populações tem gerado discussões com intuito de converter o aumento da expectativa de vida em anos adicionais vividos com qualidade (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2015).

O envelhecimento populacional vem aumentando desde a década de 60, decorrente principalmente do declínio da taxa de mortalidade e fecundidade mundial, ocasionando consequentemente em uma maior expectativa de vida. Devido a isso, a presença dos profissionais de saúde atuando na promoção de qualidade de vida dessa população tem sido cada vez mais necessária, assim também como a intensificação de políticas públicas que tenham como objetivo garantir os direitos da pessoa idosa (CANEPA; CARDOSO; RICARDINO, 2014).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) foi instituída a partir da Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 e foi um importante marco, pois tem por objetivo a promoção de autonomia, independência, participação e integração social do idoso, visando o exercício de sua cidadania e o atendimento integral, considerando suas expectativas e necessidades físicas, emocionais e sociais (BRASIL, 2007).

O Estatuto do Idoso afirma que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, para preservação de sua saúde física e mental, em condições de liberdade e dignidade, inclusive nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Entretanto, esses direitos ainda não são respeitados na prática, e o número de idosos acolhidos em ILPI vem aumentando, com um predomínio de mulheres idosas, uma vez que nas famílias modernas não há espaço para a convivência com o idoso, existindo falta de apoio familiar, associado a diversas dificuldades como as financeiras (BRASIL, 2004).

Assim, as ILPI têm como grande responsabilidade a formação da vida saudável ou patológica na terceira idade e pela implementação de qualidade de vida para os idosos. As consequências de estarem em um ambiente não familiar, negligenciado e muitas vezes hostil, podem resultar na possibilidade da qualidade de vida do idoso entrar em declínio e adquirir um quadro depressivo, uma vez que o processo biopsicológico do envelhecimento engloba uma série de fatores além das mudanças físicas (FREITAS, 2006).

O ambiente físico em que a pessoa idosa está inserida pode determinar a dependência ou não do indivíduo. Nesse sentido, idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a apresentar mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que compromete sua qualidade de vida (DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014).

Envelhecer é conviver com diversas alterações orgânicas naturais que repercutem nos processos homeostáticos e de resposta biológica, mas que não impedem o desenvolvimento de habilidades e continuação da vida. Contudo, como o processo de envelhecimento está atrelado a diversos fatores, os anos a mais de vida podem refletir aumento de vulnerabilidade e perda de autonomia dos indivíduos (BRASIL, 2007).

Para que o envelhecimento humano não esteja atrelado a aspectos negativos, é preciso que a sociedade esteja preparada para conviver com uma nova dinâmica social (OLIVEIRA, 2014). Para isso, faz-se necessário que desafios sejam enfrentados para garantir que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde e de vida possível. Por isso, investir no envelhecimento ativo e saudável é condição fundamental para a convivência adequada com a nova dinâmica populacional (BRASIL, 2007).

Para enfrentar os desafios relacionados ao envelhecimento é preciso estar atento às condições de vida e saúde que os idosos apresentam, de modo a identificar quais fatores estão relacionados com o desenvolvimento ou não de um envelhecimento saudável. Uma estratégia para identificar as condições de saúde dos idosos é a realização de uma avaliação global com ênfase na funcionalidade e na qualidade de vida (BRASIL, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1995), a qualidade de vida (QV) é definida como “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. De acordo com Fernandes (2007), o conceito de qualidade de vida, foi se diferenciando ao longo da história, em alguns momentos ligada a dimensão individual, em outros à coletividade.

A qualidade de vida do idoso, muitas vezes, torna-se comprometida em função das alterações desencadeadas pelo próprio envelhecimento, sendo necessário adoção de estratégias que permitam uma atenção integral a estes indivíduos. Entre os fatores que podem interferir na qualidade de vida pode-se citar: condição clínica do indivíduo, peso, perfil lipídico, comorbidades, consumo de álcool, tabagismo, qualidade do sono, estado civil,

relacionamentos de vizinhança, dieta, doenças crônicas, e fatores sociodemográfico, como escolaridade, gênero, faixa etária e estado civil.

Por meio da avaliação global do idoso se consegue fazer um balanço entre as perdas vivenciadas e os recursos disponíveis e necessários para sua compensação. Por ser de caráter multiprofissional, a avaliação global permite identificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico e o gerenciamento dos recursos necessários (OLIVEIRA, 2014).

Considerando os aspectos que influenciam as condições de vida dos idosos e que devem ser observados na avaliação global, a acuidade auditiva é um elemento importante a ser considerado, tendo em vista que esse déficit sensorial está associado ao maior risco de isolamento social e depressão (NOBREGA, 2015), assim como risco de quedas (SOARES, 2014).

Além das características físicas, é importante também considerar os aspectos subjetivos do idoso sobre o processo de envelhecimento, no que tange a qualidade de vida (ANGELIM, 2015). Identificar a percepção que o idoso tem sobre a qualidade de vida permite que, de forma ampla, se avalie as condições de vida, de saúde e, conseqüentemente, de bem-estar desses indivíduos (MEIRELES, 2010). Essas informações contribuem significativamente para o planejamento adequado do cuidado em saúde, com o atendimento das necessidades.

Considerando a importância de gerar informações acerca da acuidade auditiva e percepção da qualidade de vida de idosos, visando à identificação das condições de vida e de saúde e contribuindo para a organização de ações que estimulem o desenvolvimento de um envelhecimento saudável, este estudo teve como objetivo verificar a qualidade de vida e de saúde, relacionado a acuidade auditiva, de idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos do município de Maceió, Alagoas.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo do tipo transversal, de abordagem quantitativa, com coleta de dados primários, que foi realizado com idosas (60 anos ou mais) residentes em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI) localizada no município de Maceió, Alagoas. A escolha da instituição foi feita por conveniência e aceitação de sua direção.

A população do estudo foi constituída por todas as idosas com 60 anos ou mais (N=34), residentes em ILPI situada no município de Maceió, Alagoas, que aceitarem voluntariamente participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas do estudo aquelas que apresentavam debilidade clínica grave (isto é, em fase terminal) e aquelas que apresentassem debilidade cognitiva grave que não permitisse responder ao instrumento (demência grave e Alzheimer) de pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de novembro e dezembro de 2017, utilizando-se como instrumentos:

- Teste do Sussurro (*whisper*): instrumento validado em relação à audiometria e recomendado para a avaliação global do idoso na atenção básica (BRASIL, 2006). Neste teste são realizadas perguntas breves e simples ao idoso, a uma distância de 33 centímetros e avaliada sua capacidade de resposta. As idosas foram classificadas como possuindo acuidade auditiva boa ou ruim.

O teste do sussurro tem sido apontado como instrumento para triagem auditiva em indivíduos idosos com suspeita de presbiacusia (diminuição auditiva relacionada ao envelhecimento). Ele é considerado um teste de rastreio para a detecção de perdas auditivas de grau moderado em adultos que não necessita de aparelhagem ou equipamento tecnológico, sendo, portanto, uma opção barata, simples e de rápida aplicação. O teste do sussurro tem sido utilizado nos centros de referência em atenção à saúde do idoso e na rede do Sistema Único de Saúde por profissionais da geriatria e de diversas categorias profissionais (LABANCA et al., 2017).

- WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD: instrumentos para a avaliação da qualidade de vida e que permite avaliar o grau de satisfação das idosas com a vida. O WHOQOL-BREF é um instrumento composto por 26 questões, das quais duas relacionam-se à qualidade de vida global e saúde em geral e as 24 demais dispostas em quatro domínios (físico, psicológico, meio ambiente e relações sociais) (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

O WHOQOL-bref não gera um escore total, pois o grupo de pesquisa WHOQOL acredita que a variância entre os domínios indica qual delas mais influenciou a QV. Quanto

maior o escore, melhor a percepção de QV. Neste instrumento o resultado aparece somente em média (1 a 5). Para calcular o domínio foram somados os valores das facetas e divididos de acordo com a quantidade de facetas em cada domínio. Classificação: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).

O WHOQOL-old consiste em 24 itens da escala *Likert*, sendo composto por seis facetas: funcionamento sensorial, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Para cada faceta, o escore pode oscilar de 4 a 20 pontos; somado aos 24 itens, ele gera um escore bruto. Portanto, os escores dessas seis facetas ou os valores dos 24 itens podem ser combinados para produzir um escore total (global) para a qualidade de vida em idosos. Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida. Os escores finais variam de 0 a 100 e são calculados por uma sintaxe, sendo que o maior número corresponde à melhor qualidade de vida.

Os dados coletados foram digitados em duplicata no *Microsoft Office Excel* e a análise foi realizada por meio de estatística descritiva. Os dados obtidos são apresentados por meio de tabelas. Em cumprimento às diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos, previstas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa/Plataforma Brasil da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas/UNCISAL, sendo aprovado sob CAAE: 68981617.0.0000.5011.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 13 idosas, com média de idade de 79,8 anos. Das 34 idosas residentes na ILPI, nove não foram incluídas no estudo em virtude de apresentarem debilidade clínica grave e 12 idosas se recusaram em participar da pesquisa. Entre as participantes do estudo, foi observado que a maioria pertencia ao grupo etário de 80 anos ou mais (61,5%), relatou ser da raça branca e parda (38,5%, respectivamente), solteira (58,3%) e com escolaridade entre 1 a 4 anos e 9 ou mais anos de estudo (33,3% respectivamente). Após aplicação do Teste do Sussurro, foi observado que a maioria das mulheres investigadas apresentou capacidade de resposta aos questionamentos realizados, sendo classificadas com boa acuidade auditiva após o teste (62,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das idosas segundo características sociodemográficas e avaliação da acuidade auditiva.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>100,0%</b>
<b>Grupo etário</b>		
60 a 69 anos	02	15,4
70 a 79 anos	03	23,1
80 anos ou mais	08	61,5
<b>Raça/cor</b>		
Branca	05	38,5
Negra	05	38,5
Parda	03	23,0
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	07	58,3
Casado	00	0,0
Divorciado	02	16,7
Viúvo	03	25,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	02	16,7
1 a 4 anos	04	33,3
5 a 8 anos	02	16,7
9 ou mais anos	04	33,3
<b>Acuidade auditiva</b>		
Boa	08	62,5
Ruim	04	37,5

Fonte: Dados da Pesquisa.

O crescimento da população de idosos está acarretando mudanças significativas em todos os setores da sociedade e investigar o modo como as pessoas estão envelhecendo se torna essencial para a condução de ações e políticas na área da saúde que busquem atender as necessidades desse grupo populacional (PEREIRA et al., 2006). As interferências sobre o estado de bem-estar na senescência afetam diretamente a qualidade de vida dos idosos, dessa forma, faz-se necessário a identificação dos principais aspectos envolvidos com as condições de vida e saúde desses indivíduos.

A análise realizada por esta pesquisa diante de idosos institucionalizados verificou uma maior prevalência de idosas octogenárias residentes na ILPI. Esse resultado corrobora com outros estudos realizados com idosos institucionalizados (PEREIRA et al., 2006; ALENCAR et al., 2012; OLIVEIRA; NOVAIS, 2013) e representa um envelhecimento da própria população idosa, que em virtude do aumento da expectativa de vida, influenciados pelas melhorias socioeconômicas e os avanços da área da saúde, tem aumentado

expressivamente o número de octogenários nas sociedades (MEIRELES, 2010; ALENCAR et al., 2013).

Além das discussões sobre o aumento da expectativa de vida, o crescente número de idosos octogenários tem promovido discussões acerca dos desafios impostos à maioria das sociedades no que diz respeito a convivência com indivíduos com necessidades sociais ainda mais aguçadas. Compreender as condições de saúde acaba oferecendo o desenvolvimento de intervenções ambientais, sociais e clínicas mais direcionadas e que podem impactar na qualidade de vida desses indivíduos (TAVARES, et al., 2015).

Foi verificado, nesta pesquisa, a existência de um predomínio de brancas e pardas quando comparadas as negras. Esse resultado é semelhante ao encontrado por pesquisa realizada com idosos institucionalizados, de ambos os sexos, em João Pessoa/PB, que observou um predomínio de brancos (53,0%) e pardos (34,5%) entre os investigados (OLIVEIRA; NOVAES, 2013).

Apesar de se observar na literatura o predomínio de idosos brancos residindo em instituições coletivas, não se tem uma análise sobre o assunto, mesmo sendo uma característica relevante para a identificação do perfil do idoso institucionalizado. Além disso, a informação sobre raça/cor na população brasileira é de difícil análise tendo em vista a miscigenação e o fato da classificação ser feita segundo auto-relato, condições que podem gerar confundimento nas interpretações.

Outra variável identificada neste estudo foi a maior proporção de idosas solteiras residindo na ILPI, resultado semelhante aos de outras pesquisas realizadas com idosos em institucionalização (PEREIRA et al., 2006; ALENCAR et al., 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013; LIMA et al., 2013). Sabe-se que com o envelhecimento ocorre um aumento progressivo da dependência dos idosos em realizar atividades rotineiras.

Quando o idoso não conta com parceiro para compartilhar e ajudar na rotina diária e quando apresenta um despreparo da família para o cuidado, existe um aumento do risco de institucionalização desses indivíduos (CAMARANO; MELLO, 2010). Considerando a mudança na estrutura familiar, é preciso estar atento e organizar uma rede de apoio que garanta o suporte necessário para o cuidado ao idoso. A existência de uma rede apoio e suporte social promove a construção de uma teia de relações de vínculo que possibilita efeitos protetores em situações de estresse.

Foi verificado ainda, neste estudo, que a maioria das idosas apresentava baixa escolaridade, condição que corrobora com outros estudos (PEREIRA et al., 2006; ALENCAR et al., 2012; OLIVEIRA; NOVAES, 2013; LIMA et al., 2013). Pesquisa realizada com idosos residentes em cinco ILPI de Recife/PE verificou que 42,1% dos idosos que viviam sob institucionalização não eram alfabetizados e entre aqueles que não se referiam como analfabetos, 11,0% sabiam apenas escrever o próprio nome (LIMA et al., 2013).

A condição de baixa escolaridade entre os idosos pode ser atribuída a falta de oportunidades educacionais vivenciadas em décadas passadas, principalmente entre as mulheres (OLIVEIRA, 2014). A observação desta condição torna-se importante para a atuação na promoção do bem-estar e envelhecimento saudável, pois as mudanças de atitudes e o reconhecimento de ações de proteção têm melhor efetivação se realizadas conforme especificidades.

Ao analisar as condições de saúde das idosas institucionalizadas, verificou-se que, apesar do avançar da idade, a maioria das idosas apresentou preservação da acuidade auditiva, resultado importante considerando a relação da acuidade auditiva com a manutenção das atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (DANTAS et al., 2013). Esse resultado corrobora com achados de pesquisa realizada com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Goiânia/GO, que identificou entre os entrevistados, que a maioria (69,3%) não apresentava comprometimento auditivo, além de que a presença do comprometimento em idosos estava associado estatisticamente com a execução de AIVD, como subir e descer escada (OMS, 1998).

A realização de uma abordagem multidimensional do cuidado ao idoso permite a identificação de aspectos que venham a produzir risco ou interferir na qualidade de vida desses indivíduos. Estar atento as condições referentes a acuidade auditiva dos idosos é condição relevante ao cuidado em saúde, tendo em vista que o déficit auditivo mantém relação com o risco de eventos de quedas, devido, muitas vezes, sua associação com distúrbios vestibulares e proprioceptivos, que resultam na diminuição das informações sobre a base de sustentação, o que ocasiona aumento do tempo de reação a situações de perigo (LIMA et al., 2013).

Ao analisar a percepção sobre a qualidade de vida e a satisfação com a saúde entre as idosas pesquisadas, segundo o instrumento WHOQOL-BREF, observou-se neste estudo que as idosas consideram regular sua qualidade de vida, assim como sua saúde (Escore 3), resultado que não apresentou diferença segundo faixa etária. Na tabela 2 é possível observar a classificação da qualidade de vida das idosas segundo os domínios estudados. Observa-se que na maioria dos domínios, as idosas referem à necessidade de melhorar sua qualidade de vida. No entanto, torna-se importante destacar que o domínio psicológico foi o melhor avaliado pelas idosas deste estudo (Escore 3).

Quando observado os domínios da qualidade de vida segundo grupo etário, é possível identificar que idosas mais jovens apresentam melhor avaliação da qualidade de vida quando comparadas as mais velhas em relação aos domínios físico, relações sociais e meio ambiente. Não houve diferença da satisfação com qualidade de vida no domínio psicológico nos grupos etários estudados (Tabela 2).

O conhecimento dos níveis de saúde juntamente com a QV na terceira idade é relevante para compreender a realidade dessa população naturalmente mais vulnerável, podendo ajudar na minimização das demandas pelos serviços de saúde e auxiliando na definição de estratégias para melhorar esses aspectos (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

Tabela 2 – Descrição da avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas segundo domínios, estratificada por grupo etário.

Variável	Domínios			
	Físico	Psicológico	Relações sociais	Meio ambiente
<b>Qualidade de vida geral</b>	<b>Escore 2</b>	<b>Escore 3</b>	<b>Escore 2</b>	<b>Escore 2</b>
<b>Grupo etário</b>				
60 a 69 anos	Escore 3	Escore 3	Escore 3	Escore 3
70 a 79 anos	Escore 2	Escore 3	Escore 2	Escore 2
80 anos ou mais	Escore 2	Escore 3	Escore 2	Escore 2

Fonte: Dados da Pesquisa.

Além da identificação das condições de saúde durante o cuidado ao idoso, outra característica importante que deve ser observada durante avaliação global, é a percepção que o idoso tem sobre sua saúde e sua qualidade de vida. Entende-se qualidade de vida como algo subjetivo que expressa a "percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Em virtude de sua multidimensionalidade engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente (POLARO et al., 2012).

Frente a análise sobre a qualidade de vida e de saúde das idosas desta pesquisa, foi observada uma análise regular da qualidade de vida e de saúde entre a população estudada. Ao analisar como a percepção da qualidade de vida se comportava segundo faixa etária, esta pesquisa verificou que as idosas mais jovens apresentaram melhores escores de satisfação com a qualidade de vida quando comparadas as mais velhas, no que tange os aspectos físicos, de relações sociais e do meio ambiente.

Estudo realizado no município de Teixeira, região Sudeste do Brasil, que buscou identificar a contribuição de cada domínio da qualidade de vida sobre a qualidade de vida global de idosos, verificou que o domínio que mais contribuiu para uma avaliação satisfatória da qualidade de vida entre os indivíduos estudados foi o domínio físico (28,2%), seguido do ambiental (6,2%) e logo em seguida do psicológico (1,3%) (PEREIRA et al., 2016).

A influência do domínio físico na qualidade de vida dos idosos ganha força, principalmente, em virtude das perdas progressivas deste componente frente ao envelhecimento. E quanto mais o idoso mantiver sua capacidade funcional preservada, melhor desenvolverá suas atividades cotidianas, condição que repercute na percepção que tem sobre a vida e sobre sua saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo verificou que, apesar da amostra ser maioria de octogenários, as mulheres investigadas apresentaram boa acuidade auditiva, condição que não foi o suficiente para uma melhor percepção da qualidade de vida e de saúde desses as entrevistadas. Em análise estratificada por faixa etária, identificou-se que idosas mais jovens apresentaram

melhor avaliação da qualidade de vida quando comparadas as mais velhas em relação aos domínios físico, relações sociais e meio ambiente.

Conseguir a manutenção pelo maior período possível das capacidades funcionais dos idosos, pode repercutir em uma melhor percepção sobre a qualidade de vida e de saúde desses indivíduos, tendo em vista a preservação da autonomia e funcionalidade. Com isso, evidencia-se a importância de ações de promoção da saúde que visem modificar os condicionantes e determinantes do processo de adoecimento que impacta negativamente na qualidade de vida da população idosa.

Sugere-se que estudos longitudinais sejam elaborados, visto que estudos com delineamento transversal não permitem que se estabeleçam relações de causa/efeito entre as variáveis analisadas. Destaca-se como um possível fator limitante da pesquisa o quantitativo amostral e a participação somente de mulheres idosas, impossibilitando a análise à partir de um recorte de gênero.

## **AGRADECIMENTO**

A Fundação de Amparo a Pesquisa de Alagoas (FAPEAL) pela concessão da bolsa de iniciação científica .

## **REFERÊNCIAS**

ALENCAR, M.A. et al. Permanência dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012; 15(4): 785-796.

ANGELIM, R.C.M. et al. Avaliação da qualidade de vida por meio do WHOQOL: análise bibliométrica da produção de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem.* 29(4): 400-410, 2015.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

CAMARANO, A.A.; MELLO, J.L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A.A. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA; 2010. p.67-93.

CANEPA E.B.S, CARDOSO A.I.Q, RICARDINO A.R. O enfermeiro e a promoção da qualidade de vida aos idosos: uma revisão. *Interbio.*, 2014; 8(1): 57-62.

DANTAS, C.M.H.L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituição de longa permanência. *Rev. Bras. Enferm.* 2013; 66(6): 914-920.

DAWALIBI, N.W.; GOULART, R.M.M.; PREARO, L.C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciênc. Saúde Colet.*, [s.l.], 2014; 19(8): 3505-3512.

FERNANDES, C.P. Um programa de qualidade de vida voltado para o bem-estar. In: VILARTE R., GUTIERREZ G.L., orgs. *Qualidade de vida em propostas de intervenção corporativa.* Campinas: IPES Editorial; 2007. p. 33-44

FREITAS, E.V. *Tratado de geriatria e gerontologia.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006

KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; KLUTHCOVSKY, F.A. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 31(3) suppl:1-12, 2009.

LABANCA, L. et al. Triagem auditiva em idosos: avaliação da acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro. *Ciênc. Saúde Colet.* [s.l.], 2017; 22(11): 3589-3598.

LIMA, C.L.T. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados. *Rev enferm UFPE on line* 2013; 7(10): 6027-6034.

MEIRELLES, B.H.S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. *Rev. Rene*. 11(3): 68-76, 2010.

NÓBREGA, I.R.A.P. et al. Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 39(105): 536-550, 2015

OLIVEIRA, N.S. et al. Percepção dos idosos sobre o processo de envelhecimento. *Revista de Psicologia*. 22: 49-83, 2014.

OLIVEIRA, M.P.F.; NOVAES, M.R.C.G. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2013, 18(4): 1069-1078.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Promoción de la salud: glosario. Ginebra: OMS, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la salud, 2015.

PEREIRA, R.F., et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria*. 2006 abr; 28(1): 27-38.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A.B. Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, [s.l.], 2015; 18(4): 893-908.

POLARO S.H.I. et al. Idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belém-PA. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2012; 15(4): 777-784.

SOARES, W.J.S. et al. Fatores associados a quedas e quedas recorrentes em idosos: um estudo populacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 17(1): 49-60, 2014.

TAVARES, D.M.S. et al. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. *Rev enferm UERJ*, 2015; 23(2):156-63.

VALER, D.B. et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 2015; 18(4):809-819.

WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41:1403-10.

## QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO

Alana Simões Bezerra<sup>1</sup>  
David Igor Santiago dos Santos<sup>2</sup>

### RESUMO

Considerando que a prática de musculação entre os idosos vem crescendo significativamente, por isso tornou-se cada vez mais comum a terceira idade ocupar as salas de musculação em academias, tendo em vista que o foco atualmente é o bem estar e a qualidade de vida. Objetiva-se conhecer a percepção dos idosos sobre as contribuições da musculação na qualidade de vida. Para tanto, procede-se como uma pesquisa de campo, do tipo exploratória e de abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 10 idosos praticantes de musculação em academias da cidade de Caicó - RN, com idade média de 67 anos, sendo 67,7% do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino. Como instrumento utilizou-se um questionário semiestruturado, construído pelos pesquisadores com 11 questões objetivas. Os dados obtidos foram analisados Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25. Os resultados estão apresentados em percentual e na forma de tabelas e gráficos. Desse modo, observa-se que os idosos perceberam que com a musculação houve melhoras na força (100%), equilíbrio (100%), na capacidade funcional das Atividades da Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs), 22,2% haviam sofrido quedas antes de praticar musculação e após a prática apenas 11,1% sofreu quedas, neste caso 100% dos idosos perceberam que a sua qualidade de vida melhorou. O que permite concluir que com as melhoras das funções, os idosos perceberam que com a prática da musculação a sua qualidade de vida melhorou.

**Palavras-chave:** Musculação, Idosos, Qualidade de vida.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento mostra-se como um processo individual e multidimensional. Consequentemente, fatores sociais, biológicos e psicológicos, ligados à experiência pessoal de vida, somam-se e dão forma à velhice ao caracterizá-la como um processo socialmente construído na interação entre a pessoa e o mundo desta (CAVALCANTI et al., 2016).

A saúde trabalhada no contexto do envelhecimento vincula-se, por muitas vezes à concretização do bem-estar, tendo em vista os componentes mental e social a mesma importância que o componente físico ao longo de toda a vida, onde trata o sujeito em sua

---

<sup>1</sup> Professora do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Educação Física das Faculdades Integradas de Patos – FIP. [alana\\_simoes\\_edf@hotmail.com](mailto:alana_simoes_edf@hotmail.com)

<sup>2</sup> Graduando do curso de Bacharelado em Educação Física das Faculdades Integradas de Patos – FIP. [davidigor15@hotmail.com](mailto:davidigor15@hotmail.com)

totalidade. Enfatiza-se, ainda, a importância de reduzir os fatores de risco de doenças crônicas e declínio funcional, no intuito de desfrutar de uma boa qualidade de vida (CAVALCANTI et al., 2016).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística relata que o segmento populacional que mais aumenta na população brasileira é o de idosos, com taxa de 4% ao ano no período de 2012 a 2022. Estima-se que em 2060 o número de idosos seja 3,75 vezes maior em relação ao ano 2010 (BRASIL, 2016).

Borges et al. (2017) mostram as estatísticas entre 2015 e 2030, o número de idosos no mundo aumentará significativamente 56%, passando de 901 milhões para mais de 1,4 bilhões. Porém, esse crescimento será mais rápido nas regiões que ainda estão em desenvolvimento do que nas regiões já desenvolvidas. O aumento terá mais expressão na América Latina e no Caribe, com projeção de crescimento de 71%, seguido pela Ásia (66%), África (64%), Oceania (47%), América do Norte (41%) e Europa (23%).

Segundo Brasil (2005) o idoso é definido a partir da idade cronológica, assim, idosa é aquela pessoa que tem 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e para os países desenvolvidos é considerado idoso aos 65 anos de idade.

Atualmente é utilizado o termo “terceira idade” para definir aquelas pessoas em idade avançada e que não apresentam sinais de senilidade e que estão em boas condições, conseqüentemente, tem uma boa qualidade de vida (SALLES, 2017).

O engajamento em tarefas e ocupações diárias pode levar o idoso a se satisfazer com a própria vida. Projetar, sonhar e planejar um futuro está inteiramente relacionado ao bem-estar e à qualidade de vida, engana-se quem pensa que esta é apenas uma atividade para a juventude, é importante também para a pessoa no processo do envelhecimento, pois serve como estruturador diário na busca pela satisfação pessoal por meio da realização de tarefas consideradas significativas para o sujeito e para a sociedade (SANTANA; BERNARDES; MOLINA, 2016).

Diversos estudos relatam que o indivíduo da terceira idade terá melhor autoestima e qualidade de vida quando inserido em práticas de atividade física. Dentre tantas, uma das mais recomendadas é a musculação, a qual mantém e até mesmo pode aumentar a força muscular, melhorando os movimentos básicos diários do sujeito (SANTANA; BERNARDES; MOLINA, 2016).

A musculação entra nesse contexto de saúde e bem estar como uma atividade que promove a qualidade de vida, agindo como coadjuvante no tratamento da hipertensão, osteoporose e diabetes, no combate à perda natural de peso e massa muscular em decorrência

da idade, na correção de problemas posturais, na aceleração do metabolismo e emagrecimento, melhora do humor, libido e autoestima. Logo, é notório quão grande é o benefício trazido em decorrência da prática de musculação. (JUSTINO; LEITE, 2016).

Assim, a prática de musculação para idosos não se torna importante apenas para a força física, mas um bem necessário para desviar-se da depressão, conviver socialmente ou até mesmo livra-lo de doenças de cunho físico. Muito se tem falado sobre a musculação e os benefícios na terceira idade, pois, em muitos casos, é o que traz com mais eficiência resultados diretamente ligados a boa aparência, além de mostrar ao idoso que uma porção de coisas que ele ainda pode fazer, que talvez aos olhos da sociedade não fosse possível (CAVALCANTI et al., 2016).

Logo, a musculação se mostra como benéfica em muitos aspectos para o ganho de massa magra. Hoje, porém, abre espaço para vários outros benefícios, dentre eles pode-se destacar a prevenção e tratamento de muitas doenças, a perda de peso, melhora na qualidade de vida. (FREITAS; LIMA; SOUSA, 2017).

De acordo com Farinatti (2008) afirma que a partir dos 20 a 30 anos a função muscular não se altera significativamente, mantendo-se até próximo de 50 a 60 anos de idade nos homens e 40 a 50 anos nas mulheres. Após este período, as perdas se aceleram em ambos os sexos, e ocorre uma redução de aproximadamente 12% a 15% a cada 10 anos.

Assim, os exercícios de musculação, quando são desempenhados adequadamente são extremamente seguros, com baixas taxas de lesão, sendo uma atividade principal para se desenvolver a força muscular e hipertrofia. Observando-se que o trabalho de força é benéfico e necessário para o envelhecimento com benefícios para a independência e qualidade de vida (CORREA, 2016).

A qualidade de vida é uma preocupação da sociedade nos dias de hoje, onde existe um interesse crescente sobre o bem-estar das pessoas. O termo qualidade de vida é complexo e multidimensional. Assim, a expressão tem sido utilizada de forma diferente tanto na visão científica quanto no senso comum, apesar de ter vários significados, esse termo é utilizado para alguns fins, tais como: bem estar subjetivo; econômico; social; familiar, entre outros (GONÇALVES et al., 2016).

Ao falar sobre qualidade de vida, vem a tona uma forte relação com atividade física, melhoria de saúde, alimentação balanceada, entre outros. Conseqüentemente, pode-se dizer que alimentação e exercício físico contribuem juntos para o bem estar do indivíduo e a melhora da qualidade de vida. (LENARDT et al., 2016)

Assim, este estudo é uma pesquisa de campo, do tipo exploratória e com abordagem quantidade; 10 idosos participaram da pesquisa, praticantes de musculação em 2 academias da cidade de Caicó – RN. Para verificar o objetivo proposto utilizou-se um questionário semiestruturado, que foi construído pelos pesquisadores. Os dados foram analisados pelo Statistical Package for the Social (SPSS). Os resultados abaixo estão apresentados em tabelas e gráficos.

Chegou-se aos seguintes resultados: os idosos perceberam que com a prática da musculação melhorou a força, o equilíbrio, a capacidade funcional das atividades diárias (AVDs), as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs). Também verificaram que a ocorrência de quedas diminuiu após iniciar a prática de musculação. Assim todos os participantes tiveram a percepção de que com a prática da musculação a qualidade de vida melhorou. Desta forma, os idosos tem uma boa percepção sobre os benefícios da prática da musculação na melhora da capacidade funcional.

Desta forma, a realização desta pesquisa prioriza o trabalho do treinamento com pesos e sua importância na qualidade de vida dos idosos. Esta pesquisa torna-se importante para os profissionais de educação física, pois podem ir além neste assunto para realizar mudanças quanto a percepção de quanto a musculação pode ajudar o idoso, bem como, este estudo dá abertura para novos conhecimentos nessa temática.

Assim, este trabalho tem como objetivo conhecer a percepção dos idosos sobre as contribuições da musculação na qualidade de vida. E como objetivos específicos verificar a importância da musculação na qualidade de vida dos idosos, investigar a percepção dos idosos quanto a melhora da capacidade funcional e saber a percepção dos idosos quanto a melhora nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD's).

## **METODOLOGIA**

### Caracterização do estudo

É uma pesquisa de campo, pois serão observados os fatos e fenômenos exatamente como acontece no real, com base numa fundamentação teórica consistente, tendo como objetivo compreender e explicar o problema desta pesquisa (SEVERINO, 2016).

A pesquisa é do tipo exploratória, pois trata-se quando o tema é novo e não constituem estudos significativos e fontes referenciais satisfatórios, ajustado para estabelecer um

problema com investigação mais concreta para formulação das hipóteses (MARTINS JÚNIOR, 2015).

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, pois segundo Severino (2016), os seus resultados podem ser quantificados, as amostras geralmente são grandes e representativos da população. Esse tipo de pesquisa se centra na objetividade, influencia-se pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros.

### População e amostra

Participaram da pesquisa 10 idosos praticantes de musculação, sendo 5 idosos de Studium Personal Life e 5 do Centro de Estética e Atividade Física (CIEAF) de uma cidade do Sertão da Paraíba, o estudo se constitui de 100% da amostra, com estes com idade entre 60 e 80 anos. A amostra da pesquisa é caracterizada como não probabilística ou por julgamento, haja vista que a escolha dos elementos não depende da probabilidade, mas das características da pesquisa ou de quem faz a amostra (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Como critérios de inclusão os participantes deveriam estar na fase da terceira idade, ser praticante de musculação, e estar praticando esse exercício físico há no mínimo 3 meses e responder ao questionário corretamente e ser de ambos os sexos. E como critérios de exclusão, os participantes que se negasse a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os idosos que realizasse mais de um tipo de exercício físico.

### Instrumentos da pesquisa

Como instrumento da pesquisa foi utilizado um questionário estruturado construído pelos responsáveis do estudo. O questionário contém 11 questões objetivas que avaliam a percepção dos idosos quanto a melhora da qualidade de vida após iniciar a prática da musculação, no que diz respeito a melhoras na força, equilíbrio, na redução das dores e das quedas, na capacidade funcional das AVDs e AIVDs.

### Procedimentos

Após submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos a pesquisa foi iniciada. Assim, o questionário foi aplicado aos idosos

antes de iniciar o treino de musculação, em uma sala reservada para este fim (sala de avaliação das academias).

Primeiramente, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e explicada a pesquisa, e logo após, deu-se início a aplicação do questionário, cada idoso respondeu individualmente, em caso de dúvidas no preenchimento os pesquisadores estavam presentes para atenuar a situação.

#### Análise dos dados

Os dados obtidos foram analisados de forma quantitativa, utilizou-se o programa IBM, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 25. Os resultados estão apresentados em percentual e na forma de tabelas e gráficos e foram discutidos conforme literatura atualizada na temática.

#### Aspectos éticos

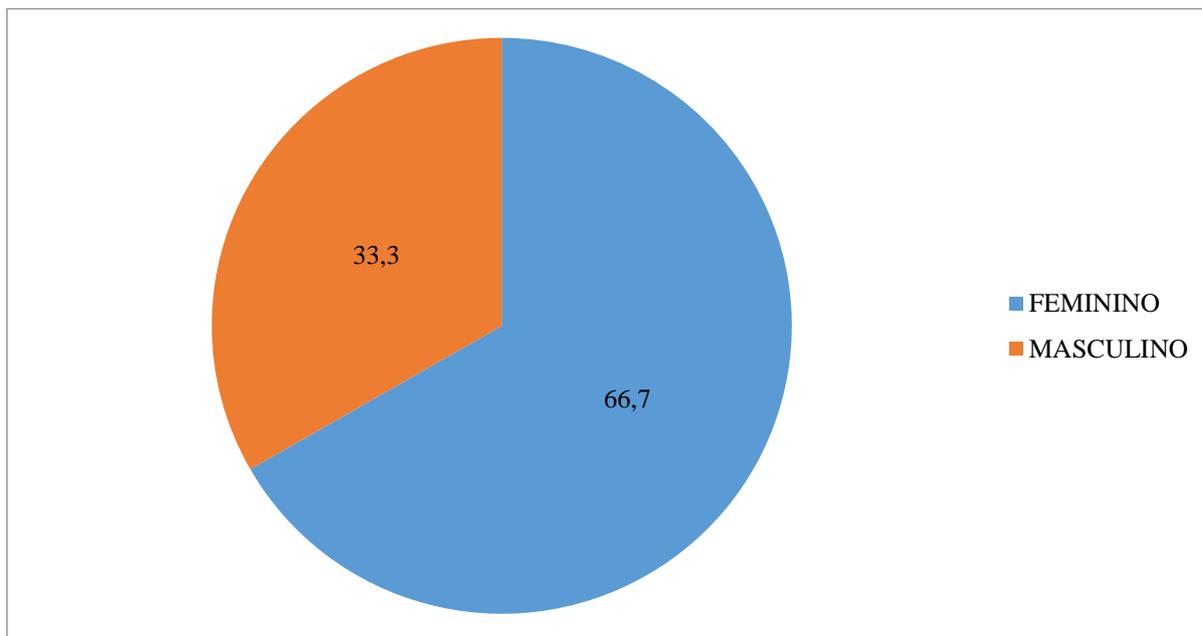
Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos – FIP e tem como CAEE: 80523917.1.0000.5181 e parecer de número 2.438.076. Também se elaborou um termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pelos idosos participantes do estudo e que estavam matriculados nas Academias acima mencionadas.

O projeto foi realizado conforme a resolução nº 510/2016 que Considera que a pesquisa que permeia as ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes;

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

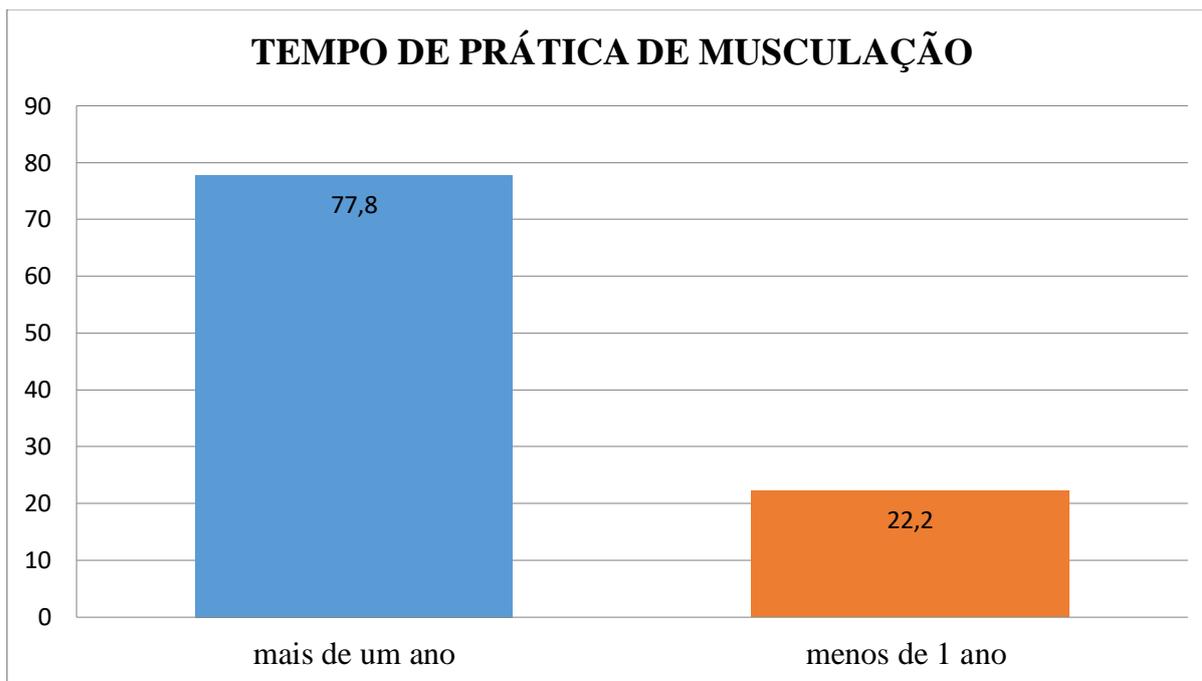
A amostra da pesquisa apresenta 10 idosos praticantes de musculação de 2 academias de uma cidade do sertão da Paraíba, com média de idade de 67 anos, destes idosos, 66,7% do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino (Figura 1).

**Figura 1** - sexo dos participantes



**Fonte:** dados dos pesquisadores (2018)

**Figura 2** – Tempo de prática de musculação



**Fonte:** Dados dos pesquisadores (2018)

Conforme a figura 2, se verificou que 77,8% dos idosos praticam musculação há mais de 1 ano e apenas 22,2% da amostra realiza musculação há menos de 1 ano.

**Tabela 1** – Percepção dos benefícios da musculação

<b>BENEFÍCIOS DA MUSCULAÇÃO PROPORCIONADOS AOS INDIVÍDUOS</b>		
<b>PERGUNTAS</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Sua força melhorou com a musculação?	100%	
Seu equilíbrio melhorou com a musculação?	100%	
Sentiu redução de dores com a prática da musculação?	88,9%	11,1%
Sofreu queda antes de praticar musculação?	22,2%	77,8%
Sofreu quedas depois que começou a praticar musculação?	11,1%	88,9%
Melhorou capacidade funcional para realizar as AVDs*?	100%	
Melhorou as Atividades Instrumentais da vida diária AIVDs**?	100%	
A musculação melhorou sua qualidade de vida?	100%	

**Fonte:** Dados dos pesquisadores (2018)

\*AVDs: Atividades da Vida Diária.

\*\* AIVDs: Atividades Instrumentais da vida diária

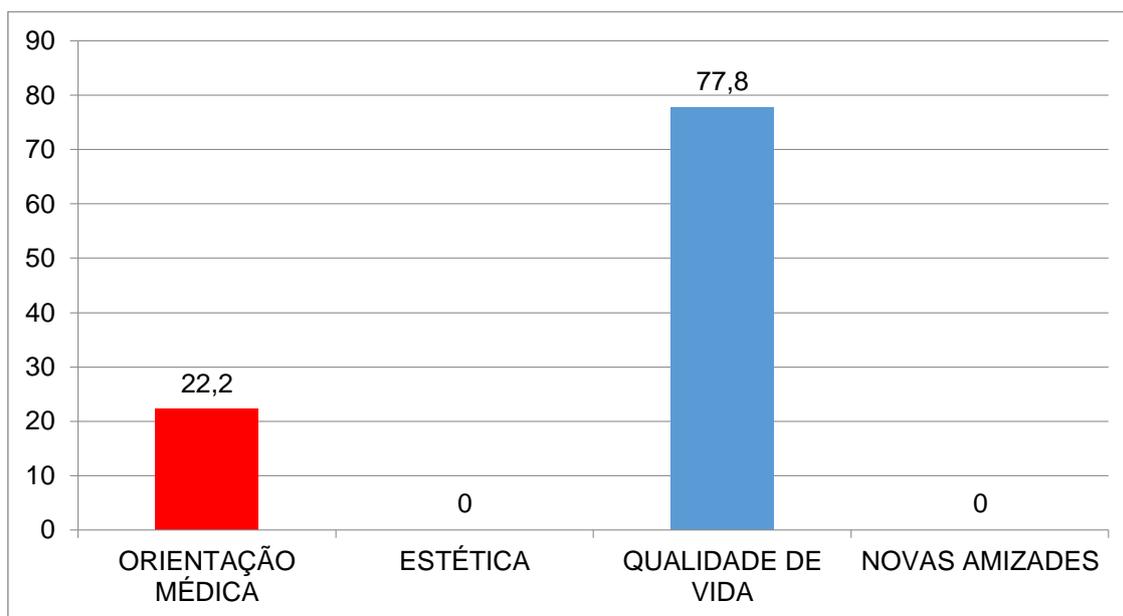
Com base nos dados apresentados na tabela 1 sobre os benefícios da musculação aos idosos praticantes, 100% da amostra respondeu que sua força melhorou com a musculação, tal como o equilíbrio, a capacidade funcional para realizar as Atividades da vida diária, e também, as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs).

Assim, conforme as respostas dos idosos, 100,0% perceberam que a musculação melhorou a qualidade de vida.

Com a prática da musculação 88,9% afirmou que as dores reduziram com a prática. Já 77,8% afirmou que não sofreu queda antes de praticar musculação e 88,9% afirmam que não sofreu queda após o início da prática da musculação.

Com relação a estes dados, percebe-se que houve uma diminuição das quedas após iniciar um programa de musculação.

**Figura 3** – Porque começou a praticar musculação?



**Fonte:** dados do pesquisador (2018)

A figura 2 demonstra os dados obtidos a partir do seguinte questionamento feito aos participantes: Por que começou a praticar musculação? 22,2% por orientação médica e 77,8% em busca de qualidade de vida. Um dado interessante é a questão de se fazer novas amizades, nenhum marcou esta opção.

Conforme os resultados desta pesquisa, os idosos perceberam que com a prática da musculação houve melhoras na força, equilíbrio, na capacidade funcional e nas atividades instrumentais da vida diária. Em concordância com os nossos resultados, os estudos de Jarek et al. (2010) que avaliou vinte indivíduos idosos, dez praticantes de musculação ( $64,4 \pm 7,7$  anos) e dez não praticantes ( $68,7 \pm 6,2$  anos), teve como objetivo comparar a massa muscular e o equilíbrio de idosos praticantes e não praticantes de musculação e verificou que os exercícios resistidos influenciam na melhora da força e no equilíbrio dos idosos.

Também nos estudos de Strassburger et al. (2013) avaliaram 43 idosos, teve como objetivo verificar a antropometria e a aptidão física em idosos praticantes de musculação, eles evidenciaram que a musculação traz benefícios no que diz respeito à manutenção da flexibilidade e da força muscular.

Nos achados de Aguiar et al. (2014) analisaram oito idosos com idades entre 62 e 79 anos, o estudo teve como objetivo avaliar a influência e eficiência de um programa de treinamento resistido nos parâmetros de composição corporal, força e resistência de força no teste de 1RM1 no supino e no agachamento com o peso corporal. Eles apontaram que a

musculação, ocasionou uma melhora significativa na resistência de força e força dinâmica máxima (1RM), o que possibilitou aos idosos ganhos de força muscular, aumento de massa muscular esquelética, massa óssea, redução da gordura corporal e independência para as atividades do cotidiano.

Na presente pesquisa constatou-se também, que com a prática da musculação reduziram as dores, também se verificou que as pessoas que haviam sofrido queda antes do início da musculação era de 22,2%, e após o início dessa prática os índices de quedas caíram para 11,1%. Corroborando com os nossos dados, Rocha (2013) afirma que o treinamento de força é indicado para o idoso devido a capacidade fisiológica que essa prática oferece aos indivíduos. Assim, a musculação promove melhoras na capacidade funcional o que possibilita o desempenho de atividades diárias por melhorar a força muscular, diminui os riscos de quedas e melhora a qualidade de vida. Para ele a musculação é a atividade física mais indicada para o idoso por que diminui a ocorrência de quedas e consequentes fraturas.

Coelho, Natalli e Borrachine (2010) realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar os benefícios da prática da musculação na terceira idade, por meio de uma revisão bibliográfica. Conforme os resultados constata-se a eficácia de um programa de treinamento resistido para indivíduos idosos. A importância da prática da musculação é evidente na vida do idoso, permitindo melhor desempenho físico, tornando menos suscetíveis às fraturas ósseas que geralmente acompanham essa idade.

Para Queiroz e Munaro (2012) afirmam que os exercícios com pesos em programas de atividade física bem estruturados tem por finalidade promover uma melhora na saúde, na aptidão física e no tratamento de doenças, o que diminui a incidência de quedas e a possibilidade de fraturas ossos.

O estudo de Albino et al. (2012) teve como objetivo verificar a influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas, eles chegaram a conclusão que tanto o treinamento de força quanto o treinamento de flexibilidade produziram melhoras nos índices de equilíbrio corporal de idosas, o que provavelmente, também pode influenciar na redução da ocorrência de quedas e da perda de independência física, assim como na obtenção de melhor qualidade de vida.

De acordo com Camboim et al. (2017) que tinha como objetivo descrever a experiência de idosos perante os benefícios da atividade física para a qualidade de vida e citar os benefícios da atividade física para a qualidade de vida da terceira idade. Assim verificaram que os idosos praticantes de atividade físicas, incluindo musculação, sentem-se empolgados, afirmando que os movimentos físicos e trouxeram benefícios, proporcionando liberdade em

se locomover sozinhas, sem a ajuda dos familiares ou amigos, desenvolvendo tarefas diárias e a diminuição das quedas, além de sentirem um bem estar físico e mental.

Também foi perguntado aos idosos porque eles começaram a praticar musculação, observamos que 77,8% responderam que buscam por qualidade de vida e 22,2% por orientação médica. Nos estudos de Teixeira et al. (2018) constatou-se que 56,7% dos idosos iniciaram a prática de musculação devido ordens médicas, 23,3% como prevenção de doenças, 8,3% como reabilitação, 6,7% Por outro motivos e 5% o fator estética.

Com relação a pergunta, “na sua percepção, a musculação melhorou sua qualidade de vida?”, verificamos que 100% da nossa amostra respondeu que sim. Nos estudos de Tecchio e Gessinger (2017), observou 371 idosos ativos, que teve como objetivo verificar a possível associação da funcionalidade de membros superiores e membros inferiores com o índice de massa corporal; eles chegaram a conclusão que os idosos tem uma autopercepção muito boa e boa saúde em relação de atividade física, o que é está associada com a funcionalidade dos membros, melhorando a qualidade de vida.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos é um dos principais fatores que contribuem para a melhor qualidade de vida nessa população, assim a prática da musculação é um importante meio para que se alcance esse objetivo, devendo ser estimulada ao longo da vida (MACIEL, 2010).

Nos estudos de Camboim et al. (2017), chegaram a conclusão que a atividade física como fator contribuinte para a qualidade de vida das idosas teve proporção positiva em todos os questionamento realizados por eles durante a pesquisa. De acordo as respostas dos questionários, verificou-se que houve progressos na saúde, na condição física e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos idosos que participaram da pesquisa.

Correa (2016) apresentou em seus estudos os benefícios da prática de um programa de musculação sob supervisão profissional na melhora das atividades funcionais e instrumentais dos idosos e verificou os benefícios em quase todos os componentes da capacidade funcional, como a coordenação motora, agilidade, equilíbrio, mobilidade funcional, domínio físico e psicológico da qualidade de vida dos idosos. Ele evidenciou que a musculação proporciona mais segurança na realização das atividades diárias e para manterem-se ativos na sociedade, melhorando a força muscular e diminuindo as chances de sofrerem quedas.

Ferreira, Portes Júnior e Nunes (2015) objetivaram encontrar subsídios que justifiquem a musculação como atividade física eficaz para pessoas idosas, assim, eles chegaram a conclusão que com os cuidados e aplicando os programas de forma correta, os benefícios alcançados para a saúde do idoso decorrentes da prática da musculação podem afetar de forma

direta e positiva a realização das atividades de vida diária. Desta forma perceberam que os exercícios regulares de musculação trazem benefícios excepcionais tanto em homens quanto em mulheres, fazendo com que eles possam manter suas atividades da vida diária em níveis satisfatórios.

Almeida e Pavan (2010) realizaram uma análise bibliográfica e perceberam que a qualidade de vida de idosos é influenciada por diversos fatores físicos, sociais e subjetivos, sendo a musculação, a grande responsável pela melhora desses fatores, fazendo com que eles acrescentem mais expectativa de uma melhora para a vida do idoso. Outro aspecto encontrado pelos autores foram as melhoras fisiológicas, aumento da massa muscular e melhor funcionamento das articulações.

Em outro estudo, Jorge (2010) objetivou demonstrar a importância do treinamento resistido para a melhoria da qualidade de vida em idosos, por meio de uma revisão bibliográfica. Ele concluiu que, o treinamento resistido parece a melhor opção para promover benefícios na capacidade funcional de idosos, isto porque as principais atividades cotidianas, presentes na vida do idoso, envolvendo capacidades que se aprimoram quando se realiza o treinamento resistido.

Assim, o presente estudo está em concordância com a literatura, tendo em vista os benefícios da musculação para os idosos. Revelando que o treinamento de força, ou musculação, está cada dia sendo mais indicado e praticado por indivíduos idosos. Pois, muitas pesquisas têm evidenciado que apesar das perdas, a musculação pode evitar a perda da massa muscular e até mesmo desenvolver. Também se mostra eficiente na melhora da capacidade funcional, na manutenção e melhora da independência e autonomia, além de todos os benefícios verificados acima. Refletindo na melhora da qualidade de vida dessa população. Assim, percebe-se que os benefícios proporcionados pela musculação são incontestáveis, e o próprio idoso ter essa percepção já é um aspecto positivo a seu favor.

Assim, segundo Araújo, Tolosa e Zanella (2015), conforme os resultados científicos, a prática de musculação é mais segura do que a de atividades aeróbicas. Pois melhora as tarefas diárias, diminuindo o risco de quedas durante uma simples caminhada, até mesmo tornando a vida mais independente. Sendo assim, a musculação é uma das melhores atividades que os idosos podem desempenhar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Assim observou-se que os idosos praticantes de musculação perceberam melhoras no que fiz respeito a força, equilíbrio, na redução das dores e das quedas, na capacidade funcional das AVDs e AIVDs, conseqüentemente, perceberam que a musculação trouxe benefícios na capacidade funcional e qualidade de vida.

Ainda verificou-se a existência a ocorrência de quedas entre os idosos, porém em menor percentual que o observado antes do início da prática da musculação. Desta forma, o envolvimento dos idosos na prática de musculação atua de forma positiva, podendo atuar na redução do nível de dependência, aumentando sua autonomia.

Assim, a praticada musculação tende a melhorar o desempenho das funções do dia a dia, o que permite segurança no desenvolvimento dos idosos. Portanto manter a qualidade de vida por meio da prática da musculação é promover um bem estar físico, social e mental.

Apesar dos resultados encontrados nesse estudo, deixa-se o alerta aos próximos pesquisadores, que esta temática é possível de novas pesquisas, para assim contribuir para o crescimento da área e permitir quebrar paradigmas ainda existentes sobre os benefícios da musculação para a terceira idade. Podendo também outros estudos serem realizados com uma amostra maior.

Enfim, os estudos nessa temática devem continuar, com a finalidade de demonstrar a população o quanto são importantes os métodos de treinamento e como as pessoas idosas podem melhorar suas capacidades, sendo sempre respeitados os critérios da individualidade.

Para tanto, se faz necessário compreender mais detalhadamente os fatores associados à prática da musculação, para que se possa elaborar estratégias que promova a adesão dos idosos a essa prática.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, P. de P. L.; LOPES, C. R.; VIANA, H. B.; GERMANO, M. D. avaliação da influência do treinamento resistidos de força em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 201-217, 2014.

ALBINO, I. L. R.; FREITAS, C. de la R.; TEIXEIRA, A. R.; GONÇALVES, A. K.; SANTOS, M. P. V.; BRÓS, A. J. G. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, Ponta Grossa, v. 02, n. 02, p. 09-17, jul./dez. 2010.

ALMEIDA, M. A. B.; PAVAN, B. Os benefícios da musculação para a vida social e para o aumento da auto estima na terceira idade. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 02, n. 02, p. 09-17, jul./dez. 2010

ARAÚJO, G. H. da C.; TOLOSA, L. B.; ZANELLA, A. L. Benefícios da musculação sobre a qualidade de vida na terceira idade. **EFDeportes.com, Revista Digital**, n. 205, junho, 2015.

BORGES, E. et al. O envelhecimento populacional um fenômeno mundial. In: DANTAS, E. H. M.; SOUZA, C. A. de. (Orgs.). **Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade**. Joaçaba: Editora Unoesc, 2017.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.

BRASIL. GOVERNO DO BRASIL. **Em 10 anos, cresce o número de idosos no Brasil**. 2016. Disponível: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-no-brasil>>. Acesso em: 10 de outubro de 2017.

CAMBOIM, E. de F.; NOBREGA, M. O.; DAVIM, R. M. B.; CAMBOIM, J. C. A.; NUNES, R. M. V.; OLIVEIRA, S. X. Benefícios da atividade física na terceira idade para a qualidade de vida. **Revista de Enfermagem on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2415-22, jun. 2017.

CAVALCANTE, A. D.; MOREIRA, R. da S.; BARBOSA, J. M.V.; SILVA, V. de L. Envelhecimento ativo de estilo de vida: uma revisão sistemática da literatura. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 71-89, 2016.

CORREA, P. P. R. **Benefícios da musculação e treinamento de força em idosos**. 2016. 33f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Musculação e Treinamento em Academias) – Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG. Belo horizonte, 2016

FARINATTI, P. T. V. **Envelhecimento, promoção da saúde e exercício: bases teóricas e metodológicas**. Barueri: Manole, 2008,

FERREIRA, J.; PORTES JUNIOR, M.; NUNES, P. R. da S. **Musculação na terceira idade: em busca da autonomia nas atividades diárias**. 2015. Disponível em: <<http://www.researchgate.net/publication/266232940>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2019.

FREITAS, R. P.; LIMA, A. D.; SOUSA, D. L. Levantamento sobre o conhecimento de jovens praticantes de musculação. **IX Mostra Científica de Educação Física**, v. 1, n. 1, Jun. 2017.

GONÇALVES, M. M. et al. Associação entre qualidade de vida e trabalho: a percepção dos estudantes de graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v.8, n.2, 2016.

JAREK, C; OLIVEIRA, M. H; NANTES, W. R.; ULBRICHT, L.; MASCARENHAS, L. P. G. comparação antropométrica, força muscular e equilíbrio entre idosos praticantes e não praticantes de musculação. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 173-180, maio/ago. 2010.

JORGE, L. M. B. **Treinamento resistido para idosos: promoção da qualidade de vida**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em treinamento personalizado e musculação) – Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins-SP, 2010

JUSTINO, C. M.; LEITE, F. M. A. de A. Praticantes de musculação: análise dos usuários das academias de João Pessoa nos anos de 2004 e 2015. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 10, n.58, 2016.

LENARDT, M. H.; CARNEIRO, N. H. K.; BINOTTO, M. A.; WILLIG, M. H.; LOURENÇO, T. M.; ALBINO, J. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Rev Bras Enfermagem**, 2016.

MACIEL, M. G. Atividade física e funcionalidade do idoso. **Motriz**, Rio Claro, v. 16, n. 4, p. 1024-1032, out./dez. 2010

MARTINS JUNIOR, J. **Como escrever trabalhos de conclusão de curso**: Instruções para planejar e montar, desenvolver, concluir, redigir e apresentar trabalhos monográficos e artigos. 9. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2015. 275p.

QUEIROZ, C. O.; MUNARO, H. L. R. Efeitos do treinamento resistido sobre a força muscular e a auto percepção de saúde em idosas. **Revista Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 547-553, 2012.

ROCHA, R. **Musculação para a terceira idade**. 2013. 47f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia em Educação Física) – Centro Universitário de Formiga – UNIFOR, Formiga, 2013.

SALLES, R. F. Os benefícios da atividade física na terceira idade. In: **Congresso Nacional de Envelhecimento Humano**. 2018

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. **Metodologia de Pesquisa**. Tradução de Daisy Vaz de Moraes. 5. Ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTANA, C. da S.; BERNARDES, M. S.; MOLINA, A. M. T. B. Projetos de vida na velhice. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 171-186, 2016.

SEVERINO, A. J. Metodologia do trabalho científico. **Cortez Editora**, 2016.

STRASSBURGER, M. J.; ATRASSBURGER, S. Z.; SACON, A. B.; GRASSI, C. relação da composição corporal e aptidão física de idosos praticantes de musculação. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 10, n. 2, p. 193-202, maio/ago. 2013.

TECCHIO, J. M.; GESSINGER, C. Funcionalidade de membros superiores e inferiores e índice de massa corporal de idosos ativos. **Fisioter Mov.**, v. 30, p. S45-54, 2017

TEIXEIRA, R. V. et al. Fatores que levam os idosos a prática da hidroginástica. **Motricidade**, v. 14, n. 1, p. 175-178, 2018

## REDE INTERNACIONAL DE UNIVERSIDADES VOLTADAS PARA A TERCEIRA IDADE: BRASIL E PORTUGAL

Sheila Marta Carregosa Rocha<sup>1</sup>

### RESUMO

A Universidade constitui espaços de socialização para a terceira idade, fugindo do isolamento e da solidão. Para além do território que admite e acolhe, estão as pessoas que interagem, convivem, agregam conhecimento, informações e trocam experiências. Em Portugal, atualmente, segundo a Rede de Universidade da Terceira Idade (RUTIS) são aproximadamente 305 organizações associadas, cerca de 45.000 alunos, inclusive duas instituições brasileiras, a universidade da Maturidade de Palmas e a Universidade Aberta da Terceira idade de Brasília passaram a integrar a RUTIS. Voltada para o desenvolvimento de políticas de envelhecimento ativo e economia social. No Brasil não há essa Rede, por isso a dificuldade de contabilizar o número de UATI's, contudo elas são oferecidas como programa ou atividade de extensão, em, pelo menos 26 instituições públicas, federais e estaduais, na zona urbana e rural, além de outras instituições privadas. Esta pesquisa mapeou as Universidades Abertas à Terceira Idade, tanto em Portugal quanto no Brasil, comparou currículos, através da oferta de disciplinas, identificou se os eixos trabalhados que são propostos pelo Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, atendeu ao desenvolvimento das capacidades intelectual, espiritual, emocional e material, e, depois da pesquisa empírica, através da técnica de entrevista, se esse espaço de convivência e compartilhamento de saberes, é importante para um envelhecimento ativo e no combate às doenças, a exemplo da depressão. Depois da coleta de dados e análise dos resultados, concluiu-se que há viabilidade num intercâmbio entre as Universidades Portuguesas e brasileiras, utilizando a tecnologia, e de Congressos Internacionais, propondo viagens para aproximação dessas pessoas idosas.

**Palavras-chave:** UATI/UNEB, Direito à Educação, Pessoas Idosas.

### INTRODUÇÃO

---

<sup>1</sup> Pós Doutorado pela UCSAL no Programa de Família na Sociedade Contemporânea e pela Universidade do Porto pelo Departamento de Sociologia. Doutora em Família na Sociedade Contemporânea (UCSal,2015).Bolsista da CAPES para estágio Doutoral na Universidade do Porto em Portugal (2014). Mestre em Família na Sociedade Contemporânea(UCSal,2012). Especialista em Direito Civil pela Fundação Faculdade de Direito (UFBA, 2007). Especialista em Metodologia do Ensino Superior com Ênfase em Novas Tecnologias ( FBB,2002). Especialista em Psicopedagogia (UFRJ,2000). Bacharela em Direito (FIB, 2005). Licenciada em Letras Vernáculas(Universidade Católica do Salvador, 1994). Servidora Pública. Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Governança e Instituições e do Núcleo de Estudos em Direitos Humanos da Pós Graduação stricto sensu da Universidade Católica do Salvador. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa em "Educação Direitos humanos e Fronteira" da Universidade Federal do PAMPA. Docente da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) do Departamento de Ciências Humanas do Campus XX - Brumado nas disciplinas de Direito Processual Civil e Direito de Família. Membro associada ao Conselho Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Direito (CONPEDI). Membro do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Estácio da Bahia. Membro do Núcleo de Pesquisa do Centro Universitário Estácio da Bahia(2015-2017). Membro do Conselho Editorial da Revista de Direito, Arte e Literatura(ISSN 2525-9911). Membro do Conselho Editorial da Revista Científica (In)Cena do Centro Universitário Estácio da Bahia. Membro Associada do Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFam). Parecerista da Revista de Direito Sanitário da USP, da Revista do Curso de Direito da UNESA e da Revista (In)Cena. Avaliadora do CONPEDI(desde 2016) e do Seminário de Pesquisa da UNESA( 2015-2017). Membro do Conselho editorial da Revista da UNIVAP edição especial da Revista UNIVAP, v. 24, n.44, 2018, com o tema "TRANSFORMAÇÕES SÓCIO-ESPACIAIS CONTEMPORÂNEAS E O DIREITO NO BRASIL". Líder do Grupo Direitos Humanos, Envelhecimento e Violências, certificado pela UNEB e inscrito no Diretório dos grupos de Pesquisa do CNPq, DHEV/UNEB/Cnpq dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrup/1551266856460047.

O binômio qualificação-trabalho constitui a base do sistema capitalista de economia de mercado. As pessoas com idade avançada contrariam essa lógica de mercado, na perspectiva produção, mas não de consumo. Qual seria a real utilidade de uma universidade aberta à “terceira idade”(LENOIR,1979), quando se percebe que não há distinção no nível de renda ou educação e que não estaria voltada para qualificação para o trabalho, contrariando toda uma lógica de disputa no ingresso na Universidade e no sistema de créditos e avaliações para se galgar um diploma de papel que o habilita para o trabalho, que não o garante?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reavaliou o conceito de jovem, meia idade e velho, tendo como variáveis evolução da qualidade de alimentos, atividades físicas, alimentação natural, dentre outras que influenciam diretamente no envelhecimento ativo e saudável, e deliberou que a faixa do menor de idade é entre 0 a 17 anos, os jovens, de 18 a 65 anos, os de meia idade de 66 a 79 anos, os idosos de 80 a 99 anos, e os idosos de longa vida maiores de 100 anos.

O primeiro olhar que se lança para justificar a viabilidade da pesquisa sobre uma determinada temática é sob o crescimento demográfico, se há um expressivo aumento da população. No caso da população idosa em 2017 era de 30,2 milhões, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2017). As mulheres correspondem a 16,9 milhões (56% dos idosos), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44% do grupo). Quanto aos Estados, a maior proporção de idosos o Rio de Janeiro e o Rio Grande do Sul, ambas com 18,6% de suas populações dentro do grupo de 60 anos ou mais. O Amapá, por sua vez, é o estado com menor percentual de idosos, com apenas 7,2% da população.

A partir daí, porque falar sobre uma Universidade Aberta à Terceira Idade? Depois da aposentadoria, as relações sociais diminuem, as relações familiares vão ficando cada vez mais escassas, quem cuidaria da população idosa, ainda que independente e com autonomia plena? As Instituições de Longa Permanência em 2014 totalizavam 3.292, contudo não constituem o único espaço de moradia, convivência e socialização. A proposta aqui é investir na UATI para que a pessoa idosa possa conservar sua autonomia e independência, faça suas escolhas, tenha espaços de socialização e sinta-se valorizada, diminuindo a procura pelo sistema de saúde.

Assim, esta pesquisa investiga a efetividade do direito da pessoa idosa à educação através da existência, implantação, funcionamento da Universidade Aberta à Terceira Idade. Através da divulgação em sites, em artigos, teses e dissertações, além de outras publicações que contemplem a temática central.

## **2 O DIREITO À EDUCAÇÃO COMO UM DIREITO HUMANO E FUNDAMENTAL**

Os Direitos Humanos são pensados a partir de legislações internacionais mesmo antes da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. Mesmo sendo antecedida pela Declaração símbolo da Revolução francesa dos Direitos do Homem e do cidadão em 1789. Os Direitos Humanos têm um viés filosófico quando é pensado a partir do momento em que os seres humanos, que convivem socialmente, têm liberdade, mais também se esbarram nos direitos dos outros, limitando-o assim.

Em 24 de outubro de 1945, em São Francisco na Califórnia, nos Estados Unidos, foi criada a Organização das Nações Unidas, para “construir um sistema que pudesse garantir maior segurança e paz no campo internacional, bem como criar um sistema de proteção aos direitos humanos” (GUERRA, 2013, p.100)

Assim, para concretizar a sua missão organizacional, a ONU organizou em 1976, a Conferência Geral da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, realizada em Nairobi, na sua 19.<sup>a</sup> sessão, que definiu a Educação de Adultos:

a expressão «educação de adultos» designa o conjunto de processos organizados de educação, qualquer que seja o seu conteúdo, o nível e o método, quer sejam formais ou não formais, quer prolonguem ou substituam a educação inicial dispensada nos estabelecimentos escolares e universitários e sob a forma de aprendizagem profissional, graças aos quais pessoas consideradas como adultas pela sociedade de que fazem parte desenvolvem as suas aptidões, enriquecem os seus conhecimentos, melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou lhe dão uma nova orientação, e fazem evoluir as suas atitudes ou o seu comportamento na dupla perspectiva de um desenvolvimento socioeconômico e cultural equilibrado e independente (UNESCO, 1976, p. 2).

Outra conferência de representatividade internacional ocorreu em 1972, em Tóquio no Japão, a Terceira sobre Educação de Adultos, todavia foi a primeira que fez referência a esses grupos, ou seja, às

categorias tradicionalmente desfavorecidas em numerosas sociedades; jovens sem emprego, jovens que deixaram prematuramente a escola em países em vias de desenvolvimento, populações rurais de numerosos países em vias de desenvolvimento, trabalhadores emigrantes, **pe<sup>so</sup>as idosas** e desempregados. Dentro destas categorias, as mulheres e raparigas encontram-se muitas vezes particularmente desfavorecidas” (UNESCO; 1972, p. 108). (grifo meu)

Treze anos depois, a Quarta Conferência Internacional de Educação de Adultos realizada em Paris, em 1985, manteve um tratamento específico dentro da rubrica intitulada “Necessidades particulares de certos grupos: mulheres, jovens, **idosos**, minorias, trabalhadores imigrantes, grupos desfavorecidos, populações ameaçadas pela fome”. Essa Conferência ocorreu após a Assembleia em Viena na Áustria, em 1982, que elaborou o primeiro Plano Internacional sobre Envelhecimento Humano.

Recomenda aos Estados membros e às organizações governamentais que facilitem o acesso dos adultos – qualquer que seja a sua idade – à educação e à cultura, a fim de

que cada um possa salvaguardar o seu estatuto de cidadão a corpo inteiro e desempenhar um papel activo durante a vida e que consagrem, para o efeito, os fundos necessários, **reconhecendo a educação dos adultos idosos como um investimento necessário ao equilíbrio das sociedades**” (UNESCO, 1986, p. 29). (grifo meu)

A Quinta e última Conferência Internacional sobre Educação de Adultos, realizada em Hamburgo, em 1997, intitulada “Aprender em Idade Adulta: uma Chave para o Séc. XXI”, traz expressamente a preocupação com o aumento demográfico da população mais velha, mas sem tratar como uma questão a ser essencialmente sentida apenas pelas sociedades desenvolvidas, originando consequências económicas e sociais, mas reconhecendo a importância das pessoas idosas:

Há, actualmente, mais pessoas idosas no mundo em relação ao total da população do que nunca antes, e a proporção continua a aumentar. Estes adultos idosos podem contribuir muito para o desenvolvimento da sociedade. Logo, é importante que tenham oportunidade de aprender em igualdade de condições e de maneira apropriada. As suas capacidades e competências devem ser reconhecidas, valorizadas e aproveitadas (UNESCO, 1998, pp. 22-23).

Dois Planos Internacionais sobre o Envelhecimento Humano foram elaborados, o primeiro em 1982, na Viena na Áustria, e, o segundo em Madri na Espanha, vinte anos depois, em 2002.

## 2.1 PAUTA DO I PLANO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO

O art. 12 recomenda que os idosos tenham de continuar a ter acesso à educação e aos programas de capacitação. A habilitação de idosos e a promoção de sua plena participação são elementos imprescindíveis para um envelhecimento ativo, que lhe garanta a livre escolha para trabalhar ou de empreender. E, para isso, é preciso oferecer sistemas adequados e sustentáveis de apoio social a pessoas idosas, além de garantir o acesso à tecnologia, ao aprendizado continuado, à educação permanente, à capacitação no emprego, à reabilitação profissional e à medidas de aposentadoria flexíveis, assim como procurar a reintegração de desempregados e de pessoas incapazes no mercado de trabalho (ONU, 1982, p.37).

É no tema 4 que classifica a educação como base indispensável para uma vida ativa e plena. Reconheceram que países em desenvolvimento contam com um grande número de pessoas que chegam à velhice com mínimos conhecimentos das primeiras letras e de aritmética fundamental, o que limita sua capacidade de ganhar a vida, constituindo, portanto, um obstáculo para gozar de saúde e bem-estar. Em todos os países, a educação e a capacitação permanentes são também requisitos básicos para a participação de idosos no emprego. (ONU, 1982).

Assim, a agenda política do I Plano Internacional sobre Envelhecimento diz pouco sobre a educação da pessoa idosa, mas traça temas, metas e objetivos gerais, cabendo a cada Estado-Membro da ONU, viabilizar, através de legislação nacional normas mais específicas sobre como planejar, operacionalizar e fiscalizar a oferta de educação para a pessoa idosa, de sua inserção social e de garantir um envelhecimento ativo.

## 2.2 PAUTA DO II PLANO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO

Na Área de preocupação das pessoas de idade, no item 50, reconhece uma medida preventiva para combater os efeitos prejudiciais de um envelhecimento prematuro, por isso educar os jovens, sensibilizá-los para um estilo de vida saudável. Além de uma organização de horários e condições de trabalho, para atender às pessoas na medida em que envelhecem.

Mais do que educar os idosos é educar a população para o processo de envelhecimento. Famílias, escolas, universidades, estados, governos, instituições não governamentais, empresas, todos têm responsabilidade social com as pessoas, com o respeito ao ser humano. Programas televisivos, outras mídias, cartilhas, palestras, tudo e muito além, a UATI pode e deve participar dessas ações, com engajamento político para conscientizar as pessoas que precisam respeitar, principalmente, os “mais velhos”.

76. Existe também necessidade de educar a população em geral sobre o processo de envelhecimento. Esta educação deve começar na infância, para que o envelhecimento possa ser percebido plenamente como um processo natural. Neste tema, a importância do papel dos meios de comunicação em massa não pode ser exagerada.

Na Recomendação n. 46, os meios de comunicação devem realizar “d) estudos sobre o papel da educação e o envelhecimento nas diversas culturas e sociedades” além de divulgar esse material sob diversas técnicas jornalísticas.

Os governos e as organizações internacionais devem manter programas de educação informal na comunidade onde o idoso convive, além de instituir programas de recreação, jogos, lazer, para ocupar o tempo livre.

Recomendação 47: De acordo com o conceito de educação ao longo da vida, promulgado pela [Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura \(UNESCO\)](#), programas de educação informal de base comunitária e de recreação para os idosos devem ser implementados a fim de desenvolver um sentido de auto-suficiência e responsabilidade da comunidade. Tais programas devem contar com o apoio dos governos nacionais e das organizações internacionais.

Interessante seria a implantação de fóruns internacionais para troca de experiências no campo do envelhecimento humano, e, nesta temática sobre educação, apreender outros modelos implantados que foram e são realmente efetivos na melhora da qualidade de vida dos idosos, na sua integração social em rede e nos demais espaços de sociabilidade. Existem dois universos, um externo que todos podem perceber, que pode sair do invisível para a visibilidade, mas existe um interno, das emoções e dos sentimentos, que precisa ser cuidado também.

**2. Capacitação e educação:** 82. O dramático aumento do número e da proporção de adultos de idade avançada faz necessário um incremento significativo da capacitação. É necessário uma dupla abordagem: um programa internacional de capacitação e, ao mesmo tempo, programas nacionais e regionais de capacitação especialmente adaptados à situação dos países e das regiões interessadas. Ao elaborar as políticas e os programas de ensino e capacitação para todos os grupos de idades, especialmente a geração mais jovem, devem-se ter em conta as necessidades dos idosos, assim como as implicações do envelhecimento da população para o desenvolvimento.

Para além dos cursos formais de ensino e pesquisa, de graduação e pós-graduação, há necessidade de cursos voltados para cuidar das pessoas idosas. O que os pais fizeram com os filhos, ao coloca-los nas creches, os filhos, que trabalham, e não podem cuidar dos pais na velhice, precisam de profissionais qualificados no trato com a pessoa idosa.

Recomendação 54. Os programas de educação e capacitação deverão ser de caráter interdisciplinar, dado que o envelhecimento e o envelhecimento da população são um tema multidisciplinar. Educação e capacitação nos diversos aspectos do envelhecimento e do envelhecimento da população não deverão limitar-se a altos níveis de especialização, mas devem ser disponibilizados em todos os níveis. Deverão ser realizados esforços para regulamentar os serviços de capacitação e ensino necessários para as diferentes funções na área do envelhecimento.

Depois dos Planos Internacionais sobre o Envelhecimento Humano, das preocupações internacionais com a questão, com as recomendações, o que o Brasil está realizando para estimular e apoiar a educação para as pessoas idosas?

A partir da Constituição da República, percebe-se a importância que se dá à educação no Brasil. Numa busca rápida, com o descritor “educação” foram 184 vezes que a Carta Magna tratou sobre a temática.

Primeiro se trata de um direito fundamental previsto no art. 6º. “São direitos sociais a **educação**, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (EC no. 26/2000, EC no 64/2010 e EC no 90/2015)” (BRASIL, 1988) (grifo meu)

Mais especificadamente a Educação é tratada no capítulo III, a partir do artigo 205, que traz sua natureza jurídica, para o Estado, um dever; para o(a) cidadão(ã), um direito. Além de prever os princípios gerais norteadores da educação.

Depois do Texto Constitucional, foi editado o Plano Nacional de Proteção ao Idoso, Lei n. 8.842/94, e trata sobre o Ministério da Educação na competência da União, no art. 8º. Deve elaborar proposta orçamentária, visando o financiamento de programas nacionais compatíveis com a PNI. Poucos exemplos na prática de manutenção de programas de educação federais. Quem efetivamente abraçou a educação para a terceira idade foram os Estados. Nem os municípios têm projetos e orçamentos para a Terceira Idade.

É no inciso III que a política versa sobre a UATI e outros programas voltados para a discussão sobre o envelhecimento humano.

III - na área de educação:

- a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;
- b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis do ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;
- d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;
- e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino à distância, adequados às condições do idoso;
- f) apoiar a criação de **universidade aberta para a terceira idade**, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas do saber;

A Lei 10.741 de 2003 (Estatuto do Idoso) traz direitos da pessoa idosa e deveres do Estado e das Instituições voltadas para a educação formal e não-formal da pessoa idosa. Esses direitos são normas gerais, que facultam às instituições a criar currículos específicos para determinado público, bem como metodologias e material didático. O que existe são as UATI numa luta incansável e num ideal “quixoteano” para promover a inserção social da pessoa idosa e levar uma melhora na qualidade de vida da pessoa idosa.

#### CAPÍTULO V

##### Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Todos os bens materiais que o ser humano possui têm um valor econômico, assim como os bens imateriais (saúde, felicidade, amor, respeito, conhecimento, etc.). Leva-se em conta a dialética entre produzir e consumir. A pessoa idosa pode ou não produzir, no sentido de ser potencialmente econômico ativo, mas certamente, é consumidora de bens tanto materiais quanto imateriais (DIAS, 2011).

### **3 MAPEAMENTO DAS UNIVERSIDADES ABERTAS À TERCEIRA IDADE: A EXPERIÊNCIA DA UATI**

As pesquisas demonstram duas influências europeias e uma inglesa, as experiências de Dumazedier com a Universidade do Tempo Livre, depois com Pierre Vellas, a Universidade da Terceira Idade de Toulouse, trazendo contribuições de três gerações, o início tímido em 1973, um ano depois, transformou num programa regular com cursos que duravam o ano inteiro, além da criação de “unidades-satélites” da Universidade em estações de verão (terapêuticas termais) e de inverno (esqui na neve). Pensou também naqueles idosos que ficavam em casa isolados e instituiu a Universidade Radiofônica da Terceira Idade (CACHIONI, 2003). A Universidade da Terceira Idade entra na terceira geração, com um perfil diferente das gerações anteriores de idosos, aposentados mais novos e escolarizados, exigindo cursos formais com créditos e diploma. Assim, os idosos deixam de ser meros receptores para produtores do conhecimento da pesquisa universitária. Participação, autonomia e integração foram os três eixos para elaboração do programa (CACHIONI, 2003), que no Brasil, a UNEB chama de Núcleos; e o Estatuto do Idoso se preocupa com o mental, espiritual, físico e emocional.

Não resta dúvida da vanguarda dos franceses, tanto na preocupação com a temática, como o planejamento, estrutura e controle das ações institucionais. Tanto que, em 1975 foi instituída a *Association Internationale des Universités du Troisième Âge* – AIUTA, que agrupa instituições universitárias, em qualquer parte do mundo, que contribuam para a melhoria das condições de vida dos idosos, para a formação, a pesquisa e o serviço à comunidade. Em 1981 eram 170 instituições associadas, e, em 1999 mais de 5 mil instituições agregadas (CACHIONI, 2003).

#### **3.1 EXPERIÊNCIAS PRECURSORAS INTERNACIONAIS**

Em França, Joffre Dumazedier (1976) ressaltou a participação ativa dos aposentados nas atividades de diferentes segmentos, profissional, familiar, sociocultural e sociopolítica, relacionada à minoria deles. Já para a maioria, o lazer significa o conjunto de atividades mais extenso e mais significativo dessa idade, que entrou completamente na fase do ócio, e o corpo responde com doenças, conseqüentemente, o valor da aposentadoria não cobre as despesas, influenciando na sua economia e comprometendo as necessidades básicas. Ele ainda divide em atividades atomizadas (descanso, férias, passeios, televisão, etc.) que seriam residuais às atividades nobres (trabalho e família). É exatamente assim que o povo brasileiro pensa e se comporta. Não há espaço para o lazer ou para o ócio, em oito horas de trabalho diárias, de 1 a 2 horas no trajeto entre residência e trabalho, além de alguma atividade de qualificação educacional para influenciar num trabalho melhor com perspectiva maior de ganho. Assim a criação da Universidade para o Tempo Livre foi a precursora para a Universidade Aberta à Terceira Idade.

De quais idosos está a se falar? Na década de 70 e 80, “idosos de classe média que habitavam «residências –luz», que «se distraem » nos «clubes da terceira idade» ou que se instruem nas «universidades da terceira idade»” (LENOIR, 1996, p.80)

Foi a partir do Relatório Laroque que teve início a implantação de uma política para a terceira idade, que preconizava a manutenção dos idosos no seu domicílio, defendendo uma vida activa, intelectual e fisicamente falando. No âmbito desta política surgiram diferentes equipamentos e serviços de apoio aos mais velhos, como os Centros de Dia, os Centros de Convívio, o Apoio Domiciliário e também se criaram condições para a emergência das Universidades da Terceira Idade (VELOSO, 2009, p. 10).

Como o modelo francês foi baseado num sistema universitário tradicional, outras nomenclaturas foram atribuídas à formação de novas Universidades, a exemplo, da Universidade para o lazer, Universidade para o Tempo Livre e Universidade Inter-idades, que ofereciam desde o acesso aberto e disponível a diferentes cursos universitários, grupos de estudo, oficinas de trabalhos, excursões e programas de saúde e de conteúdos, a exemplo da área de humanas e artes (CACHIONI, 2003).

Nasce em Cambridge, em 1981, o modelo inglês, que oportunizava aos frequentadores do programa a atuarem tanto como docentes quanto discentes, além do engajamento com pesquisa, tendo em vista que se trata de pessoas idosas com vasta experiência e conhecimento. Apresentava baixo custo, o acesso facilitado porque as atividades eram oferecidas em prefeituras, bibliotecas, centros comunitários, escolas, domicílios, além da flexibilidade de horários, currículos e métodos (CACHIONI, 2003). Na contemporaneidade, o mundo se divide entre esses dois modelos de Universidade da Terceira Idade.

Atualmente, em Coimbra, funciona a Universidade do Tempo Livre enquadrada-se na vertente cultural e na terapia ocupacional, apostando na realização pessoal, no relacionamento humano e na aprendizagem ao longo da vida. Essa Universidade é uma iniciativa da Associação Nacional de Apoio ao Idoso, que oferece as seguintes disciplinas: Alemão; Arqueologia; Cavaquinho-Ensino Instrumental; Conversas Filosofantes; Dançoterapia; Encadernação e Restauro de Livros; Encontros de Reflexão para uma Vida Melhor; Ginástica de Manutenção e Correção Postural; Hidroginástica; História da Arte; História da Cidade de Coimbra; História da Europa; História da Filosofia; História da Música; História de Portugal; História do Brasil; Informática – Aplicações Android; Informática – Internet ; Informática e Internet – Iniciação; Informática – Telemóveis Android; Inglês; Literatura Portuguesa; Pilates; Pintura; Religiões; **Minicurso/ Workshop:** Astronomia; Estado Novo; Guitarra; Horticultura; Informática – Fotografia e Vídeo Digital; Informática – Processamento de Texto Word; Jardinagem; Moda; Oficina do Teatro; Pensamento Integral; Treino Cognitivo; Xadrez. Como **atividades complementares: Palestras, Visitas Culturais, Espetáculos, Passeios e Convívios.**

Mais ao sul de Portugal, na região do Algarve, funciona a Universidade do Tempo Livre (UTL) no concelho de Castro Marim desde 2009. Pelas quatro freguesias do concelho, em diversas localidades, ocorrem cursos socioeducativos, envolvendo atualmente mais de 150 formandos. As áreas destes cursos vão desde as artes decorativas, o patchwork, a tapeçaria de arraiolos e os bordados à mão, ginástica de manutenção, informática. Existe, também, um curso designado de Atelier Medieval que ao longo do ano confecciona trajes adequados a utilizar no Evento Dias Medievais, proporcionando o aumento do espólio de trajes propriedade do Município. No total, funcionam 18 cursos em 10 localidades.

### 3.2 A UATI chega ao Brasil

Através do trabalho realizado pelo SESC – Serviço Social do Comércio – em São Paulo, sob a influência francesa na década de 60, ao fundar os primeiros grupos de Convivência e na década de 70, as primeiras Escolas Abertas para a Terceira Idade, que trabalhava com temáticas sobre envelhecimento, programas de preparação para aposentadoria, que o Estatuto do Idoso vai positivar como norma em 2003, atualização cultural, atividades físicas, de expressão e lazer (CACHIONI, 2003).

Em 1982, a Universidade Federal de Santa Catarina torna-se a primeira instituição de ensino superior no Brasil a pragmatizar o modelo francês e oferecer vagas na Universidade Aberta à Terceira Idade, uma educação permanente, não continuada, como uma proposta de curso de extensão, através do NETI (Núcleo de Estudos da Terceira Idade).

Dois anos depois, em 1984, surgiu o GAFTI - Grupo de Atividades Físicas para a Terceira Idade, numa iniciativa do Centro de Educação Física da Universidade de Santa Maria, que em 1994 se transformou em NIEATI – Núcleo Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade.

Em 1º. de abril de 1991 a UNISANTOS lançou cursos para a Terceira Idade, através do Projeto Universidade Aberta para a Terceira Idade, prestando, com isso, serviço à comunidade. Mais tarde, o Centro de Atividades de Extensão elaborou e implantou o Programa Permanente de Atualização oferecendo as disciplinas de Filosofia, Economia, Política e Artes, porque se verificou que a maioria dos alunos que frequentavam o programa tinha acima de 50anos.

É efetivamente na década de 90 do século XX, que as Universidades Abertas são expandidas pelos Estados-membros, a exemplo da Universidade Estadual de Ponta Grossa, em 1992, que cumpre com sua função extensionista, fundamentada na concepção de educação permanente, a Universidade Aberta para a Terceira Idade – UATI, sendo institucionalizada pela Resolução CA 56/97. As disciplinas oferecidas são: Sociologia, Filosofia, Psicologia, Direito, Previdência Social, História, Geografia, Relações humanas, Educação, Esoterismo, Política, Economia, Medicina, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Jornalismo, Turismo, Educação Física e Meio ambiente. Implantaram o Jornal UATI para informar sobre os eventos e atividades desenvolvidas pelo grupo. Implantado também o GUATI (Grêmio da Universidade Aberta da Terceira Idade) que tem várias atribuições, dentre elas, difundir o curso e promover atividades festivas e culturais, excursões, encontros com outros grupos de Terceira Idade.

A Universidade Aberta da Terceira Idade-UnATI da Universidade Estadual do Rio de Janeiro iniciou suas atividades em 25 de agosto de 1993, como núcleo da Sub-Reitoria de Assuntos Comunitários da UERJ e com um programa destinado à população com idade mínima de 60 anos, sendo as suas atividades inteiramente gratuitas.

A estrutura organizacional da UnATI.Uerj está disposta em uma Coordenação de Projetos de Ensino, um Centro de Convivência para idosos que oferece cerca de 50 Cursos/Oficinas livres por ano administrados por uma Coordenação Pedagógica, além de inúmeras atividades abertas como conferências, seminários, fóruns, workshops, palestras, encontros, grupos de estudos, rodas da saúde, aulas abertas, exposições, comemorações, festas temáticas, etc, promovidas pela Coordenação de Eventos Educativos e Socioculturais.

A Universidade de São Paulo (USP) inicia a UATI em 1994, com uma proposta de integração com os jovens alunos da graduação, além de oferecer cursos gratuitos às pessoas acima de 60(sessenta) anos, além de atividades culturais e desportivas. Em 2017, a USP ofertou 4.691 vagas divididas em disciplinas regulares, oferecidas nos cursos de graduação e atividades

complementares, que englobam cursos, palestras, excursões, práticas esportivas e didático-culturais.

A Universidade Federal de São Paulo inaugurou a UATI em 02 de agosto de 1999 e tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade de vida física e mental, abrangendo temas sobre saúde e noções gerais e atuais para a sua integração cultural e social. Possibilita ao idoso o aprendizado em áreas de interesse e a troca de informações e experiências com os jovens. São oferecidas informações básicas sobre saúde, temas para reciclagem de conhecimentos gerais tais como Direito, Psicologia, História da arte, Artes Plásticas, Oficina de Memória, Língua Portuguesa e Literatura entre outros.

Em Maringá, a UNATI/UEM foi criada em 14 de dezembro de 2009, como uma educação permanente, não-formal. Ela oferece a 400 alunos 40 cursos em diferentes áreas do conhecimento, organizados em seis eixos temáticos: Arte e cultura; Processos e procedimentos comunicativos; Saúde física e mental; Meio físico e social; Direito e cidadania; Humanidades.

## **METODOLOGIA**

O método foi o histórico-dedutivo, no sentido de investigar uma das políticas públicas que dão efetividade ao Direito à Educação das Pessoas Idosas, que representa a Universidade Aberta à Terceira Idade.

As técnicas de pesquisa foram levantamento de referencial teórico, desde a discussão sobre a nomenclatura “Terceira Idade” com Lenoir, e a criação das Universidades de Tempo Livre com Dumazedier, e Universidade da Terceira Idade, tanto no modelo Francês de Pierre Vellas, quanto no modelo de Cambridge, na Inglaterra. Com levantamento do descritor educação nos Planos Internacionais sobre Envelhecimento Humano, no Texto Constitucional, na Política Nacional da Pessoa Idosa e no Estatuto do Idoso. Depois foram coletadas informações sobre a UATI na Universidade do Estado da Bahia, além de entrevistas realizadas às técnicas da UNEB e às pessoas idosas que realizam atividades na UATI. As técnicas de pesquisa viabilizaram um mapeamento das UATI, de conhecer a História da UATI no Brasil, mas sobretudo de analisar a efetividade de uma política pública voltada para as pessoas idosas e do envolvimento social no processo de conscientização da necessidade de respeitar as pessoas idosas.

## **UATI NA UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA**

Criada em 1995, no município de Salvador/Bahia, como Grupo de Trabalho da Terceira Idade (GTTI), atendia a 60 pessoas idosas. Em 1998, esse grupo se transformou em Universidade da Terceira Idade, ampliando sua atuação e estendendo-a para o interior da Bahia. É um programa de extensão formal, atendendo às pessoas maiores de 60 anos, de qualquer nível socioeducacional, e tem como objetivo reinserir o idoso na sociedade para o pleno exercício da cidadania, por isso desenvolve ações educativas de caráter permanente, estimulando a reflexão sobre as diversas concepções da velhice na contemporaneidade.

Formada por uma equipe de docentes multidisciplinar, com profissionais formados em Pedagogia, Direito, Biologia, Psicologia, Nutrição, Enfermagem, dentre outros. O projeto pedagógico está baseado na Pedagogia Social, operacionalizado através de oficinas e vivenciais corporais e socioeducativas, no período de março a dezembro. As oficinas estão estruturadas em 4 (quatro) núcleos: teórico, de vivências corporais, trabalhos manuais e tecnologia e informação.

A UATI, a exemplo do que já fizeram outras instituições do país, segue a linha das políticas governamentais voltadas para a questão do idoso e tem o compromisso de intensificar ações que valorizem os saberes, desenvolvam competências e cultivem a heterogeneidades de ideias, incentivando desse modo, o sentimento de identidade e pertencimento (GUERRA, 2012, p.6).

O Núcleo Teórico propõe uma reflexão crítica sobre a realidade brasileira e mundial, uma análise sobre os conceitos de cultura e meio ambiente, agregando e produzindo conhecimento, colocando a pessoa idosa como participante ativa na construção de sua cidadania, através das oficinas de Saúde na Terceira Idade, Educação de Adultos, Caminhos da Bahia, Identidade e Memória, Nutrição na Terceira Idade, Meio Ambiente, Francês, Psicologia do Envelhecimento, Homem, Espaço e Sociedade, Inglês, Tecendo Rede de Saberes, Espanhol, Valorização do Idoso, Literatura Viva e Fisioterapia (GUERRA, 2012).

O Núcleo de Vivências Corporais integra corpo ao lazer, buscando melhorais físicas, psicossociais, desenvolvendo potencialidades e talentos para as artes através das disciplinas: Lazer e Qualidade de Vida, Dança de Salão, Coral, Dança Flamenca, Dança Moderna, Dança Regional, Yoga, Expressão corporal, Tai Chi Chuan, Dança do Ventre e Dança cigana (GUERRA, 2012).

O Núcleo de Trabalhos Manuais também desenvolve a arte através das habilidades já existentes em cada pessoa idosa, mas é sempre hora de aprender, através das oficinas de Artesanato Regional, Artes Plásticas, Mãos e Criação, Embalagem, Pintura em gesso e madeira.

Para inserir a pessoa idosa nas novas tecnologias, o Núcleo de Tecnologia e Informação tem essa missão, através das oficinas de Informática e Artes Visuais (fotografia e vídeo).

## A HISTÓRIA DA UATI DA UNEB - CAMPUS XX – BRUMADO

A UATI em Brumado – Campus XX da UNEB foi implantada e iniciou suas atividades em 05 de setembro de 2009, sob a coordenação das técnicas Aline Cristina Alves da Silva e Patrícia Adriana Silva Freire. Sua atuação é como um Programa de extensão universitária que atende a pessoas de ambos os sexos, em qualquer nível socioeducacional, cuja faixa etária seja igual ou superior a 55 anos, objetivando reinserção psicossocial, bem como auxiliar na saúde física e mental do idoso. Busca-se ainda uma integração dos idosos com a comunidade acadêmica.

O Programa, ao longo desses anos, já atendeu mais de 100 idosos. Em 2018 são 78 idosos matriculados, oriundos da própria cidade e povoados vizinhos, maioria feminina, com baixa escolaridade e renda em torno de 01 a 02 salários mínimos, sendo a mais velha com 86 anos de idade. Por isso as inscrições para as atividades são gratuitas.

Ao longo dos anos foram oferecidas várias oficinas, como hidroginástica, inglês, Pilates, Memórias, entre outras. Atualmente para melhor atender ao público alvo, a UATI oferece atividades dentro dos núcleos: **NÚCLEO DE INFORMÁTICA** ofertando a disciplina Introdução à Informática sendo ministrada por uma Técnica do Departamento; o **NÚCLEO TEÓRICO** ofertando a disciplina Direito do Idoso – Professor e alunos do Curso de Direito, com Eventos e palestras ao longo do ano; o **NÚCLEO CORPORAL** ofertando as disciplinas IOGA – Voluntária da comunidade externa; e Lazer e Qualidade de Vida – ginástica e dança: Alunos do Curso de Letras; o **NÚCLEO MANUAL** ofertando a disciplina Artesanato em geral – Voluntária da comunidade externa.

Em 2013, foi realizada a Oficina de “Memórias Biográficas” que resultou no livro “MEMÓRIAS: Histórias e Reminiscências de uma Geração”, organizado pela Professora Diná Fernandes e os alunos da oficina, que levantaram a história de Brumado a partir dos relatos dos idosos que vivenciaram/sabiam as mudanças que cidade passou a décadas.

Outras atividades são realizadas ao longo desses anos, a exemplo: Amostras dos trabalhos manuais (artesanato) em eventos do Campus XX; Apresentação de trabalho das coordenadoras do programa em eventos sobre Terceira Idade ao longo do ano, bem como Palestra das coordenadoras do programa em evento do Campus XX; Eventos anuais organizados pelas coordenadoras: aula inaugural e aula de encerramento; Miss e Mister UATI, Arraial Cultural da UATI, Viagem cultural, evento em comemoração ao dia internacional da pessoa idosa; I ENCONTRO DA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE E ENVELHECIMENTO ATIVO e diversas palestras ao longo dos anos.

Especial destaque ao evento Miss e Mister UATI, que causa um impacto muito positivo nos candidatos/idosos, principalmente no quesito autoestima. Eles se sentem valorizados e belos, o que traz benefícios para o bem-estar mental, social e familiar. As candidatas relatam como se sentem felizes e que nunca imaginaram ficar tão lindas e serem o centro das atenções por uma noite, sentem gratas e valorizadas. A família dá total apoio ao evento e percebe que a beleza está em todas as idades. Os ganhadores terão a oportunidade de concorrer ao Miss UATI Estadual, em Salvador.

Há parceiros para que a UATI fortaleça suas atividades, tais como: Parceria externa: desde 2013, o CREAS, órgão ligado à pessoa Idosa. Esse órgão oferece em outubro um encontro, o dia inteiro, com atividades diversas, em comemoração à pessoa Idosa. A UATI participa todo ano e sempre apresenta uma atividade cultural. Algumas instituições particulares sempre apoiam as atividades da UATI. A maioria das pessoas que oferecem oficinas são voluntárias e da comunidade externa. Parceria interna: O próprio Departamento é um grande incentivador da UATI de Brumado, buscando apoiar em todas as atividades realizadas; A PROEX também apoia em algumas atividades, como pagamento de dois instrutores, pagamento de 03 monitores de extensão (alunos do campus) e custeio de viagem dos coordenadores.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Aula de Ginástica e dança



Aula inaugural 2018 – Palestra sobre a saúde mental na Terceira Idade



Viagem cultural à cidade de Rio de Contas



Aula de Iniciação à informática



I Miss Uati



II Miss Uati



I Miss Uati



I Miss Uati

A Universidade Estadual da Bahia promove, para além da UATI, como um projeto de extensão voltado para as pessoas idosas, uma integração com discentes da graduação, pessoas da sociedade civil, através de palestras, aula magna, atendimento no Núcleo de Prática Jurídica e nos eventos proporcionados pelos cursos de graduação na Universidade, espaços de socialização intergeracional. Alguns exemplos demonstrados nas fotos: Foto 1: Aula Magna com oficina de Ikebana/Sanguetsu para equilibrar mente/corpo/espírito (2017.1). Foto 2: I Seminário de Práticas Jurídicas, Oficina de Direito dos Idosos, promovida pela Docente da UNEB e pelo Discente bolsista no projeto de Extensão (2018.1). Ambas as atividades foram realizadas no município de Brumado no Estado da Bahia.



Aula Magna de 2017.1 da UATI/Brumado



Docente e Servidora da UATI/UNEB

Vivência de Ikebana Sanguetsu na Uati de Brumado/Bahia (2017)



1º. Sejur (Seminário de Práticas Jurídicas) – Oficina de Direitos dos Idosos integrando os Idosos da UATI e os discentes do Bacharelado em Direito e da Licenciatura em Letras Vernáculas (2018)

Foi implantado o Jornal da UATI pelo projeto de extensão “Oficina de Direitos dos Idosos” para manter os idosos informados dos eventos, das atividades culturais, artísticas e de seus direitos. Bem como esse projeto iniciou na rádio local um espaço informativo e com perguntas ao vivo sobre “Direitos das Pessoas Idosas”, com a docente da UNEB Profa. Dra. Sheila Carregosa e o discente Samuel.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por diversas razões as pessoas idosas procuram o sistema de educação formal, primeiro para uma satisfação pessoal, que foi reprimida pela família, pelo casamento e pelos filhos; segundo pelas oportunidades que eram bem escassas; terceiro pela falta de mercado específico de determinada qualificação; quarto procurando um espaço de socialização, para não ficar sozinho; quinto para repensar numa existência de lutas, conquistas, derrotas, reconquistas, resiliência; sexto, como medo de morrer e ninguém sentir falta.

Ainda que pese serem muitos enfrentamentos, barreiras intransponíveis, principalmente quando não se é alfabetizado, mas o caminho da educação formal ou não-formal sempre apoiou a autonomia e iniciativa da pessoa idosa em começar, recomeçar, seguir adiante.

O conjunto normativo é importante, as discussões acadêmicas, políticas, mas se não tiver articulações regada de vontade ou reciprocidade de interesses, fica inviabilizada a implantação e permanência de oferta na educação.

Percebe-se que há um envolvimento dos Estados-membros, em fortalecer as Universidades Aberta da Terceira Idade, mas elas precisam de auto-sustentação econômica, mesmo com a oferta gratuita de cursos nas UATI de diversos Estado-membros, precisa também haver o envolvimento social no sentido de garantir a esses idosos um envelhecimento ativo e saudável.

Não resta dúvida de que a educação é tratada como um direito humano na perspectiva internacional, mais que isso, no âmbito interno é considerada como um direito fundamental, através da Carta Magna, de legislações específicas de âmbito nacional, mas tudo isso não é suficiente se o direito à educação não é garantido pela instituição.

Há um problema na comunicação entre os três poderes da união que vai impactar na execução de política pública voltada para a pessoa idosa, por isso, justifica-se ter várias legislações, recomendações, códigos. A sociedade brasileira deixa na invisibilidade a questão do envelhecimento humano.

Mas é através da pedagogia da educação mais pragmática, acessível, democrática, que se constrói uma verdadeira República, em que seu povo pensa, reflete, critica, constrói e respeita o alter, as diferenças.

## **REFERÊNCIAS**

ARIÉS, Phillipe. *Une histoire de la vieillesse? Entretien avec Phillipe Ariès. Communications*, 1981, 37, 47-56.

ATTIAS-DONFUT, Claudine. *Les Solidarités entre Générations. Vieillesse, Familles, État*. Paris: Nathan, 1995.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 05 de janeiro de 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm). Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 03 de outubro de 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm). Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil, de 1º outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: maio de 2018.

BRASIL. Lei n. 8.742/1993, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da União, 08 de dezembro 1993, p. 18.769. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm). Acesso em: maio de 2018.

CANCHIONI, Meire. *Envelhecimento Bem-sucedido e a Participação numa Universidade para a Terceira Idade*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação, Unicamp, 1997.

\_\_\_\_\_. *Quem educa os idosos?* Um estudo sobre professores de Universidades da Terceira Idade. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

COMPARATO, Fábio Konder. *A afirmação histórica dos direitos humanos*. 4. Ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

DEBERT, Guita Grin. *Velhice e o curso da vida pós-moderno*. In.: REVISTA USP, São Paulo, n.42, pp. 70-83, junho/agosto, 1999.

DIAS, Jefferson Aparecido. *Pessoas Idosas: Da Riqueza econômica à Riqueza Humana*. In.: Teoria Crítica dos direitos Humanos: in memoriam Joaquín Herrera Flores. Coord. Carol Proner, Oscar Correias. Belo Horizonte: Fórum, 2011.

DUMAZEDIER, Joffre. *Sociologia Empírica do Lazer*. Trad. Silvia Mazza e J. Guinsburg. 3.ed. São Paulo: Perspectiva: SESC,2008.

ESTATUTO DO IDOSO. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.

GUERRA, Sergio. *Os Caminhos da UATI*. Salvador: EDUNEB, 2012. Disponível em: <http://www.nuati.uneb.br/Os%20Caminhos%20da%20UATI%20REV%20RB%2029-08.htm>. Acesso em 25 de maio de 2018.

GUERRA, Sidney. *Direitos Humanos*. São Paulo: Saraiva, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados de 2017. Disponível na internet em: [www.ibge.gov.br/lojavirtual](http://www.ibge.gov.br/lojavirtual).

LENOIR, Rémi. *L'invention du troisième âge. Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 1979, pp. 26-27, 57-82.

\_\_\_\_\_. *Objet sociologique et problème social*. In P. Champanhe, R. Lenoir, D. Merllié & L. Pinto (Eds.), *Initiation à la Pratique Sociologique*. 2.<sup>a</sup> ed, Paris: Dunod, 1996, pp.51- 100.

Organização das Nações Unidas (ONU). Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento: Relatório da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Viena, Áustria; 1982.

Plano de ação internacional sobre o envelhecimento, 2002 / Organização das Nações Unidas; tradução de Arlene Santos, revisão de português de Alkmin Cunha; revisão técnica de Jurilza M.B. de Mendonça e Vitória Gois. – Brasília : Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/5.pdf>. Acesso em maio de 2018.

Universidade do Estado da Bahia/UATI. Disponível em: <http://www.uneb.br/tag/uati/>. Acesso em maio de 2018.

Universidade Estadual de Feira de Santana/UATI. Disponível em: <http://www.uefs.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=82>. Acesso em maio de 2018.

UNATI/UERJ. Conhecendo a UNATI. Gerência de Ensino, Pesquisa e Extensão. Rio de Janeiro. 2018.

UNATI/USP. Projeto Universidade Aberta à Terceira Idade. 2018.

Universidade do Tempo Livre de Coimbra. Disponível em <http://www.anai.pt/index.php?paggo=mostra.php&menu=311>. Acesso maio de 2018.

Universidade do Tempo Livre no concelho de Castro Marim. Disponível em: <https://cm-castromarim.pt/site/conteudo/universidade-do-tempo-livre>. Acesso em Maio de 2018.

VELOSO, Esmeraldina Costa. *Terceira Idade: Uma Construção Social*. In.: Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación. Vol. 17, (1,2), Ano 13º-2009, pp. 10-21, ISSN: 1138-1663.

## **REGISTRO DE CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS HOSPITALIZADOS POR HIPERTENSÃO E DIABETES: UM ESTUDO DOCUMENTAL**

Jonábia Alves Demetrio Amaral<sup>1</sup>  
Fabiola de Araújo Leite Medeiros<sup>2</sup>

### **RESUMO**

**Objetivo:** Descrever o registro do cuidado prestado a pessoas idosas que foram hospitalizadas por diabetes e hipertensão em um hospital do município de Campina Grande/PB. **Metodologia:** Estudo documental e descritivo com abordagem quantitativa, realizado em Alas Clínicas de um Hospital Público, no município de Campina Grande, PB, Brasil. **Resultados e Discussão:** De 55 prontuários, evidenciou-se que em relação a faixa etária 23 (41,81%) estavam entre 60-69 anos de idade, 14 (25,45%) entre 70-79 anos de idade, 15 (27,27%) entre os 80-89 anos de idade e três (5,45%) entre 90-99 anos de idade. A menção do termo idoso nas evoluções profissionais esteve presente apenas em 13 prontuários; destes, 27% foi citado na admissão, 9% dentre a evolução médica; 46% na evolução da enfermagem; 9% nos cuidados da fisioterapia; e os 9% restantes da nutrição. **Conclusão:** Há necessidade qualificação geronto e geriátrica entre profissionais da rede hospitalar do serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Idosos; Diabetes mellitus; Hipertensão; Saúde.

### **INTRODUÇÃO**

Conceitua-se o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que podem determinar perda de capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente. Do ponto de vista humano, é considerado um processo natural e inevitável que repercute sobremaneira nos hábitos utilizados por toda vida (SANTOS, et al 2008).

O termo envelhecimento populacional reflete no aumento demográfico de pessoas com idade igual ou maior de 60 anos, sendo considerada uma resposta de melhoria dos indicadores de saúde, especialmente relacionados à queda da fecundidade e da mortalidade precoce de crianças, jovens e adultos, além do aumento da esperança de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Neste contexto, o envelhecimento populacional poderia ser considerado uma real conquista brasileira, embora que ainda só não é de fato, pois o Brasil não se encontra preparado para enfrentar a demanda por serviços necessários à qualidade de vida dessa população, além dos altos índices de descontrole das doenças crônicas que são as principais fontes de incapacidades e mortes prematuras entre as pessoas que estão chegando aos 60 anos ou mais.

Considera-se então, que há diferenças significativas entre o processo de envelhecimento nos países desenvolvidos e nos em desenvolvimento, no Brasil, embora haja leis que preservam a saúde do idoso como a Política Nacional da Pessoa Idosa, não há evidências reais de que essa pauta seja prioridade no cenário social, haja vista, a precariedade do debate público em prol da concretude da promoção de vida e otimização de práticas mais saudáveis dentre a população, além da rede hospitalar e outros setores da saúde que não tem condição de atendimento digno a pessoa idosa (MORAES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Concomitante ao incremento populacional tem ocorrido dentre os índices epidemiológicos de padrão de adoecimento no Brasil, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, em decorrência das modificações etárias e da própria urbanização que tem gerado determinantes sociais distintos no padrão de adoecimento das pessoas. Embora ainda haja índices significativos das doenças infectocontagiosas, as doenças crônicas degenerativas têm se apresentado em números cada vez mais frequentes dentre a epidemiologia das doenças no Brasil, e por isso, surge à preocupação de estudiosos sobre como garantir longevidade com qualidade (FRANCISCO et al, 2010; VERAS, 2009).

As condições crônicas tendem a se manifestar de forma mais significativa na idade mais avançada estando, frequentemente, associadas à comorbidades. Mesmo que não sejam fatais, essas condições podem gerar um processo incapacitante dos idosos, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades de vida diária de forma independente, comprometendo significativamente a qualidade de vida dessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Dentre doenças crônicas não transmissíveis que mais acometem as pessoas idosas no Brasil, destacam-se o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Tais condições aparecem em qualquer idade, porém em pessoas idosas, há uma maior tendência devido aos maus hábitos alimentares ao longo da vida, fatores genéticos, além de mudanças sociocomportamentais que contribuem para os níveis crescentes de prevalência, mortalidade, incapacidades funcionais e complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O termo diabetes se refere a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado pela hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou ação da insulina. Um levantamento de casos de diabetes no Brasil demonstrou que 21,6% dos brasileiros acima dos 65 anos referiram a doença e 80% dos casos das pessoas com Diabetes são portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013; FRANCISCO et al, 2010).

Por outro lado, a Hipertensão Arterial Sistêmica se refere à condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. Associa-se a alterações funcionais no coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos e alterações metabólicas, com consequente aumento de riscos e eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (VENTURA, MENDONÇA, COUTO, 2015).

O aparecimento das doenças crônicas e suas complicações são o que mais comprometem precocemente a capacidade funcional da pessoa idosa. Gera implicações importantes para o indivíduo, família, comunidade e sistema de saúde, uma vez que as incapacidades ocasionam maior vulnerabilidade, fragilidade e dependência na velhice (ELIOPOULUS, 2011). O cuidar da pessoa idosa é uma prática que permite prestar assistência à saúde, sem que esta interfira na geração de dependência. É compreender que para promoção de saúde a esse grupo populacional, uma das metas é estabelecer a postergação das incapacidades funcionais (independência) e autonomia associada à longevidade (MORAES, 2012; JACOB FILHO, 2014).

Tendo em vista que, as complicações do diabetes e da hipertensão interferem na capacidade funcional das pessoas que são portadores dessas doenças, assim como, partindo do pressuposto que a pessoa idosa tem suas singularidades no processo de adoecimento e reabilitação, surge a intenção de um estudo baseado em experiência empíricas e observação cotidiana em ambiente hospitalar, sobre a demanda do cuidar da pessoa idosa em ambiente hospitalar. Desse modo, o estudo parte das seguintes questões norteadoras: *Como é descrito o cuidado à pessoa idosa hospitalizada por diabetes e hipertensão? Há menção da idade no contexto do cuidado hospitalar?*

Com base nesses questionamentos, o objetivo desse estudo foi: descrever o registro do cuidado prestado às pessoas idosas que foram hospitalizadas por diabetes e hipertensão em um hospital público do município de Campina Grande/PB.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo documental e descritivo de abordagem quantitativa. Analisaram-se os prontuários das pessoas idosas hospitalizadas no período da coleta de dados. O objeto de análise foram os registros dos cuidados prestados pelos profissionais que acompanharam tais idosos na internação vigente.

A pesquisa foi realizada em duas Alas Clínicas de um hospital público, de porte médio, situado no município de Campina Grande/PB. A coleta de dados foi realizada entre os meses de abril a junho de 2016.

A amostra foi do tipo censitário e constituiu-se de 55 prontuários de idosos, que se encontrava em internação no período da coleta de dados. Critérios de inclusão: ser prontuário de uma pessoa idosa, com causa de internação de diabetes e/ou hipertensão. Não houve critérios de exclusão.

Para coleta dos dados se utilizou um instrumento estruturado com as seguintes variáveis: número de admissões de pessoas idosas com diabetes e hipertensão, número de profissionais de saúde envolvidos com o cuidar dessas pessoas, formação desses profissionais, menção de termos envolvidos no processo do cuidar da pessoa idosa (idoso, aposentado, incapacidade funcional, capacidade funcional, geriatria, gerontologia, avaliação das atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida, mobilidade prejudicada, autonomia, independência).

Os dados foram criteriosamente selecionados e analisados. A análise dos dados numéricos foi realizada por meio do programa SPSS for Windows versão 11.0, sendo o mesmo solicitado ao departamento de matemática e estatística da Universidade Estadual da Paraíba; e foi usado também o programa Microsoft Office Excel 2003.

O projeto foi desenvolvido levando em consideração os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, preconizado na Resolução CNC466/12 (BRASIL, 2012). Sua aprovação pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento as condições éticas estabelecidas pelas resoluções supracitadas, recebeu protocolo CAEE de n. 53763915.6.0000.5187.

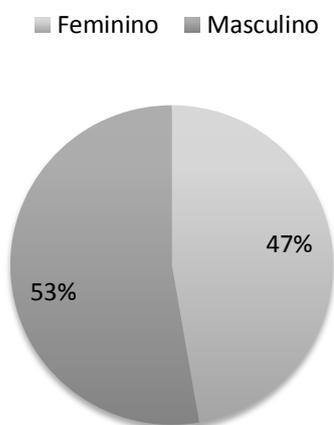
## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante o período da coleta de dados, estiveram internados 154 pessoas idosas. Dessas, 55 (35,7%) foram admitidas por diabetes e/ou hipertensão arterial sistêmica num período de 01 de abril a 30 de junho de 2016, equivalendo-se a três meses consecutivos.

Esses dados corroboram com estudos sobre doenças crônicas e envelhecimento populacional: evidencia-se que no Brasil, há uma expressiva e crescente demanda aos serviços de hospitalização admissões de pessoas com mais de 60 anos de idade, por causa da diabetes e/ou a hipertensão arterial sistêmica (SILVA, 2015; BARRETO, 2015).

Dos pacientes com 60 anos ou mais, 26 (47%) eram do sexo feminino e 29 (53%) do sexo masculino, ressaltando que a prevalência de internação por complicação nas doenças crônicas foi maior no sexo masculino (GRÁFICO 01).

## Classificação do Sexo



**Gráfico 1: Classificação do sexo de idosos hospitalizados nas alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de março a maio de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Tendo em vista, a notável afirmação que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres, devido os mesmos serem vistos como o provedor da família e como uma criatura que não foi muito criada para se cuidar, vários estudos comprovam que os homens sofrem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres, como também morrem mais precocemente do que elas. (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; ALBANO; BASÍLIO; NEVES, 2007).

Um estudo sobre os porquês que o sexo masculino não procura tanto os serviços de saúde, se configuram nas amarras culturais que tem dificultado as práticas de autocuidado dentre a população masculina na medida que o homem é visto como viril, invulnerável e forte, procurar o serviço de saúde, numa perspectiva preventiva, poderia associá-lo à fraqueza, medo e insegurança. Os serviços de saúde também são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as

próprias campanhas de saúde pública não se voltam para este segmento. Tudo isso estimula que a adoção do cuidado com a saúde masculina na vida adulta, fortaleça o processo de uma educação para que a evolução etária desse adulto para o ser idoso possa acontecer de maneira mais tranquila em relação aos processos de hospitalização (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Sendo assim, verifica-se a necessidade urgente, do preparo de profissionais de saúde tanto na geriatria, quanto na saúde do homem, para que a internação hospitalar nesse público seja menor, e conseqüente a postergação e até diminuição de incapacidades perante a cronicidade e envelhecimento humano.

Na investigação sobre a ocorrência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes melittus (DM), verificou-se pelos dados obtidos e expostos na Tabela 01, que os maiores índices maiores 27(49,0%) das internações foram para pessoas idosas de ambos os sexos internados por Hipertensão e em associação com outras patologias.

Dessa forma, dos dados obtidos nos prontuários de idosos hospitalizados houve a evidência de que a hipertensão arterial sistêmica associada a outras levaram pessoas idosas a se hospitalizar mais do que a diabetes mellitus.

**Tabela 01: Distribuição do sexo de pessoas idosas hospitalizadas versus causas de internação por Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

<b>Sexo/Causas de internação</b>	<b>HAS e/ou outras</b>	<b>DM e/ou outras</b>	<b>HAS + DM</b>	<b>HAS + DM + OUTRA</b>	<b>Total</b>
<b>Feminino</b>	13(23,6%)	02(3,7%)	03(5,4%)	08(14,5%)	26(47,3%)
<b>Masculino</b>	14(25,4%)	07(12,7%)	01(1,8%)	07(12,7%)	29(52,7%)
<b>Total</b>	<b>27(49,0%)</b>	<b>09(13,4%)</b>	<b>04(7,3%)</b>	<b>15(27,6%)</b>	<b>55(100%)</b>

Fonte: pesquisa documental

Com relação à faixa etária das pessoas idosas registradas nos prontuários, dos 55 prontuários analisados, 23 (41,81%) estavam entre a faixa etária de 60-69 anos de idade, 14 (25,45%) entre 70-79 anos de idade, 15 (27,27%) entre os 80-89 anos de idade e três (5,45%) entre 90-99 anos de idade.

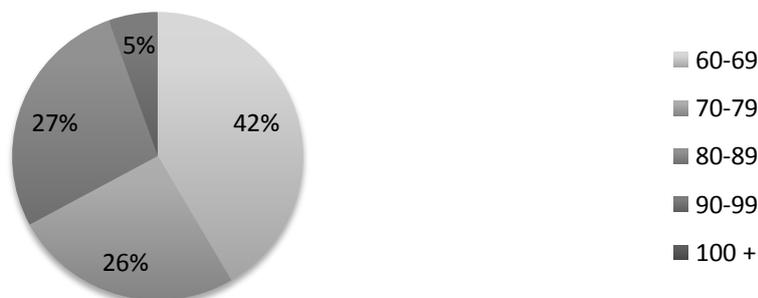
A relação entre hipertensão arterial e envelhecimento, pode ser justificada por modificações estruturais do próprio corpo que envelhece e se desgasta: os grandes vasos e as

arteríolas aumentam sua espessura da parede, com redução da sua luz, pois há aumento do componente colágeno e diminuição do componente elástico, dentre os aspectos biológicos e a processo do envelhecer, dependendo do organismo e suas condições de saúde, vão reduzindo a capacidade do funcionamento eficiente ao longo da vida. Alterações fisiológicas relacionadas à massa muscular cardíaca levemente aumentada com a idade podem transcorrer para um trabalho cardíaco menos eficiente (WORLD, 2013).

Dessa maneira, na hospitalização há o que se preocupar com a pessoa idosa que se interna por hipertensão, pois deve-se atentar para a quantidade de apoio relacionado aos cuidados domésticos, para que o mesmo sendo portador de doença crônica cardiovascular, não retorne em breve ao hospital, por causas de reajuste de terapia. A avaliação multidimensional desde a hospitalização servirá de parâmetro para prevenção de incapacidades, promoção de saúde e planejamento de cuidados contínuos extra a hospitalização. Seria muito mais benéfico, a pessoa idosa ser vista, com olhar geriátrico dentre as recomendações de internação hospitalar, considerando que a prevenção de incapacidades talvez acontecesse a partir daí. Além, de que trabalhar no enfoque gerontológico e geriátrico envolveria ações mais humanizadas e integradoras do ponto de vista do que é dito na contemporaneidade como incentivos ao hospital amigo do idoso (COUTINHO, 2015; GONÇALVES, 2012).

O Gráfico 02 demonstra as morbidades por faixa etária que acometem os idosos, dos 55 prontuários analisados, 23 (41,81%) idosos sofrem de alguma morbidade na faixa etária de 60-69 anos de idade, 14 (25,45%) idosos no período de 70-79 anos de idade, 15 (27,27%) idosos no período de 80-89 anos de idade e 3 (5,45%) idosos sofrem de alguma morbidade entre 90-99 anos de idade.

## Morbidades por faixa etária



**Gráfico 2: Classificação etária das hospitalizações de idosos hipertensos e diabéticos no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no período de março a maio de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Ao analisar com maior detalhamento tais dados, percebe-se que a pessoa idosa portadora de hipertensão e/ou diabetes já apresenta desde então, maior risco de internação hospitalar por tais doenças. Um dos fatores de risco para hospitalização e hipertensão arterial são pessoas acima dos 60 anos de idade, conforme estudos realizados por Barreto e Marcon (2013).

Os idosos, principalmente no Brasil, apresentam taxas de hospitalização bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários em outros países; além de uma taxa de permanência hospitalar mais prolongada; e isso ocorre devido às comorbidades que esse grupo etário está exposto, além da não adesão aos regimes terapêuticos determinados quando da presença de doenças crônicas não controláveis. Estudos apontam a necessidade de ação de prevenção e promoção de saúde ao grupo etário, com estímulos cada vez mais voltados ao estilo de vida saudável e controle e monitoramento das doenças (COUTINHO, 2015; ALKIMIN, 2012).

Dessa forma, percebe-se que levar em consideração as modificações relacionadas à idade colabora no plano de ação a saúde da pessoa idosa de maneira mais eficaz, considerando as particularidades da faixa etária.

Os dados podem ser associados a média da expectativa de vida no Brasil que é de 73 anos, onde ressalta-se que é o foco inicial das procuras médicas para se adequar as alterações vindas com o avançar da idade (WOLD, 2013).

A Tabela 02 demonstra a correlação entre faixa etária e as causas de internação, sendo possível observar que a faixa etária entre 60-69 anos de idade é a de maior percentual 23(41,9%) e a hipertensão esteve mais prevalente entre os 60-69 anos com valor de 11(20,0%) e 10(18,1%) entre os 70-79 anos. Verificou-se que numa população de noventenários, havia evidencia de três (5,4%) idosos nesse perfil. Verificou-se também, que com uma ou mais patologias de base associada a Hipertensão e diabetes, dos 55 prontuários analisados, 15 (27,4%) apresentaram tal situação. E a faixa etária mais acometida nesse agrupamento foi entre 60-69 anos 10(18,1%).

**Tabela 02: Distribuição da faixa etária de pessoas idosas hospitalizadas *versus* causas de internação por Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, no período de abril a junho de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

<b>Idade/Causas de internação</b>	<b>HAS e/ou outras</b>	<b>DM e/ou outras</b>	<b>HAS + DM</b>	<b>HAS + DM + OUTRA</b>	<b>Total</b>
<b>60-69</b>	11 (20,0%)	01(1,8%)	01(1,8%)	10(18,1%)	23(41,9%)
<b>70-79</b>	10(18,1%)	02(3,6%)	01(1,8%)	01(1,8%)	14(25,4%)
<b>80-89</b>	06(19,9%)	03(5,4%)	02(3,6%)	04(7,3%)	15(27,3%)
<b>90-99</b>	-	03(5,4%)	-	-	03(5,4%)
<b>Total</b>	27(49,0%)	09(16,3%)	04(7,3%)	15(27,4%)	55(100%)

Fonte: pesquisa documental

Um dos pontos analisados nos prontuários, foi se havia menção de termos que conceituam a idade do indivíduo, ou seja, se havia menção de termos como *idoso, aposentado, capacidade funcional, dependência, independência, autonomia*: termos que referendam que o profissional consegue enxergar as nuances da maturidade humana, dentro dos aspectos conceituais que norteiam o envelhecer. Acreditando-se que está presente na escrita profissional, nas evoluções clínicas, tais denominações, o profissional de saúde observa com mais presteza as necessidades e não só a causa da internação em si relacionada a doença, mas a questão da idade e suas necessidades de saúde.

No Brasil, um dos grandes desafios para a atenção a saúde do idoso diz respeito a formatação dos serviços das redes de atenção a saúde, há uma necessidade de rever as estratégias de ação segundo as necessidades da população, para garantia da saúde e qualidade

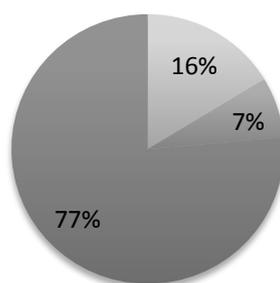
de vida, dentro do que preconiza o Pacto pela Saúde. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo criou um Programa de Selo intitulado Hospital Amigo do Idoso (GONÇALVES, 2012), com fins de elencar uma proposta de cuidado que enfoque as necessidades da faixa etária que cresce consideradamente aqui no Brasil e no mundo.

Percebe-se que as doenças crônicas associadas ao avançar da idade, tem ocasionado o maior índice de hospitalização entre essa população, e que, portanto, torna-se essencial estabelecer que o hospital se adeque as necessidades da pessoa idosa, como sugestão de um dos pré-requisitos essenciais para a melhoria da qualidade assistencial no processo de hospitalização (GONÇALVES, 2012).

Dessa forma, o Gráfico 03 demonstra que dos 55 prontuários que foram analisados, apenas 9 (16,36%) dispunha da menção da palavra *idoso*, quer seja no ato da admissão ou nos cuidados dos profissionais. E um novo achado foi acerca da menção da palavra *aposentado* ao se referir à pessoa idosa, abrangendo 4 (7,27%) dos 55 prontuários. Verificou-se que dos 55 prontuários, 42 (77%) não fazia nenhuma menção ao indivíduo idoso, ao envelhecimento, funcionalidade e/ou fragilidade da pessoa idosa, analisando em todo registro, as ações de evolução, considerando o estado de saúde frente à doença que o levara a internação.

## Menção de palavras que abordem o envelhecimento

■ Idoso ■ Aposentado ■ Sem menção



**Gráfico 03: Menção de palavras (idoso, aposentado) que remetam ao envelhecimento em prontuários das Alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de março a maio de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

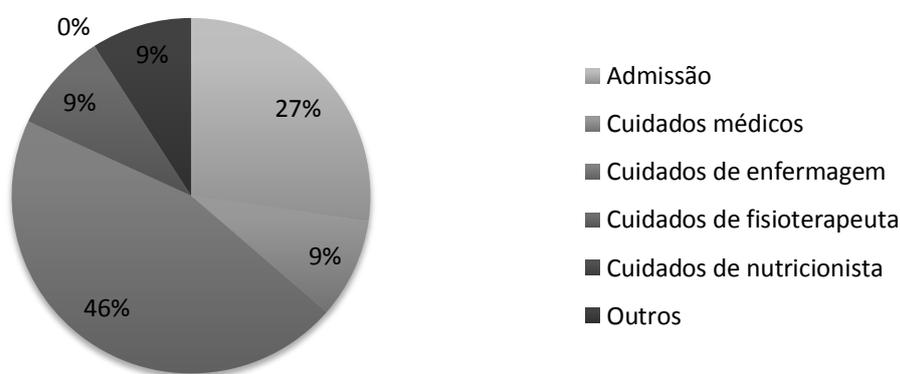
Há uma necessidade urgente de preparação e formação de profissionais que saibam lidar do cuidado a pessoa idosa que se hospitaliza. A efetividade do cuidado ao idoso portador, principalmente de cronicidade, no âmbito hospitalar, exige dos profissionais a habilidade e a capacidade de planejar as ações de cuidado em conjunto com o idoso e sua

família, considerando suas particularidades e a multidimensionalidade (GONÇALVES, TOURINHO, 2012; MENEZES, AMARAL, SILVA, ALVES, 2016).

Dentre a literatura gerontogeriatrica, há exposição que as iatrogenias comuns que acometem os profissionais e as pessoas idosas, estão relacionadas a negligências no ato da ação em saúde. Esses são citados como principalmente, não visualizar a pessoa idosa dentro das suas especificidades, relacionadas principalmente a avaliação da polifarmácia, escolha de recursos terapêuticos e indicações de internações e cirurgias. A negligência e o ageísmo podem gerar riscos potenciais de iatrogenias, uma vez que a equipe de profissionais (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, dentre outros) precisa atentar-se para observação corriqueira de condições de fragilidade e de dependência, que deem suporte ao período de internação como para educação pós-alta. Além do mais, riscos comuns podem ser visualizados e avaliados na internação hospitalar ou em qualquer ponto do atendimento ambulatorial, como a própria literatura enumera: polifarmácia, asfixias e infecções pelo uso de sondas de alimentação, restrição ao leito, aspirações; cateteres venosos centrais e marca-passos, que podem gerar infecções e lesões em tecidos subjacentes; cateteres venosos periféricos, que podem gerar risco para dores, flebites, sangramentos e trombozes; sondas vesicais de demora, que ocasionam frequentemente em idosos, infecções, obstruções e bacteremias; drenagens posturais, toracocenteses e abdominocenteses, que geram dores; cirurgias que poderão causar delirium; entre outros tão importantes como as úlceras por pressão (MORAES, 2012).

Foi verificado que dos 13 prontuários que citaram uma menção relacionada com a faixa etária de idoso no Brasil, 27% foi na admissão, 9% na escrita médica de evolução; 46% da escrita da enfermagem; 9% dos cuidados prestados na evolução da fisioterapia; e o 9% restantes entre nutricionista (GRÁFICO 04).

### Momento em que as palavras que remetem ao envelhecimento são mencionadas



**Gráfico 04: Momento em que os profissionais mencionavam palavras que remetam ao envelhecimento em seus cuidados prestados nos prontuários das Alas C e D do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) no período de março a maio de 2016, n=55, Campina Grande/PB, Brasil.**

Ao analisar todos os 55 prontuários não houve menção de avaliação da capacidade funcional e da fragilidade do idoso, ou grau de dependência física no apoio as necessidade e a execução das atividades de vida diária. Fato esse, a ser elencado como essencial na assistência ao idoso, no que compete iniciativas de preocupação com a função cognitiva, motora, de humor e de realização das atividades diárias. Sabe-se que atuar junto ao processo de envelhecimento na atualidade, remete a intenção de postergação das incapacidades físicas e mentais como fonte de geração de dependência. Moraes (2012) cita que são dois os pontos de avaliação da funcionalidade que a equipe de saúde deverá pautar na assistência a pessoa idosa: a avaliação da autonomia (relacionada a cognição e humor) e independência (relacionada a mobilidade e movimento). E que mesmo em ambiente hospitalar, mencionar nas evoluções e nas prescrições de medicina, enfermagem, fisioterapia e outros, consiste na melhor atuação frente a idade e ao potencial de autocuidado e/ou do sistema de apoio a pessoa idosa, no caso da família e cuidadores.

Em nenhum dos prontuários, verificou-se registro de avaliação da capacidade funcional e da fragilidade do idoso, ou grau de dependência física ou avaliação de apoio as necessidades e a execução das atividades de vida diária. Fato esse, a ser elencado como essencial na assistência ao idoso, quer seja no ambiente doméstico e/ou hospitalar, uma vez que essas condutas inferem na melhoria do cuidado a pessoa idosa.

Dentre os profissionais que estiveram envolvidos no registro dos cuidados nos prontuários analisados, verificou-se que: a grande maioria foi de médicos e da equipe de enfermagem. Destaca-se que dentre as especialidades médicas, 11 (20%) dos prontuários continham carimbo de médico especialista em Geriatria (Geriatra). Esse fato pode indicar que o hospital já sente a necessidade de um especialista em geriatria na prestação dos cuidados a pessoa idosa. No entanto, observou-se que não houve a permanência desse especialista como médico que acompanhasse a internação desses usuários, pois sua avaliação foi registrada apenas uma vez em cada prontuário, e foi evidenciado também que esse profissional só fora chamada para dar o parecer em indivíduos mais longevos, os octagenários e noventenários. Deste modo, torna-se evidente a importância de um acompanhamento geriátrico na hospitalização da pessoa idosa.

A saúde da pessoa idosa induz trabalhar com enfoques diversos que incluam a saúde em si, no que diz respeito as patologias de base, a Clínica médica e Cirúrgica, porém, não tem como trabalhar a saúde da pessoa idosa sem acrescentar as nuances próprias da idade, como também o incremento da avaliação multidimensional que além da clínica, inclui principalmente a avaliação funcional. A avaliação funcional é que definirá a autonomia e a independência do idoso em relação ao seu potencial de autocuidar-se, autogerir sua sobrevivência. Esse enfoque permite que a saúde e o cuidado sejam efetivados em qualquer ambiente, principalmente o institucional (MORAES, 2012).

O presente estudo perfaz uma análise essencial entre a hospitalização de pessoa idosas por hipertensão e/ou diabetes, quando ao analisar essas causas de internação perante o registro de profissionais que assiste a essas pessoas em ambiente hospitalar, tem se preocupado muito no atendimento biomédico do que a proposta de um atendimento multidimensional no que envolve o cuidado a pessoa idosa em tempos de envelhecimento populacional. Entende-se que a dinâmica de internação hospitalar requer a habilidade profissional da equipe de saúde em recuperar o corpo doente em relação a doença que o trouxe a instituição. Porém, resgata nessa pesquisa, um movimento em prol de visualização da pessoa idosa em ambiente hospitalar, que seja vislumbrado as necessidades de curar ou cuidar da doença/doente, porém levando em consideração suas necessidades humanas de restauração da saúde, principalmente quando

envolvido no cuidado às pessoas idosas, onde a avaliação da capacidade funcional interferirá sobremaneira na qualidade de vida e recuperação da doença.

Há uma necessidade urgente de preparação e formação de profissionais que saibam cuidar da pessoa idosa que se hospitaliza. A efetividade do cuidado ao idoso portador, principalmente de cronicidade, no âmbito hospitalar, exige dos profissionais a habilidade e a capacidade de planejar as ações de cuidado em conjunto com o idoso e sua família, considerando suas particularidades e a multidimensionalidade (GONÇALVES, 2012; TAVARES, 2013). Esse estudo se voltou para a dinâmica de portadores de hipertensão e/ou diabetes por compreender que essas doenças crônicas são controláveis e que para a pessoa idosa, há o que se avaliar em especial para evitar as complicações, incapacidades, fragilizações e recidivas de internações por descontroles dessas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados do presente estudo revelaram que a hipertensão foi mais evidente que a diabetes como causa de internação entre o grupo de prontuários de pessoas idosas avaliados.

Observou-se que urge a necessidade de profissionais capacitados em gerontogeriatría que deem conta as necessidades biológicas, psico e sociais das pessoas em tempos de envelhecimento populacional, principalmente frente as doenças não transmissíveis que podem ser controladas como hipertensão e diabetes. A reestruturação de uma internação voltada a pessoa idosa, poderá induzir a redução de recidivas de internação por esses agravos, assim como melhora a assistência a pessoa idosa hospitalizada e seus cuidadores.

As limitações do estudo estiveram relacionadas há pouca escrita dos profissionais de saúde que resumem sua assistência com termos técnicos e muito voltados ao diagnóstico clínico. Outra limitação foi que a realização da pesquisa foi feita em apenas uma instituição hospitalar, havendo necessidade de um estudo *a posteriori* que inclua também outras estratégias como a entrevista a profissionais, pacientes e acompanhantes, para avaliação do cuidado prestado. Porém, esse estudo arguirá novas propostas de atuação no âmbito hospitalar no que se refere ao cuidado às pessoas idosas e a luta por Hospitais Amigos dos Idosos.

Conclui-se também que há necessidade de incentivo a formação gerontogeriatrica para profissionais de saúde em ambiente hospitalar, para que haja compreensão de todas as modificações, sejam fisiológicas ou emocionais que o acompanham nessa fase do seu ciclo vital, além da avaliação da funcionalidade global que servirá de subsídio ou para o

autocuidado do próprio idoso, ou para auxiliar nos cuidados domiciliares aos cuidadores, quando houver dependência física do cuidar de idosos.

## REFERENCIAS

ALBANO, B. R.; BASÍLIO, M. C.; NEVES, J. B. Desafios para a inclusão dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde. **Revista de Enfermagem Integrada**, v.3, n. 2, 2010.

ALKIMIN, G. **Decreto nº 58.047 de 15 de maio de 2012, cria Programa Selo de Hospital Amigo do Idoso. São Paulo: SP.** Governo do Estado. Disponível em:  
[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage/abaixo-banner/selo-hospital-amigo-do-idoso/folder\\_hospital\\_revisao\\_12.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/cidadao/homepage/abaixo-banner/selo-hospital-amigo-do-idoso/folder_hospital_revisao_12.pdf).

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**. V.18, n.1, p.325-39, 2015. Disponível em:  
<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092/18731>.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. RESOLUÇÃO Nº 466/12 DE PESQUISA COM SERES HUMANOS. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: DIABETES MELLITUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

COUTINHO, M. L. N.; SAMÚDIO, M. A; ANDRADE, L. M.; COUTINHO, R. N.; SILVA, D. M. A. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. [internet]. **Rev Rene**.v.16, n.6, p.908-1005, 2015. Disponível em:  
<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324043261020.pdf>

ELIOPOULUS, C. **Enfermagem Gerontológica**. 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

FRANCISCO. P. M. S. B; BELON, A. P; BARROS, M. B. A; CARANDINA, L; ALVES, M. C. G. P; GOLDBAUM, M; CESAR, C. L. G. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Caderno de Saúde Pública [internet]**.v.26, n.1, p.175-184, 2010. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100018)

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>

GONÇALVES, L. T. H.; TOURINHO, F. S. **Enfermagem no cuidado ao idoso hospitalizado**. Barueri, SP: Manole, 2012.

JACOB FILHO, W. ; SILVA, F. P.; FARIAS, L. L.; MIRANDA, R. B.; LIN, S. M.; SILVA, T. J. A. **Manual de terapêutica não farmacológica em geriatria e gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2014.

MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

SANTOS, A.S.R; SOUZA, P.A; VALLE, A.M.D; CAVALCANTI, A.C.D; SÁ, S.P.C; SANTANA, R. F. Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: Um estudo retrospectivo. **Texto Contexto Enferm [internet]**. v.17, n.1, p.141-149, 2008. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100016)

SILVA, E. F.; PANIZ, V. M. V.; LASTE, G.; TORRES, I. L. S. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: Um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.4, p.1029-1040, 2013. Disponível em:  
<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/download/16706/pdf>

SILVA, J. V. F.; SILVA, E. C.; RODRIGUES, A. P. R. A.; MIYAZAWA, A. P. A. Relação entre envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Ciências biológicas e da saúde**. v.2, n.3, p. 91-100, 2015. Disponível em:  
<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/viewFile/2079/1268>.

VENTURA, M. M; MENDONÇA, L. P; COUTO, T. V. **Cuidado integral ao idoso hospitalizado**. São Paulo: Zagondoni, 2015.

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev Saúde Pública [internet]**.v.43, n.3, p.548-554, 2009. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>.

TAVARES, J.; SILVA. A. L. Obstáculos no cuidado às pessoas idosas hospitalizadas: percepções de enfermeiros(as). **Revista Kairós Gerontologia**.v.16, n.3, p.21-39, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18520/13709>.

WOLD, G. **Enfermagem gerontológica**.5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES SOBRE A PRÁTICA DIÁRIA DO CUIDADO<sup>1</sup>

Renato Novaes Chaves<sup>2</sup>  
Elaine dos Santos Santana<sup>3</sup>  
Alessandra Souza de Oliveira<sup>4</sup>  
Luciana Araújo dos Reis<sup>5</sup>

### RESUMO

O processo de envelhecimento promove diversos tipos de modificações, e uma das principais alterações que os idosos vivenciam passa pelo campo da dependência funcional. Quando o idoso necessita de auxílio, quem geralmente assume o cuidado permanente é um membro da família, na forma do cuidador familiar. Nessa perspectiva, este estudo tem como objetivo: compreender as RS dos idosos e de seus cuidadores familiares sobre o cuidado no contexto da dependência. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Foi realizado no Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitações, com 21 idosos e seus cuidadores familiares, escolhidos com base nos critérios de elegibilidade. Foram utilizados como instrumentos de coleta dos dados, o índice de Katz, a escala de Barthel, o Mine Exame do Estado Mental, um questionário sociodemográfico e de condições de saúde e duas entrevistas semiestruturadas para os idosos e outra para os cuidadores familiares. Foi utilizado o método de codificação e categorização temática com auxílio do *software* da DSCsoft®, versão 2.0. Os resultados apontam para perfis nos quais há uma tendência de feminização da velhice, bem como dos familiares que prestam cuidado ao idoso. As RS perpassam por uma dimensão corporal, diária e de cuidados domésticos, reforçadas pela imposição do cuidado, desgaste do cuidador. Considera-se que valorizar as RS que estão envolvidas no cuidado domiciliar, com o olhar voltado aos cuidadores e idosos, permitiu compreender de forma multidimensional e interdisciplinar a dinâmica das relações familiares no contexto da dependência funcional.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Representações Sociais, Cuidadores Familiares, Assistência Domiciliar.

### INTRODUÇÃO

As projeções do IBGE (2013) para o ano de 2025 preveem que o Brasil poderá ter sua população de idosos estimada em 32 milhões de habitantes. É nesse cenário que emergem debates sobre o envelhecimento populacional, que pode ser um grande desafio tanto para a

<sup>1</sup> Artigo extraído da Tese de Doutorado intitulada: O CUIDAR EM FAMÍLIA: memórias e representações sociais de idosos e seus cuidadores familiares no contexto da dependência funcional.

<sup>2</sup> Doutor pelo curso de Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – BA, [mrc\\_novaes@hotmail.com](mailto:mrc_novaes@hotmail.com);

<sup>3</sup> Doutoranda do Curso de Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – BA, [elaine\\_137@hotmail.com](mailto:elaine_137@hotmail.com);

<sup>4</sup> Doutoranda do Curso de Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – BA, [bahiale23@yahoo.com.br](mailto:bahiale23@yahoo.com.br);

<sup>5</sup> Prof.<sup>a</sup> Orientadora. Doutora pelo Curso de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – RN, [lucianauesb@yahoo.com.br](mailto:lucianauesb@yahoo.com.br);

saúde como para a formulação de políticas públicas, principalmente no Brasil, onde há desigualdades sociais, como também para as diferentes áreas do conhecimento (ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013).

Esse processo de envelhecimento promove diversas tipos modificações, sejam elas fisiológicas, físicas, psicológicas ou comportamentais (MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015). E, uma das principais alterações que os idosos vivenciam passa pelo campo da dependência funcional, entendida aqui como a limitação no desempenho das atividades diárias, quando o idoso passa a depender de cuidados permanentes (LOUREIRO et al., 2014).

Nesse panorama, quando o idoso adquire uma dependência funcional, quem geralmente assume o papel do cuidado permanente é um membro da família, muitas vezes sem a formação específica (OMS, 2015). Dessa forma, o cuidador familiar fica sujeito a uma sobrecarga relacionada ao cuidado prestado, e a qualidade deste, por sua vez, está ligada ao modo como o cuidado é realizado, e à forma como o cuidador enxerga o idoso e a atividade do cuidar.

Entende-se por cuidador aquele que oferece o cuidado, podendo ser um membro da família ou não, com ou sem remuneração e sem formação específica (BRASIL, 2006a; OMS, 2015). No entanto, esta pesquisa tem abordagem voltada ao cuidador familiar, ou seja, aquele que é um membro da família e não recebe remuneração para exercer o cuidado ao idoso.

Destarte, Bosi (1994) entende o envelhecimento como uma categoria social, na qual há uma significativa importância na relação que se estabelece entre o idoso e sua família, principalmente no que tange à construção de representações sociais. A autora afirma que "[...] se, como dizem, a comunidade diferencia o indivíduo, nenhuma comunidade consegue como a família valorizar tanto a diferença de pessoa a pessoa" (BOSI, 1994, p.425).

A família, por sua vez, também é considerada como grupo social que influencia e é influenciada por outros indivíduos ou outras esferas sociais, e que constroem Representações Sociais (RS), entendidas, em Moscovici (2003), como a forma pela qual os indivíduos expressam seus pensamentos e com estes são criados os significados sobre qualquer coisa, fenômeno, acontecimento etc. Logo, é nesse sentido que emerge a pertinência deste estudo, que se referenda no panorama de mudanças das dinâmicas familiares com o advento da dependência funcional, uma vez que a família exerce forte influência na formação do indivíduo e nos valores sociais.

Sendo assim, propõe-se um diálogo com as ciências sociais, ancoradas principalmente na abordagem cultural e dimensional das RS, propostas respectivamente por Jodelet e

Moscovici. Dessa forma, o estudo traz importantes contribuições para os campos das RS e da saúde, bem como alarga a compreensão do objeto em questão.

Nessa perspectiva, ao recorrer às RS dos idosos e de seus cuidadores familiares para entender o ato de cuidar, a partir dos significados dados por eles, esta pesquisa lança mão de um olhar sobre a reprodução de um cuidado que pode ser desqualificado, uma vez que os cuidadores familiares não exercem uma atividade formal. Assim, emerge uma discussão acerca dos efeitos da sobrecarga, que são danosos para a saúde do cuidador e do idoso. E coloca-se em evidência uma população de idosos e cuidadores familiares que merece destaque especial na sociedade, no campo da ciência, e de sua inserção, como agentes de transformação no processo saúde-doença.

Nesse sentido, investigar o cuidado no contexto familiar oportuniza dar voz aos idosos com dependência funcional e seus cuidadores familiares. E o uso das RS que eles têm sobre o fenômeno estudado contribui para entender como as práticas do cuidado são realizadas. Considerando o exposto, surgiram as questões que norteiam a abordagem da problemática: Quais são os significados atribuídos à prática diária do cuidado por idosos com limitação funcional e seus cuidadores familiares? E para isso tem-se como objetivo compreender as RS dos idosos e de seus cuidadores familiares sobre o cuidado no contexto da dependência.

Para tanto, tem-se como aporte teórico-metodológico o uso Teoria das Representações Sociais. Para Jodelet (2001, p.17), é por meio das RS que “tratamos de fenômenos observáveis diretamente ou reconstruídos por um trabalho científico”. Assim, o campo da TRS tem sido tomado como campo conceitual e metodológico na construção de pesquisas.

Recorrer a TRS se justifica por esta ser uma importante estratégia, também metodológica, para o estudo com pessoas idosas e seus cuidadores familiares, pois permite compreender, dentro do grupo familiar, como são construídas e partilhadas as RS sobre o cuidado ao idoso no contexto da dependência funcional. Assim, conforme afirma Jodelet (2001), a construção de uma dada realidade está pautada nas experiências que são construídas socialmente.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa e fundamentada na teoria das RS. Foi realizada na cidade de Vitória da Conquista – BA, que está situada na região Sudoeste do estado, cerca de 510 km da capital da Bahia. No município há um total de 42 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que 22 unidades estão na zona

urbana, e 20 na zona rural, e todas são contempladas com o Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitações (PAMDIL), *locus* do estudo, em funcionamento desde 2009 na cidade e atende idosos cadastrados nas UBS e que, por alguma limitação, não tem condições físicas de se deslocar para a UBS.

A escolha do PAMDIL se deu por este ser considerado o único programa que atende idosos com dependência funcional, de abrangência municipal e vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O programa é destinado ao atendimento desses idosos com limitações, e que possuam dificuldades de locomoção e deslocamento para atendimento nas UBS.

Fizeram parte deste estudo os 21 idosos com dependência funcional e seus respectivos cuidadores familiares, que foram escolhidos por critérios de elegibilidade. Para os cuidadores familiares, a inclusão se deu por ter algum grau de parentesco com o idoso, ter mais de 18 anos de idade, sem restrição quanto ao gênero ou estado civil, e que fosse o principal responsável pelo cuidado ao idoso e não recebesse remuneração para o cuidado.

Para os idosos, objetos do cuidado, o critério para inclusão foi ter idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos; residir na mesma casa do cuidador; apresentar algum grau de dependência nas ABVD ou AIVD, conforme o índice de Katz e de Lawton-Brody; e ter estado cognitivo preservado para a entrevista, conforme o Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Foram usados três instrumentos para seleção dos participantes, o índice de Katz avalia a dependência funcional para as ABVD. É composto por seis categorias, consideradas as mais básicas, tais como banhar-se, vestir-se, ir ao banho, transferência, continência e alimentação (APÓSTOLO, 2012). A escala de Lawton-Brody que busca identificar o nível de condição funcional do indivíduo a partir das AIVD, tais como cuidados pessoais, cuidados domésticos, trabalho e recreação, compras e dinheiro, locomoção, comunicação e relações sociais (APÓSTOLO, 2012).

O MEEM que é um teste rápido, composto por 11 itens de fácil aplicação que avalia as funções cognitivas do indivíduo. E para a coleta dos dados, foram usadas duas entrevistas, uma para o idoso e outra para o cuidador familiar, e um questionário sociodemográfico e de condições de saúde para ambos (BRASIL, 2007).

O Questionário para caracterização sociodemográfica e condições de saúde, composto por 13 questões para estabelecer o perfil econômico, demográfico e problemas de saúde dos participantes. As entrevistas, que foram elaboradas duas, sendo uma para o idoso e outra para o cuidador familiar, e eram compostas por seis perguntas. As entrevistas centraram-se nos

aspectos do cuidado, tanto para o idoso, objeto do cuidado, como para o cuidador familiar, quem executava este cuidado.

A estratégia metodológica para a análise das entrevistas foi feita com base no método de codificação e categorização temática proposta por Gibbs (2009). Essa é uma forma de indexar o texto para estabelecer uma estrutura de ideias temáticas em relação ao conteúdo estudado. Também fez uso do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que “é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social” (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013, p. 129).

O DSC foi desenvolvido por Lefevre e Lefevre (2003) e tem como base formar um discurso-síntese a partir dos vários discursos em uma entrevista, desde que estes tenham sentido e se assemelhem.

A análise junto ao DSC só é possível a partir do uso do *software* DSCsoft 2.0, que se trata de um programa criado para auxiliar os pesquisadores que usam a técnica do DSC em seus estudos qualitativos. É um recurso informatizado, que serve de instrumento para organizar, tabular e analisar uma grande massa de depoimentos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003). Esse *software* ajuda na tabulação dos depoimentos de forma simples e organizada, permitindo a criação de um discurso síntese, bem como facilitando a interpretação dos resultados qualitativos.

O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no dia 20 de dezembro de 2016, sob o parecer nº 1.875.418.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiro, partindo da premissa de que para melhor compreender as RS é necessário conhecer quem o representa, apresenta-se os resultados do perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos e de seus cuidadores familiares. Nesse sentido, na distribuição do perfil sociodemográfico dos idosos, é possível constatar que há predomínio de idosos longevos (n=11), do gênero feminino (n=17), viúvos (as) (n=10), alfabetizados corresponderam (n=16), com mais de 5 filhos (n=11) e católicos (n=14), renda familiar entre um a dois salários mínimos (n=18), sendo a principal fonte de renda a aposentadoria (n=18). Em relação à moradia, a maior parte dos idosos corresidem com 1 a 3 pessoas (n=12). No tocante à saúde, todos (n=21) relataram ter algum problema. E desse total, têm Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (n=10).

Na análise dos resultados sociodemográficos dos idosos pesquisados, os dados corroboram as estatísticas nacionais frente ao envelhecimento populacional. Os estudos de Rosset et al. (2011), Silva et al. (2012), Moliterno et al. (2012), Mirandola e Bós (2015) e Loureiro et al. (2014) apontam que o sexo feminino predomina entre os idosos pesquisados e sobre a idade, os longevos são maioria, evidenciando o aumento do número de mulheres e de indivíduos que ultrapassam os 80 anos nessas pesquisas.

A distribuição do perfil sociodemográfico dos cuidadores familiares dos idosos, apresenta um predomínio de adultos (n=12), do gênero feminino (n=19), casados ou com união estável (n=10), com ensino fundamental (n=11), profissão referente a serviços domésticos (n=10) e religião evangélica (n=11). Sobre o vínculo familiar com o idoso, a maioria é filho (a) (n=9) e relatou ter a HAS, como problema de saúde (=10), seguido de DM (n=8).

Esses resultados também refletem o cenário nacional, pois corroboram as pesquisas nacionais sobre cuidadores familiares de idosos. Os estudos apontam que o perfil dos cuidadores familiares de idosos é, em sua maioria, representado por mulheres adultas, com baixa escolaridade, geralmente filhas e com problemas de saúde (ARAÚJO et al., 2013; FACHINELLO, SANTOS, FARLER, 2011; ANJOS et al., 2014; ALMEIDA et al., 2018).

A cerca das RS dos idosos e seus cuidadores familiares estão apresentadas em duas categorias analíticas: Práticas diárias que estimulam a independência funcional e Práticas diárias que reforçam a dependência funcional. Nesse sentido, percebe-se que os idosos e seus cuidadores guardam singularidades acerca das RS que atribuem à prática do cuidar. Esse cenário demonstra que, em ambas as categorias, as práticas do cuidado estão sendo orientadas pelas RS, ou seja, o significado que é atribuído ao ato de cuidar pelo idoso é corroborado pelo seu cuidador familiar.

É importante considerar que as RS, dos idosos e seus cuidadores familiares sobre o cuidado, revelam uma relação mútua entre eles, não apenas pautadas no vínculo familiar, mas por onde as RS emergem e ganham força. Assim, desvelar que significados são atribuídos à prática do cuidar, nessa relação, ajuda a entender a compreensão de cuidado a partir de uma construção social.

Ferreira (2016), ao estudar as contribuições das RS para as pesquisas de cuidado em saúde e enfermagem, afirma que essa teoria, quando aplicada aos estudos sobre cuidado, oportuniza interpretar que representações são atribuídas a essa categoria, pois as narrativas nos conduzem para entender os comportamentos que são escolhidos por esses indivíduos no processo de cuidar.

[...] a aplicação da TRS nos estudos sobre o cuidado permite ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus afetos e seus processos de conhecer e agir frente ao mundo, nos ajudando a melhor conduzir o cuidado num plano terapêutico mais bem assentado na lógica do “outro”, que é para quem o cuidado se destina (FERREIRA, 2016, p.214).

Assim sendo, estão expostas a seguir duas categorias analíticas que permitirão subsidiar a discussão sobre as práticas diárias do cuidar a partir da perspectiva de quem executa o cuidado, o cuidador familiar, e de quem é objeto do cuidado, o idoso com dependência funcional.

### **Práticas diárias que estimulam a independência funcional**

Nessa categoria analítica, é possível perceber no DSC dos idosos que eles têm um desejo de independência funcional, que foi verbalizada quando questionados sobre como se sentem recebendo o cuidado diário. Já os cuidadores familiares mantêm uma singularidade com essa narrativa, uma vez que em seu DSC sobressai a noção de que as práticas diárias do cuidar, que eles executam, estimulam a independência funcional do idoso.

Essa prática do cuidar, realizada pelo cuidador familiar e percebida pelo idoso com dependência funcional, revela que o ato de cuidar está sendo orientado pela RS que é atribuído a ele. Nesse sentido, percebe-se que o idoso, ao verbalizar sobre como se sente diante da prática do cuidar, anseia pela independência funcional, e o seu cuidador familiar, ao executar a ação, dá ao idoso a possibilidade de autonomia funcional, conforme visto a seguir:

#### DSC IDOSOS:

*A família cuida bem sim, dá tudo o que eu preciso. Mas era melhor se eu dependesse só de mim mesmo. Eu não gosto de tá toda hora dando trabalho não. Eu queria ter força e saúde pra levantar e ir fazer minhas coisas só. Eles faz tudo aqui, eu sinto as vezes meio triste né? Por que eu queria mesmo era fazer tudo sozinha, eu gostaria de não precisar, de eu mesma fazer. Hoje tudo é diferente né. Preciso da ajuda pra quase tudo, porque tem hora que eu quero fazer as coisas e não posso. Ai eu chamo ela e ela vem e faz.*

#### DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Eu ajudo ela em tudo dentro de casa, por que algumas ela consegue fazer e outras eu só ajudo mesmo. Ela tem discernimento de tudo, mas precisa de ajuda mesmo assim. A parte de higiene dela, de vestir, de ir no banheiro, eu só ajudo, e mesmo assim quando ela pede. Ajudo*

*no banho, os remédios ele também sabe qual que ele necessita. O café ela toma só, aí eu faço almoço, e ela almoça, ela come só. Mas assim, ela lúcida né, graças a Deus. Falo com ele pra ir para sala, depois peço pra ir lá pra fora, para tomar um sol. Mas ele tem muita resistência em manter a rotina diária, mas eu fico chamando pra tudo e mandando ele fazer. Eu preciso estar perto pra ir mandando ela fazer. Eu observo tudo para vê se tá sentindo alguma coisa. A parte financeira ela não cuida por que não sai mais. Mas fora de casa eu faço tudo, faço compras, pago conta, vou na farmácia, marco exame, levo no médico. Eu que vou no banco, pego a aposentadoria dela, vou no mercado.*

O cuidador familiar é peça fundamental na execução do cuidado ao idoso com dependência funcional. Este desempenha um papel importante para a reabilitação do idoso diante de suas necessidades físicas cotidianas. É ele quem deve orientar, executar, observar, proporcionar bem-estar e ficar atento à saúde do idoso. Contudo, salienta-se que, para a independência física do idoso, é primordial que o cuidador estimule e incentive a sua autonomia.

E é nessa abordagem que essa categoria analítica está pautada, pois o DSC dos cuidadores familiares revela que há um estímulo para a independência funcional do idoso nas práticas diárias do cuidado. E esse estímulo contribui para que o idoso tenha desejo por uma autonomia funcional, visto no DSC dos idosos. Essas representações revelam o quão relevantes são as relações que se estabelecem entre o cuidador familiar e o idoso, pois o cuidado praticado diariamente contribui para a melhora do estado de saúde do idoso e minimiza a sobrecarga do cuidador familiar.

As RS, vistas nos DSC dos idosos e seus cuidadores familiares, reforçam a teoria de Moscovici (2009) de que este é um saber do senso comum, elaborado por cada indivíduo nos bastidores de sua mente. Essas RS formulam as práticas dos indivíduos e grupos sociais, por meio da fala, da comunicação, dos gestos, dos conhecimentos partilhados e contribuem para reforçar as relações sociais, bem como criar novos saberes que orientam a prática diária do cuidado.

Entender a teia que constrói os DSC, nessa relação da prática do cuidado, é a condição para se alcançar as RS. Estas, por sua vez, alimentam as práticas que, por consequência, conduzem à produção de outras RS, como um ciclo. A esse respeito, Ferreira (2016) afirma que,

As Representações Sociais unem o sujeito ao objeto, o pensamento à ação, a razão à emoção, o individual ao coletivo; logo, estudar o cuidado pela via

das representações sociais abre inúmeras possibilidades de compreensão não somente das ações dos sujeitos no âmbito da saúde, mas dos sentidos que eles atribuem a essas ações em face dos contextos em que elas são produzidas, justificando suas opções frente às realidades que se lhes apresentam (FERREIRA, 2016, p.214).

A rigor, ao analisar os DSC desses indivíduos, é pertinente salientar que o cuidado recebido pelos idosos é considerado por eles como algo bom, mas, mesmo assim, há o desejo pela independência funcional. E, analisando o DSC dos cuidadores familiares, observa-se que emerge a palavra “ajudo” em detrimento da palavra “faço”, assim, percebe-se que a prática do cuidado realizado é feito na perspectiva de estimular a autonomia funcional do idoso.

Nessa relação familiar de compartilhamento de RS sobre as práticas diárias do cuidado, o processo rotineiro pelo qual o cuidar se constitui é a base em que essas representações são construídas, tanto pelos idosos como pelos seus cuidadores familiares, conforme já descrito por Moscovici (2009) e Jodelet (2009).

No entanto, essa relação de cuidado, produtora de significados e RS, está ancorada numa prática informal, não remunerada e despreparada, que se torna um desafio para o cuidador familiar, e também para o idoso. Conforme Oliveira et al (2016, p.367), “o cuidado no domicílio traz à família e ao paciente alguns desafios psicológicos e adaptação ambiental”. Essa realidade pode gerar, para o cuidador familiar, estresse e sobrecarga física e emocional; e, para o idoso, um sentimento de culpa e pesar por não conseguir ajudá-lo nesse processo.

Por outro lado, na contramão dessa realidade, com base nos DSC dos idosos e seus cuidadores familiares, observa-se que eles têm RS sobre o processo de cuidar em que há o respeito à limitação do idoso e o estímulo a sua autonomia. O anseio pelo desejo de autonomia é verbalizado pelo idoso e o estímulo à independência é entendido a partir das narrativas dos seus cuidadores.

Dessa forma, o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006b) determinam que o cuidado ao idoso deve ser orientado e realizado de modo a garantir a autonomia do idoso, estimulando o autocuidado e sua independência, com respeito e preservação da integridade física, moral e mental.

No entanto, vale salientar que o cuidado realizado por entes familiares assume um caráter interpessoal, no qual os laços sanguíneos ditam o relacionamento entre eles. Dessa forma, se por um lado as RS dos cuidadores familiares e dos idosos atribuídos à prática do cuidar pautam-se nos significados da independência funcional, por outro é possível dizer que este vínculo existe pelos seus contextos de vida.

Foi pensando assim que Leininger (2002, p.48) desenvolveu sua teoria de que o cuidado está vinculado à diversidade e universalidade cultural, pois “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam o cuidado de maneiras diferentes, apesar de haver pontos comuns no cuidado de todas as culturas do mundo”.

De acordo com a autora, as práticas do cuidado estão relacionadas com diversos fatores que influenciam o modo como o cuidado é praticado pelo ser humano. Para ela, a cultura de cada lugar, bem como a política, religião, ambiente, gênero, visão de mundo, economia, entre outros, também são elementos que podem interferir na prática do cuidado.

### **Práticas diárias que reforçam a dependência funcional**

Em oposição à categoria discutida no tópico anterior, nessa categoria o DSC dos idosos e de seus cuidadores são compostos por um discurso no qual a prática do cuidar reforça a dependência funcional. Para os idosos, o cuidado recebido é tido como uma forma de retribuição, e para os cuidadores familiares a prática diária do cuidar é executada de modo a garantir todos os cuidados necessários para o idoso, ou seja, é um exercício rotineiro de cuidado em que não há estímulo para a independência funcional do idoso.

As RS que compõem o DSC dos idosos demonstram um sentido de continuidade da dependência física, pois eles sentem que o cuidado que recebem diariamente é visto como uma obrigação ou retribuição que o cuidador tem, uma vez que este já foi cuidado por ele quando criança, logo, agora é sua vez de retribuir ao cuidado recebido.

E o DSC dos cuidadores familiares reforça essa RS sobre as práticas do cuidar, pois eles dizem que realizam todas as atividades que os idosos não conseguem mais fazer, e há uma espécie de conformismo nessa situação, bem como se evidencia uma possível sobrecarga para o cuidador, conforme se observa a seguir.

#### *DSC IDOSOS:*

*Eu me sinto orgulhoso né, por que eu tenho minha filha que cuida de mim. Eu criei, dei de tudo, foi eu que cuidei deles tudo, dei educação e ensinamento pra isso, pra eles me ajudar no que eu preciso hoje. E é ela quem olha, quem toma conta de mim. Mas tem que cuidar mesmo né, eu cuidei deles tudo quando era nova. Eu lutei pra todo mundo chegar onde chegou, isso aí que entra na minha memória e não sai nunca! Então eles têm que cuidar. Quando você cai numa certa idade e aí você fica ruim de saúde, aí o que acontece é esse tipo de coisa.*

DSC CUIDADORES FAMILIARES:

*Minha rotina tipo é muito puxada. Os cuidados pessoais dela eu que faço, por que ela não consegue mais. Eu acordo e já vou tirar a fralda dela, levar para o banho, lá no banheiro ela senta e eu ajudo a lavar tudo, passo hidratante e ajudo a vestir. Cuido dela da hora de acordar até a hora de dormir, faço tudo. Não consegue mais pentear o cabelo, nem escovar dente, nem comer, ela antes fazia, mas depois foi decaindo e parou. É uma tarefa diária e intensa. E na cama quando ela senta, tem que botar os pés dela em cima da cama. A comida eu que dou também. Passar creme nas pernas. A questão toda de mãe é questão de ficar só, ela não gosta de ficar sozinha. Sento um pouquinho, converso com ela. A rotina é pesada, o dia todo cuidando dela, dando atenção, e limpando, dando banho, dando almoço e janta. Fico o dia todo cuidando mais dela, pra ver se precisa trocar, dar banho, essas coisas. Eu cuido da hora do café até a hora de dormir eu faço tudo aqui pra ele. O que ela precisa a gente faz a responsabilidade mesmo é minha.*

Diante desses dois DSC apresentados acima, percebe-se que o idoso e seu cuidador familiar guardam RS que se completam nos discursos. Mais uma vez, têm-se aqui RS que orientam as práticas do cuidar, pois os idosos delegam todo o cuidado ao seu cuidador familiar, e ainda consideram isso uma obrigação. E os cuidadores familiares garantem que todo o cuidado seja realizado, pois absorvem esse sentimento de retribuição do cuidar.

Sendo assim, o fato de ter recebido cuidados no passado faz com que o cuidador se comprometa, no presente e para o futuro, com a retribuição do cuidar, como obrigação ou forma de pagamento pelo que recebeu outrora. Mazza e Lefevre (2005) salientam que o ato de cuidar requer do cuidador resiliência, boa vontade e a necessidade de olhar o outro no sentido de conhecê-lo, mas também de conhecer a si mesmo enquanto agente da ação.

Para Waldow (2004), é preciso conhecer como a família exerce as práticas do cuidar ao idoso com dependência, pois o cuidado é oferecido de acordo com as experiências de cada indivíduo. Nesse sentido, há no cuidado familiar uma espécie de relação de dependência, na qual o ente familiar cuida do mesmo modo como foi cuidado, e o idoso espera receber o mesmo cuidado que fora dispensado por ele em outros tempos.

Essa relação de dependência, expressada pelo idoso e corroborada pelo seu cuidador, pode trazer várias consequências para ambos. Ao idoso é prejudicial para a sua independência e autonomia na realização de seu próprio cuidado, bem como para a sua tomada de decisão frente às atividades diárias. O cuidador, por sua vez, tem maior desgaste físico, psíquico e

emocional, maior sobrecarga, pois redobram sua atenção com relação ao outro, pois estão sempre além de suas capacidades para realizar o cuidado.

Nesse sentido, Araújo et al. (2011) salientam que o cuidado nessas condições pode resultar em uma situação de prejuízos que vem acompanhados por resultados insatisfatórios tanto na vida do cuidador como na condução da prática do cuidar.

Resultados de pesquisas sobre a saúde do cuidador familiar refletem essa realidade árdua e desgastante do cuidado integral a idosos com dependência funcional e sua relação com a sobrecarga biopsicossocial vivenciada pelo cuidador (GONÇALVES et al., 2011; GRATÃO et al., 2013; ROCHA; SOUZA; ROZENDO, 2013; LOUREIRO et al., 2014; SANTANA et al., 2018; BLANCO et al., 2019).

Como exemplo, ressalta-se aqui duas pesquisas recentes, uma realizada na cidade de Caculé – BA (SANTANA et al., 2018) e a outra na comunidade autónoma de Galícia – Espanha (BLANCO et al., 2019). Ambas avaliaram a sobrecarga que os cuidadores familiares estão expostos frente ao cuidado com idosos dependentes funcionais. Apesar de serem pesquisas feitas em países diferentes, elas demonstram que a prática diária do cuidar é uma tarefa que gera desgastes para o familiar que assume a responsabilidade do cuidado.

Numa outra perspectiva, o estudo de Hedler et al. (2016) a respeito das RS de cuidadores familiares de idosos sobre o cuidado revelou que a sobrecarga física e emocional vivenciada pelo cuidador está relacionada com o significado social atribuído ao cuidado.

Além de ser uma tarefa motivada por normas sociais, o cuidador se sente cumpridor de uma obrigação social e moral em que predomina um dever de reciprocidade, necessidade de evitar o sentimento de culpa e uma relação empática e afetiva entre o cuidador e o idoso (HEDLER et al., 2016, p.144).

Mais que uma simples tarefa diária, cansativa e desgastante, o ato de cuidar também assume uma função social, uma vez que extrapola a extensão dos cuidados corporais. O cuidado também está pautado numa construção cotidiana, mediante relações afetivas entre os entes familiares, bem como da relação com a sociedade e os contextos históricos, por exemplo (HEDLER et al., 2016).

É nesse sentido que a memória também se insere, pois ela pode conduzir lembranças baseadas na família, enquanto grupo social. Nesse caso, o cuidado é tido como uma tradição, uma vez que os mais jovens foram cuidados pelos mais velhos. Halbwachs (2004) aponta que as lembranças podem ser reconstruídas a partir das vivências nos grupos sociais. Para o sociólogo francês, é possível que um indivíduo crie representações do passado em função das percepções de outras pessoas.

Nessa pesquisa, é possível perceber que os mais jovens (cuidadores familiares) têm na construção de suas narrativas um sentimento de dever para com os mais velhos (idosos dependentes funcionais). É dessa forma que estes últimos repassam para os cuidadores a perpetuação de uma representação, cujo cuidado recebido por eles deve ser *a posteriori* dispensado aos mais velhos.

No entanto, é preciso considerar que a tarefa do cuidar não pode ser vista apenas do ponto de vista da obrigação. É preciso que haja um compromisso com o familiar que é cuidado, mas também consigo mesmo. Caso contrário, a tarefa ficará desgastante para o cuidador e não estimulará a autonomia do idoso, perpetuando, assim, a dependência funcional em detrimento da independência.

Nesse sentido, os resultados apresentados corroboram as ideias de Jodelet (2001), ao afirmar que as RS são construções sociais partilhadas e elaboradas socialmente, a partir da interação social que os indivíduos estabelecem.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando todo o exposto, a composição sociodemográfica e as condições de saúde dos idosos dependentes funcionais permitem dizer que há predominância de mulheres, longevas, viúvas, alfabetizadas, com mais de cinco filhos, católicas, vivendo com renda familiar de um a dois salários mínimos, fruto da aposentadoria, que corresidem com uma a três pessoas na mesma casa e apresentam HAS como principal problema de saúde.

No tocante aos cuidadores familiares, o perfil sociodemográfico e as condições de saúde apontaram para predomínio de mulheres, adultas, casadas ou com união estável, com ensino fundamental, realizando serviços domésticos como profissão, de religião evangélica, sendo filhas dos idosos dependentes, e a HAS foi o problema de saúde mais assinalada por eles.

Com relação os significados atribuídos às práticas diárias do cuidado, os resultados apontaram que as RS perpassam por uma dimensão corporal diária e de cuidados domésticos, que se vinculam ao estímulo da independência ou do reforço da dependência funcional dos idosos. Nesta configuração ressalta-se que ambos os DSC apresentados têm singularidades, uma vez que as RS dos idosos com dependência e de seus cuidadores familiares se complementam. Esta realidade faz inferir que as RS sobre o fenômeno estudado são construídas e partilhadas a partir da relação de cuidado que se estabelece entre idosos e cuidadores familiares.

Destarte, valorizar as RS que estão envolvidas no cuidado domiciliar, com o olhar voltado aos cuidadores e idosos, permitiu compreender de forma multidimensional e interdisciplinar a dinâmica das relações familiares no contexto da dependência funcional. Nessa perspectiva, as RS se configuram como um legítimo objeto de estudo, pois englobam as histórias de vida num contexto social. Como discutido anteriormente, elas são formas de conhecimento prático, construídas com a interação social a partir dos grupos sociais dos quais os indivíduos se constituem.

Enfatiza-se a importância da continuidade da pesquisa envolvendo tanto o envelhecimento, a dependência funcional e o cuidado familiar, associados com a memória e as RS. Nessas configurações, emergem diversos aspectos tanto físicos, biológicos, como sociais, que servem para entender o envelhecimento e afastar a visão estigmatizada que envolve a rotina dos idosos com limitação funcional, e que se perpetua no senso comum.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.P.B. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. **REME – Rev Min Enferm.**; 22:e-1074, 2018.

ANJOS, K.F. et al. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** Jequié, v.6, n.2, p.450-461, 2014.

APÓSTOLO, J.L.A. **Instrumentos para Avaliação em Geriatria (Geriatric Instruments)**. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Maio de 2012. Disponível em: [http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id\\_ficheiro=20538&codigo=688697509](http://www.esenfc.pt/v02/include/download.php?id_ficheiro=20538&codigo=688697509). Acesso em: 22.06. 2018.

ARAÚJO, J.S. et al. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Enfermagem em Foco**, 2(4):235-238; 2011.

ARAÚJO, J.S. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 16(1):149-158, 2013.

BLANCO, V. et al. Síndrome de carga del cuidador y factores asociados en cuidadores familiares galegos. **Rev Esp Geriatr Gerontol.** 54(1):19–26; 2019.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Plano de ação internacional sobre o envelhecimento**. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Disponível em: [http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/5.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf). Acesso em 08 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 1º de outubro 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF); 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 19 - **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

FACHINELLO, A.C.; SANTOS, M.F.; FARLER, J.W. **Perfil dos cuidadores domiciliares e de idosos assistidos na atenção básica no município de Foz do Iguaçu**. VIII Encontro Internacional de Produção Científica. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá. Maringá, 2011. Disponível em: <  
[http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/marieta\\_fernandes\\_santos.pdf](http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/marieta_fernandes_santos.pdf)>  
Acesso em: 21.01.2019.

FERREIRA, M.A. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, 20(2): 214-219; 2016.

FIGUEIREDO, M. Z. A.; CHIARI, B. M.; GOULART, B. N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. **Distúrb Comum**; São Paulo, 25(1): 129-136, 2013.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, L.H.T. et al. A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. **Rev Latinoam Enferm**. Santa Catarina, 19(3): 458-66, 2011.

GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enferm**. USP, 47(1): 137-44; 2013.

HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria**. Caracas, Anthropos Editorial, 2004

HEDLER, H.C. et al. Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. **Rev. katálysis**, Florianópolis, 19(1): 143-153, 2016.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em:  
<[ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao\\_da\\_Populacao/Projecao\\_da\\_Populacao\\_2013/nota\\_metodologica\\_2013.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf)>. Acesso em: 10.10.2016.

JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JODELET, D. Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In: M. Lopes, F. Mendes & A. Moreira (Coord.). **Saúde, educação e representações sociais**. Coimbra: Formasau, 2009.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa.** Caxias do Sul: Educs; 2003.

LEININGER, M. Teoria do cuidado cultural: uma grande contribuição para o avanço dos conhecimentos e práticas em enfermagem transcultural. **Journal of Transcultural Nursing**, 13(3):189-192; 2002.

LOUREIRO, L.S.N.; FERNANDES, M.G.M.; NÓBREGA, M.M.L.; RODRIGUES, R.A.P. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda de cuidado. **Rev Bras Enferm.** 67(2): 227-32, 2014.

MAZZA, M.M.P.; LEFÊVRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev Bras Cresc Desenv Hum.** 15(1): 01-10; 2005.

MIRANDOLA, A. R; BÓS, A.J.G. Relação entre capacidade funcional e capacidade de tomada de decisão em longevos. **Pajar.** 3(2): 53-59; 2015.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Viver em família e qualidade de vida de idosos da universidade aberta da terceira idade. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 20(2): 179-184, 2012.

MONTEIRO, E.A.; MAZIN, S.C.; DANTAS, R.A.S. The Informal Caregiver Burden Assessment Questionnaire: validation for Brazil. **Rev Bras Enferm.** 68(3):364-70; 2015.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais.** Psicologia Social. 4ª ed. Editora: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

OLIVEIRA, S.G. et al. Representações sociais do cuidado de doentes terminais no domicílio: o olhar do cuidador familiar. **Aquichan.** 16(3): 359-369; 2016.

OMS. **Resumo: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 15.10.2016.

ROCHA, L.S.; SOUZA, E.M.S.; ROZENDO, C.A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enf.,** Goiânia, 15(3): 722-730, 2013.

ROSSET, I. et al. Diferenciais sócio-econômicos e de saúde entre duas comunidades de idosos longevos. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, 45(2): 391-400, 2011

SANTANA, M.S. et al. Sobrecarga dos cuidadores familiares de idosos com dependência funcional. **Revista Kairós - Gerontologia**, 21(1): 337-353; 2018.

SILVA, L. A. A. et al. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas idosas participantes de grupos de convivência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 15(3): 481-492, 2012.

WALDOW. V.L. As relações de cuidado: O cuidado com o meio que nos cerca. In **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS SOBRE A GRIPE

Susanne Pinheiro Costa e Silva <sup>1</sup>  
Gesualdo Gonçalves de Abrantes <sup>2</sup>  
Maria Joycielle de Lima Maciel <sup>3</sup>  
Rafaella Queiroga Souto <sup>4</sup>

### RESUMO

Este estudo objetivou conhecer as representações sociais de idosos acerca da gripe. Participaram deste trabalho de natureza qualitativa 60 pessoas, todas com idade superior a 60 anos. Utilizou-se como instrumentos para coleta de dados um questionário sobre características sociodemográficas e Teste de Associação Livre de Palavras, analisado pelo software Evoc 2000 e interpretado por Análise de Conteúdo. Os resultados demonstraram que as representações da Gripe revelam que ela é considerada uma doença corriqueira, com sintomas simples que remetem a cuidados domiciliares, não sendo necessário buscar o serviço de saúde, apenas em casos de agravamento. A vacina influenza foi apreciada como importante ferramenta para combater tal acometimento. Assim, os idosos não avaliaram a gripe como um perigo iminente, já que os mesmos acreditavam-se protegidos pelos cuidados realizados através da medicina popular, além daqueles oferecidos pelos serviços de saúde, em especial a vacinação anual contra a doença.

**Palavras-chave:** Representações Sociais, Gripe, Idosos, Promoção da Saúde.

### INTRODUÇÃO

Os idosos situam-se no grupo de prioridades da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual estabelece que as políticas de saúde voltadas para o envelhecimento devem considerar os determinantes que cercam as pessoas ao longo de toda a sua vida, superando as práticas tradicionais que consideram somente o tratamento clínico de doenças. Ainda hoje, a terceira idade parece estar associada aos problemas e riscos que atingem os idosos desde outrora, sendo que muitos acometimentos ocorrem pelo fato do envelhecimento torná-los mais vulneráveis, especialmente pelas condições do meio em que vivem (VERAS; CALDAS, 2009), sendo possível concluir que as práticas de saúde e vida não levam em conta a prevenção, em sua maioria.

---

<sup>1</sup> Doutora em Psicologia. Docente do Mestrado Profissional em Gerontologia e do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [susanne.pc@gmail.com](mailto:susanne.pc@gmail.com);

<sup>2</sup> Graduando pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal Paraíba - UFPB, [gesualdomandragora@hotmail.com](mailto:gesualdomandragora@hotmail.com);

<sup>3</sup> Graduanda pelo Curso de Enfermagem da Universidade Federal Paraíba - UFPB, [joycimmacielle@gmail.com](mailto:joycimmacielle@gmail.com);

<sup>4</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Mestrado Profissional em Gerontologia e do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [rafaellaqueiroga7@gmail.com](mailto:rafaellaqueiroga7@gmail.com).

As questões referentes à saúde do idoso têm suscitado muitas discussões nos últimos anos, com especial enfoque no que tange aos problemas evitáveis que podem culminar em maior morbimortalidade para a faixa etária. Envelhecer, mesmo que sem a presença de alguma doença crônica, envolve geralmente alguma perda funcional. por isso mesmo, a atenção ao idoso deve ser estruturada de forma diferente (VERAS; OLIVEIRA, 2018), incluindo cuidados preventivos, dentre eles a imunização.

Esta preocupação gerou mobilizações em muitos países que, com o crescimento do número absoluto de seus idosos devido ao envelhecimento populacional, buscaram adequar suas políticas de saúde para promover um envelhecer mais saudável e ativo.

O conhecimento produzido acerca do processo de envelhecer melhor permitiu, em grande número de casos, a reparação de danos sofridos, como também a realização de programas educativos com o intuito de evitar os males físicos e problemas de ajustamento nessa fase. Porém, é sabido que informar sobre o que as pessoas devem fazer não será válido se elas não puderem colocar em prática.

A saúde, em especial a do idoso, é um tema recorrente em todas as culturas, sendo um objeto de forte impacto para as pessoas. Tanto ela como a sua ausência remetem à vida e a morte, à força e à fragilidade do ser (ALMEIDA; SANTOS, 2011). Assim, a saúde e a doença na velhice compreendem muitos significados conflitantes, incluindo alterações do cotidiano que determinam e interferem nas relações sociais estabelecidas. Quanto mais saudável seja, mais e melhor viverá uma população, o que pode ser produto de políticas bem formuladas e implementadas, que tenham na prevenção o seu foco.

Mundialmente, doenças do aparelho respiratório (DAR) possuem configurações diferentes entre o *ranking* das que mais matam, embora em todos os países respondam por grande parte dos óbitos. Nas nações desenvolvidas ricas e de renda média, representam a quarta causa de morte; já nos países em desenvolvimento mais pobres, são a segunda causa, ficando atrás apenas das doenças coronarianas. No Brasil, as DAR consistem na terceira causa de morte em idosos (CAMARGO, 2016).

Entre as doenças que afetam o aparelho respiratório encontra-se a gripe, enfermidade infecciosa transmitida com grande facilidade entre pessoas. Devido a sua alta contagiosidade, é umas das infecções mais frequentes mundialmente. A gripe possui risco potencial de complicações, especialmente nos idosos e pessoas com doenças crônicas (DC) e, por este motivo, a mortalidade é considerada elevada, representando importante problema de saúde pública (FERRER et al., 2009). Também se destacam os grandes custos para a economia pelo

aumento da demanda da atenção médica e sanitária (RAMÍREZ et al., 2009; DUARTE; DONALÍSIO, 2009).

No Brasil, os surtos de gripe provocam aumento de hospitalizações e morte de idosos, conforme observado por estudos que demonstraram o pico que ocorre entre os meses em que o vírus geralmente circula, já que o país apresenta sazonalidade entre as suas regiões (FRANÇA; MARINHO; BAPTISTA, 2008; SANTOS; OLIVEIRA, 2010).

Pessoas acima de 60 anos são as que apresentam maior número de internações por gripe e pneumonia, equivalendo a quase 35% do total. Nesta faixa etária, as mulheres têm sido mais internadas por estas causas do que os homens, devido à menor expectativa de vida de indivíduos do sexo masculino (MIRANDA, 2016).

No intuito de possibilitar o crescimento das ações de prevenção, com enfoque direcionado àqueles que possuem maior risco de adoecer e morrer por causas evitáveis, muitos países em todo o mundo adotaram políticas que valorizam ações de imunização, sendo para os idosos a vacina contra a gripe uma importante ferramenta (CAMARGO, 2016).

A principal estratégia lançada para amainar as consequências decorrentes desta problemática foi o estabelecimento da vacinação em massa contra a gripe para idosos e outras categorias de risco. É importante destacar que tal medida é considerada o meio mais eficaz de reduzir as complicações da doença nos mais suscetíveis (DIP; CABRERA, 2010; VILARINO et al., 2010).

A vacina contra influenza é oferecida gratuitamente para aqueles com 60 anos ou mais, dentre outros, desde 1999 (PRASS et al., 2010). O Programa Nacional de Imunizações brasileiro é referência mundial para a organização de campanhas de vacinas, auxiliando diversos outros no combate a moléstias passíveis de imunoprevenção. A sua repercussão para a melhoria da saúde brasileira não deve passar despercebida (LUNA et al., 2011; HOMMA et al., 2011).

Mesmo assim, a rejeição aos imunos por alguns idosos ainda é bastante frequente. Embora estes declarem entender a vacina como propulsora da prevenção de doenças, muitos ainda optam por evitar o seu uso. O medo das reações adversas e a melhor condição de saúde do idoso mais jovem são as principais causas que fundamentam a não utilização da vacina contra a gripe. Além disso, a percepção desta patologia como algo corriqueiro interfere na adesão à vacina (SILVA; MENANDRO, 2013).

Em algumas localidades, ainda há dificuldades em alcançar a meta estabelecida pelo Ministério da Saúde de vacinar 80% dos idosos (FRANCISCO; BORIM; NERI, 2015). Fica

claro que muitos continuam acreditando que a vacina, ao invés de proteção, oferece riscos, o que gera resistência e dificulta a execução das campanhas (MOURA et al., 2015).

A literatura gerontológica indica que os comportamentos relacionados à saúde de idosos devem ser considerados de forma multidimensional, identificando-os para contribuir com o planejamento dos serviços de saúde, incentivando e orientando-os quanto à importância do autocuidado para a promoção da saúde (HIRAGA; BATISTONI; NERI, 2017).

A partir da compreensão de que as questões ligadas à gripe fazem parte do cotidiano de idosos, visto todos os esforços canalizados para a sua prevenção, faz-se necessário entender mais sobre o que perpassa o universo deste público no tocante ao assunto. As representações que os envolvem são singulares, devendo ser compreendidas e trabalhadas no intuito de não perpetuar ideias de fragilidade que ainda permeiam esta etapa, norteando as ações de promoção da saúde.

De acordo com Jodelet (2005), as representações sociais são um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações que se referem a um objeto ou a uma situação. Ela é determinada pelo sujeito ele-mesmo (sua história, o que foi vivido), pelo sistema social e o ideológico no qual ele está inserido e pela natureza das ligações que o sujeito mantém com o sistema social. Por este motivo, pode ser modificada ao longo do tempo e da história de cada um. Para Jovchelovitch (2011), a ação cotidiana dá sentido às experiências vividas, tendo papel fundamental na recuperação do status epistemológico do senso comum. Aquilo que parece estranho para uns tem sentido para o sujeito do saber, demonstrando que o senso comum não desaparece e nem é substituído pela ciência.

Pelo exposto, este estudo objetivou identificar as representações sociais (RS) de idosos acerca da gripe, contribuindo com a literatura sobre o tema, especialmente pela carência de pesquisas que tratem especificamente da temática.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, no qual se empregou como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais, apoiada pela Teoria do Núcleo Central (MOSCOVICI, 2009; SÁ, 2002).

A pesquisa foi realizada no município de Petrolina, localizada no Sertão Médio Pernambucano. Participaram sessenta idosos domiciliados no referido município, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; cadastro em

Unidade Básica de Saúde, recebendo a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS); anuência em participar do estudo. A seleção foi feita com a ajuda das equipes de saúde, que indicavam os idosos que se enquadravam em tais critérios.

Após contato inicial, no qual os objetivos do estudo eram informados, formalizava-se o convite e, a depender da disponibilidade do participante, a entrevista ocorria tão logo ou seria agendado novo encontro. Apenas o participante e o entrevistador permaneciam no ambiente, evitando interferências externas.

O aceite de participação foi documentado mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/12. A coleta só foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE - 4478.0.000.441-10).

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário que versava sobre características sociodemográficas e Teste de Associação Livre de Palavras – TALP, pelo qual os entrevistados evocavam cinco termos para o estímulo indutor *Gripe*, colocando em ordem de importância e justificando a escolha dos dois primeiros termos. Neste momento, as respostas dadas foram gravadas em aparelho de áudio e posteriormente transcritas.

O resultado das evocações livres gerou trezentas palavras. O tratamento destes elementos ocorreu com o auxílio do software EVOC 2000 - *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations* - que fornece informações para construção do quadro de quatro casas, tomando-se por base a frequência e a ordem média de evocações, identificando o núcleo central e elementos periféricos através da análise estatística das palavras (OLIVEIRA et al., 2005).

Os elementos contidos no quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas são aqueles mais frequentes e mais prontamente evocados, sendo classificados como núcleo central das representações. Aqueles que se encontram no quadrante inferior direito são menos frequentes e menos imediatos, caracterizando-se como elementos periféricos mais distantes, com menos afinidade para com o núcleo central. Nos demais quadrantes, superior direito e inferior esquerdo situam-se as categorias intermediárias, que mantêm relação direta com o núcleo central, mas não o compõem (SÁ, 2002).

Prosseguiu-se com a interpretação dos dados por Análise de Conteúdo de Bardin (2011), composta por três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, o que possibilitou a inferência e interpretação dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que a média das idades situou-se em torno de 71 anos. Predominou o sexo feminino (71,7%), bem como pessoas que nunca estudaram (35%) ou que não chegaram a concluir o ensino fundamental (30%). Em relação à situação conjugal, 65% eram casados e 23,3% viúvos – e destes, 93% eram mulheres. A maioria não trabalhava (75%), tendo como ocupação atual ou anterior atividades ligadas ao cuidado do lar (50%), agricultura (21,7%) e comércio (10%). Apenas 23,3% não apresentavam doenças crônicas, sendo que dentre aqueles com diagnóstico para estas patologias, 37% não utilizava as medicações prescritas regularmente.

As internações hospitalares por causas relacionadas ao envelhecimento foram relatadas por 40% dos participantes. Vale ressaltar que 86,6% deles eram adeptos da vacina contra influenza oferecida pelo serviço de saúde aos idosos anualmente.

Também se destacou a baixa escolaridade dos participantes, que de fato já era esperada. A região brasileira na qual foi desenvolvida esta pesquisa vem, nos últimos anos, desenvolvendo-se e possibilitando a melhoria das condições de vida da população residente. Porém, a situação escolar dos idosos ainda é bastante precária, como reflexo das más condições de vida (SILVA; MENANDRO, 2013).

Conforme colocam Rebouças et al. (2011), o Brasil apresenta boa escolaridade de idosos apenas nas regiões mais desenvolvidas, tendo as localidades mais carentes baixíssimos índices para a faixa etária em questão.

É interessante acrescentar que embora a maioria relatasse relacionamento estável, chamou-nos atenção o alto número de mulheres viúvas em detrimento aos homens. Esse fato pode ser explicado pela maior longevidade feminina, assim como pela dificuldade em novos casamentos após a viuvez, em especial pela diferença na vivência desta e pelo respeito àquele que faleceu (STUMM et al., 2009), que é peculiar a muitas mulheres.

O predomínio do sexo feminino é algo peculiar quando se trata de estudos com população idosa. Esta característica deve-se a fatores como a maior longevidade feminina, um fenômeno que vem acontecendo em todo o mundo. As desigualdades nos modos de vida e cuidados com a saúde, dentre outras questões, influenciam no crescimento do número de mulheres idosas.

Outro fator notado foi à alta prevalência de doenças crônicas (DC) entre os idosos, com destaque para aqueles que, embora com diagnóstico de hipertensão arterial, diabetes

mellitus e/ou outras, não utilizavam regularmente as medicações prescritas. Conquanto estas doenças sejam consideradas próprias do envelhecimento, ganhando expressão na sociedade com o aumento populacional de idosos, quando não cuidadas e acompanhadas podem resultar em internações hospitalares mais frequentes, incapacidades e óbito (VERAS, 2009).

Dentre as práticas preventivas citadas pelos participantes encontra-se a vacinação contra a gripe, que deve ser realizada anualmente por todos os idosos, com ênfase maior para aqueles portadores de DC. Embora acima da média brasileira de vacinados, a porcentagem de idosos deste estudo condiz com a do município no qual os mesmos estavam domiciliados. Porém, ressalta-se a necessidade das equipes de saúde investigar os motivos particulares que levam muitos a não aderirem à vacina. Destarte, mitos podem ser desfeitos e a melhoria da cobertura alcançada, evitando as ainda altas taxas de infecções respiratórias como consequência da baixa imunidade.

Como se sabe, as características do grupo influenciam nas representações sociais, especialmente na população idosa, pois há relação entre o viver/saber e o agir. Conforme salientam Almeida e Santos (2011), o estudo da saúde e doença a partir das RS envolve processos psicológicos e sociais subjacentes ao pensamento construído, dando sentido às ocorrências experienciadas pelo próprio corpo ou pelo outro, de forma que a pessoa sinta-se protegida.

Considerando-se o conjunto de elementos evocados pelo Teste de Associação Livre de Palavras para o termo “gripe”, as representações sociais estão centralizadas nos elementos *Febre, Medidas caseiras e Remédio* (Quadro 1). Na periferia mais próxima encontram-se *Consequências, Dificuldade respiratória, Doença, Dor, Inapetência, Indisposição, Tosse, Cautela, Medo, Melhorar e Vacina*. Ainda são expostos neste quadro os termos *Alergia, Causas, Resfriado, Ruim e Saúde*, que traduzem o que foi categorizado como periferia mais distante no quadro de quatro casas.

As representações da gripe para os idosos revelam que esta foi considerada uma doença de evolução rápida, manifestada por sintomas simples que podem ser amenizados através do autocuidado ou mesmo por medidas caseiras, remetendo à ideia de cura sem a instalação de complicações tão comuns para o grupo. Em último caso, quando estas ocorrem, aí sim se utilizam de medicações para tratamento mais imediato. Os trechos a seguir exemplificam tais considerações, obtidos a partir das justificativas dadas para colocar os termos evocados por ordem de importância:

Gripe é a gente se cuidar. Vindo a gripe, logo a gente já vai procurando recurso, porque pra tudo tem solução. A gente procura solucionar esse problema pra não estar dando trabalho aos outros.

A gripe não consegue me dominar não. Eu nunca mais gripei, há uns dez anos eu nunca mais peguei gripe nenhuma não, jamais.

**Quadro 1** – Representações Sociais de *Gripe* por idosos pelo TALP

Rang < 3,00				Rang ≥ 3,00		
Freq. média	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 10	Febre	22	2,77	Consequências	39	3,41
	Medidas caseiras	25	2,32	Dificuldade respiratória	31	3,00
	Remédio	17	2,82	Doença	13	3,53
				Dor	30	3,36
				Inapetência	11	3,00
				Indisposição	34	3,00
				Tosse	21	3,09
	3 a 9	Cautela	7	2,28	Alergia	4
Medo		5	2,80	Causas	5	3,30
Melhorar		4	1,25	Resfriado	6	3,83
Vacina		4	1,50	Ruim	6	3,16
				Saúde	4	3,00

FONTE: elaborada pelos autores

A categoria febre, sinal frequente para aquele que adquire o vírus influenza, indica a noção dada para a gripe pelos participantes: não parece uma doença ameaçadora, já que a febre pode ser indício de inúmeras patologias. Além disso, esse sintoma geralmente é passível de melhora com analgésicos automedicáveis.

Esse é um fato que faz jus a destaque, já que a febre em idosos merece investigação, de acordo com Gorzoni et al. (2010). Os autores sugerem que muitas das doenças infecciosas apresentam-se afebris em pessoas com mais de 60 anos por diversos motivos, e que o sinal de febre pode indicar maior gravidade, por isso mesmo a temperatura deve ser monitorada para evitar diagnósticos tardios ou equivocados.

Por ser a gripe um risco a que todos estão expostos, sendo amplamente conhecida entre as pessoas, estudos revelam que a mesma é considerada como uma das patologias menos assustadoras e com consequências menos severas (SILVA; MENANDRO, 2013; CAMILO; LIMA, 2010), o que explica a dimensão dada pelos entrevistados para a doença. Acrescenta-se também que a infecção da gripe pode ser confundida com muitas outras de curso mais simples, incluindo o resfriado, o que influencia nesta representação.

Integrando o núcleo central das representações de gripe verificamos que diversas medidas caseiras para cura e prevenção da patologia se fizeram presentes. De acordo com os idosos participantes, há simples maneiras de melhorar a saúde quando houver manifestação da gripe e até mesmo evitar sua instalação e evolução, como o uso de frutas ricas em vitamina C, chás, higiene pessoal, entre outras.

O segredo pra evitar a gripe é sempre uma vitamina, um suco de laranja, comer bem, não abusar com gelo... No calor, não tomar algo super gelado, vai estourar a garganta...

Gripe eu já tenho o remédio certo pra tomar... O remédio que eu sempre tomo é mel de abelha com babosa. Eu não tomo água muito gelada pra não pegar gripe.

No tocante às práticas populares que figuram no campo saúde-doença de idosos, são variadas as estratégias utilizadas pelos mesmos para obter a cura para determinadas doenças, sejam elas as primeiras e/ou únicas medidas, sejam complementares às práticas da biomedicina (DOMÍNGUEZ, 2010). Assim, os mesmos não prescindem recorrer ao saber médico ou ao conhecimento médico-popular, confiando nos dois modos, a depender do caso.

No núcleo central encontra-se também a categoria remédio. Porém, este se referia mais especificamente aos comprimidos alopáticos adquiridos em farmácias ou unidades de saúde para melhoria dos sintomas da doença, quando se faziam presentes e as alternativas caseiras não surtiam o efeito desejado.

Gripe é a tosse, eu não gosto. Eu não costumo gripar, é difícil eu gripar. Mas eu tenho medo da gripe, da tosse. Eu tomo logo um chá, faço logo um chá de um bocado de remédio que eu tenho, remédio caseiro que eu faço: alho com limão; limão com mel e um remedinho que eu tenho ali...

Gripe, tenho medo de cair na cama, porque eu tive uma gripe aí que eu quase morri.

A literatura refere que a adesão a medidas preventivas da gripe acontece em idosos mais velhos e/ou com piores condições de saúde (MOURA et al., 2015; SILVA; MENANDRO, 2013). Cabe ressaltar que a medicina vem evoluindo bastante e toda a problemática decorrente da gripe na terceira idade advém também desta evolução do conhecimento científico, que relaciona fatos e explica determinados fenômenos antes vistos como inexplicáveis ou inevitáveis.

Na periferia próxima situaram-se as categorias *consequências, dificuldade respiratória, doença, dor, inapetência, indisposição e tosse*, resultando no eixo temático agravamento e complicações decorrentes da infecção pelo vírus causador da gripe. Isso demonstra que embora a maioria não tenha experienciado a doença em sua manifestação mais grave, com as consequências e danos possíveis para a saúde, corroboram que podem ocorrer, principalmente quando a senescência acontece.

Por este motivo, buscam evitar a gripe pelas medidas caseiras já expostas, a fim de que não haja possibilidade para a instalação da mesma, num intercâmbio constante destes elementos com o núcleo central. Sendo as representações sociais mutáveis e dinâmicas, constituindo um tipo de realidade (MOSCOVICI, 2011), aquilo que é socialmente partilhado pelos idosos hoje poderá ser modificado com o passar do tempo, sofrendo influências das descobertas da ciência.

Talvez por este fato tenhamos percebido que a gripe é algo que já não amedronta os senis, tanto que a maioria referiu não gripar com frequência. O seu agravamento, bem como as possíveis complicações, podem causar temor, embora pareçam distantes de ocorrer no âmbito individual. Assim, de acordo com os relatos, o serviço de saúde não deve ser procurado em casos de gripe, pois por ser uma patologia leve, não merece atenção médica. Estes serviços devem ser buscados quando realmente há ameaça à saúde ou quando os sintomas da gripe se agravam.

Faz-se mister acrescentar que o Sistema Único de Saúde do Brasil, com toda a sua essência de cuidados preventivos, é ainda muito jovem comparando-se à sociedade em geral, que se habituou a buscar o profissional médico – figura ainda difícil de encontrar para muitos do sertão nordestino – quando não havia mais outra possibilidade de tratamento. Estes elementos fornecem ainda subsídios que demonstram a confiança depositada pelos idosos no profissional de saúde e nas suas recomendações, que acabam sendo adotadas ou não de acordo com a situação vivida (DIAS et al., 2011).

As demais categorias dos quadrantes restantes que compõem o Quadro 1 relacionam a prevenção e cura da gripe, bem como as suas causas. Destaca-se como a vacina contra a gripe é vista pelos participantes. Muitos dos idosos que fizeram uso da vacina afirmaram a sua eficácia, alegando que a gripe já não mais acontece desde que o imunobiológico foi utilizado, embora alguns elementos causadores da enfermidade se fizessem presentes. Outros estudos (FRANCISCO; BORIM; NERI, 2015) encontraram resultados semelhantes, nos quais poucos idosos referiram adoecer de gripe após o uso da vacina influenza.

Gripe tem que evitar. Eu costumava gripar, mas depois da vacina não gripo mais. Eu passo anos sem gripar. O que eu sinto é um resfriado, não é gripe, é só um dia, dois. Eu tomo vacina, não perco a vacina em nenhuma campanha, e eu evito muito o gelo também, coisa gelada...

Fazem dez anos que eu tomo a vacina, e se eu não tomar já me dá logo gripe. Eu ando em sereno de chuva e tal, e eu não tô nem aí que eu não gripo mesmo porque tomei a vacina.

Depois da vacina, a gente não gripa como gripava antes. Gripo de ano em ano, mas não vem forte.

As representações sociais da gripe encontram-se, então, pautadas na ideia de que a doença é algo simples que pode ser facilmente evitada e tratada, muito embora ainda haja pouca informação sobre as diferenças entre ela, o resfriado comum e outras doenças respiratórias. Os participantes ancoram-se na ideia de que prevenir a gripe é o melhor a fazer, principalmente através de medidas caseiras que se acham ao alcance de todos. A objetivação ocorreu pela associação de medicações alternativas caso a patologia se instale para tratá-la e curá-la, evitando assim a sua evolução.

A vacina contra a gripe pareceu algo importante para a prevenção, já que refletiram positivamente acerca da administração da mesma, sendo este elemento algo que vem sendo assimilado nas representações, possivelmente encaixando-se como familiar para permear as representações dos idosos futuros.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em síntese, os resultados deste estudo evidenciaram que os idosos buscam cuidar-se através de medidas caseiras, do uso de medicamentos e mesmo pela adesão a diversas

condutas orientadas pelo profissional de saúde que os acompanham, incluindo a vacina contra a gripe.

Assim, este agravo não parece ser representado como uma doença, pois os sintomas geralmente são considerados brandos e tratáveis com medidas caseiras. Apenas as complicações decorrentes da gripe assustavam aos idosos participantes, o que exige deles certa cautela para que a mesma não se instale.

Percebeu-se que mesmo não estando situada como o centro da representação, a vacina contra a gripe em muito influencia nesta, pois citaram ter sido após a implementação da mesma, com adesão da comunidade, que a gripe deixou de ser uma ameaça para este grupo, muito embora não soubessem diferenciar a doença de um resfriado comum, por vezes confundindo-os. Ancoram-se na oferta do imuno para evitar o adoecimento, o que em muito influencia nas representações sociais do grupo, já que não percebem mais a gripe como uma ameaça à saúde.

Observou-se que os conhecimentos que dizem respeito ao universo consensual caminham ao lado do reificado, complementando-se. É necessário, a partir destes dados, intensificar medidas de educação em saúde tanto para os profissionais da área quanto para a própria comunidade, instruindo-os sobre a importância da prevenção em saúde, que deve acontecer desde a mais tenra idade, evitando que esta fase seja vista apenas como propiciadora de problemas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza. Representações Sociais masculinas de saúde e doença. In: TRINDADE, Zeidi Araújo; MENANDRO, Maria Cristina Smith; NASCIMENTO, Célia Regina Rangel (orgs). **Masculinidades e práticas de saúde**, Vitória: GM. 2011. p. 99-128.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BIASUS, Felipe; DEMANTOVA, Aline; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1: 319-336. 2011.

CAMARGO, Antonio Benedito Marangone. Idosos e mortalidade: preocupante relação com as causas externas. **1a Análise Seade**, n. 34,: 4-19. 2016.

CAMILO, Cristina; LIMA, Maria Luisa. No que se pensa quando se pensa em doenças?: estudo psicométrico dos riscos de saúde. **Rev Port Saúde Pública** v. 28, n. 2:140-154. 2010.

DIAS, Juliana Araujo, et al. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 372-379. 2011.

DIP, Renata Maciulis; CABRERA, Marcos A. S. Influenza vaccination in non-institutionalized elderly: a population-based study in a medium-sized city in Southern Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n. 5: 1035-1044. 2010.

DOMÍNGUEZ, Maria de Fátima. Recurso à medicina popular. **Revista de Estudos Etnográficos**, n. 1, p. 61-78. 2010.

DUARTE, Raquel M. Ramalheira; DONALÍSIO, Maria Rita. Eventos adversos após vacinação contra influenza em população institucionalizada, Campinas-SP, Brasil, 2004. 2009. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 18, n. 2: 171-178. 2009.

FERRER, Alejandro Villena; et al. Cinco preguntas clave en la Gripe: Una Revisión de Guías. **Rev Clín Med Fam**, v. 2, n. 8: 412-425. 2009.

FRANÇA, Inácia Sátiro Xavier; MARINHO, Déborah Danielle Tertuliano; BAPTISTA, Rosilene Santos. Infecções respiratórias em idosos e vacinação anti-influenza: índices de morbi-mortalidade. **Rev Rene**, v. 9, n. 3: 52-61. 2008.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo; BORIM, Flávia Silva Arbex; NERI, Anita Liberalesso. Vacinação contra influenza em idosos: dados do FIBRA, Campinas, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3775-3786. 2015.

FREITAS, Maria Célia; QUEIROZ, Terezinha Almeida; SOUSA, Jacy Aurélio Vieira. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2: 407-412. 2010.

GORZONI, Milton Luiz; PIRES, Sueli Luciano; FARIA, Lílian de Fátima Costa. Temperatura basal em idosos asilados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 13, n.2: 173-178. 2010.

HIRAGA, Thaila Maki; BATISTONI, Samila Sathler Tavares; NERI, Anita Liberalesso. Comportamentos relacionados à saúde em idosos brasileiros residentes na comunidade: dados do FIBRA – polo Unicamp. **Estud. interdiscipl. envelhec**, v. 22, n. 3, p. 99-119. 2017.

HOMMA, Akira, Reinaldo de Menezes Martinset al. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2: 445-458. 2011.

JODELET, Denise. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes. 2005.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Representações Sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão em Psicanálise, sua Imagem e seu Público. In: ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo. **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**, org. 159-176. Brasília: Technopolitik. 2011.

LUNA, Geisy Lanne Muniz; et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, v.16, n. 2: 513-521. 2011.

MIRANDA, Marina Jorge. Análise temporal das internações por gripe e pneumonia associadas às variáveis meteorológicas no município de São Paulo, SP. **Rev. do Instituto Geológico**, v. 37, n. 2, p. 61-71. 2016.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Vozes; 2009.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes. 2011.

MOURA, R. F. et al. Fatores associados à adesão à vacinação anti-influenza em idosos não institucionalizados, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 10, p. 2157-68. 2015.

OLIVEIRA, Denize Cristina; MARQUES, Sérgio Correia; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; TEIXEIRA, Maria Cristina Trigueiro V. Análise das evocações livres: uma Técnica de Análise Estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (org). **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**, João Pessoa: UFPB. p. 573-603. 2005.

PRASS, Luise; et al. Efetividade da vacina contra influenza em idosos em Porto Alegre. **Rev da AMRIGS** v. 54, n. 4: 388-392. 2010.

RAMÍREZ, Alexandra Porras; et al. Mortalidad asociada con las temporadas de mayor circulación de los virus de La influenza en Bogotá, Colombia, 1997–2005. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** v. 26, n. 5: 435-439. 2009.

REBOUÇAS, Mônica; et al. **Diferença entre perfis de brasileiros idosos no início dos anos 2000**. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar. 2011.

SÁ, Celso Pereira. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

SANTOS, Zênia Monteiro Guedes; OLIVEIRA, Maria Liz Cunha de. Avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dos idosos sobre a vacina contra a Influenza, na UBS, Taguatinga, DF, 2009. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 19, n. 3, p. 205-216. 2010.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; MENANDRO, Maria Cristina Smith. Representações de idosos sobre a vacina da gripe. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18 n. 8. p. 2179-2188. 2013.

STUM, Eniva Miladi Fernandes; et al. Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 12, n. 3: 449-461. 2009.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6: 1929-1936. 2018.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. A promoção da saúde de uma população que envelhece. In: DALLEPIANE, Loiva Beatriz (org). **Envelhecimento humano: campo de saberes e práticas em saúde coletiva**, Ijuí: Unijuí. 2009. p. 57-80.

VILARINO, Maria Aparecida Müller; et al. Idosos vacinados e não vacinados contra a influenza: morbidade relatada e aspectos sociodemográficos, Porto Alegre (RS, Brasil), 2004. 2010. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6: 2879-2886. 2010.

## REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIAS DE IDOSOS COM DEPENDÊNCIA FUNCIONAL SOBRE O ENVELHECER

Elaine dos Santos Santana<sup>1</sup>  
Alessandra Souza de Oliveira<sup>2</sup>  
Renato Novaes Chaves<sup>3</sup>  
Luciana Araújo dos Reis<sup>4</sup>

### RESUMO

As implicações das mudanças no perfil de morbimortalidade da população não foram observadas apenas no crescimento da faixa etária idosa, mas principalmente no alto poder incapacitante que as doenças crônicas têm sobre esta população que tende a demandar cada vez mais dos serviços de saúde e cuidados diários. É importante ressaltar que envelhecer não é sinônimo de doença e que o seu conceito está relacionado a um universo subjetivo e as transformações biopsicossociais que afetam os indivíduos. Assim, o objetivo da pesquisa foi analisar as representações sociais de idosos com dependência funcional acerca do envelhecer. Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo e natureza qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais e no Discurso do Sujeito Coletivo realizado com 21 idosos cadastrados no PAMDIL. As Representações Sociais desveladas a partir do discurso dos idosos revelam duas percepções distintas. Uma parte dos idosos apresenta uma representação social negativa ao considerar o envelhecimento uma fase de perdas e sofrimento. Já a outra parte dos idosos revela um discurso positivo do envelhecer, apontando que algumas condições são naturais e demonstrando uma visão resiliente do processo.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Representações Sociais, Memórias, Dependência Funcional.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população brasileira é uma realidade que vem sendo altamente discutida nos últimos anos. As melhores condições de saúde, o aumento da expectativa de vida dos brasileiros associado ao número elevado e crescente de idosos no país são fatores que demonstram a mudança das características populacionais e caracterizam o processo de transição demográfica pelo qual o país tem passado (MENESES et al., 2013; FALLER; TESTON; MARCON, 2015).

<sup>1</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduando em Memória Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, [elaine\\_137@hotmail.com](mailto:elaine_137@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutoranda no Programa de Pós-Graduando em Memória Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, [bahiale23@yahoo.com.br](mailto:bahiale23@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Doutor em Memória pelo Programa de Pós-Graduando em Memória Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, [rnc\\_novaes@hotmail.com](mailto:rnc_novaes@hotmail.com)

<sup>4</sup> Orientadora. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [lucianauesb@yahoo.com.br](mailto:lucianauesb@yahoo.com.br)

O brasileiro alcançou uma média de idade de 71,3 anos para homens e 78,5 anos para mulheres em 2013, e as estimativas apontam um ganho de aproximadamente seis anos de vida para ambos os sexos até 2060 (IBGE, 2013). Conforme projeções do IBGE, até o ano de 2020 o número de idosos no país será de 29 milhões de pessoas e em 2045 a população idosa do Brasil será de mais de 60 milhões (IBGE, 2013).

O conceito de envelhecer está relacionado a um universo subjetivo e também as transformações biopsicossociais que afetam os indivíduos, trata-se de um processo que não possui um marcador biofisiológico que delimite o seu começo, na verdade o envelhecimento ocorre ao longo da vida, começa no nascimento e finaliza com a morte (PAPALÉO NETTO, 2011). Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003, p.8) o envelhecimento é:

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

Com a mudança no perfil de morbimortalidade da população, um dos elementos caracterizadores da transição epidemiológica, as doenças infectocontagiosas deram lugar as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Segundo dados apontados pela pesquisa de Schramm et al., (2004), no final da década de 1990 as doenças crônicas representavam 66,3% das doenças que afetavam a população, para 23,5% de doenças infecciosas e 10,2% das causas externas.

As implicações de tais mudanças no perfil de morbimortalidade da população não foram observadas apenas no crescimento da faixa etária idosa, mas principalmente no alto poder incapacitante que as DCNT têm sobre esta população que tende a demandar cada vez mais dos serviços de saúde e cuidados diários. Desta forma, a funcionalidade passa a ser vista como uma questão de saúde pública, pois a maioria dos idosos convive com a redução ou perda da sua capacidade funcional, e torna-se cada vez mais dependente de terceiros (PEREIRA et al., 2015).

Estudos desenvolvidos com esta temática apontam a relação entre a idade, as DCNT e a dependência funcional (BORTOLUZZI et al., 2017; LIMA et al., 2017; SOUSA et al., 2014). Dentre as principais causas do declínio funcional apontadas pela literatura encontram-se a diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral e artrite (D'ORSI et al., 2011).

A funcionalidade é compreendida como a capacidade de cuidar de si mesmo, e está diretamente relacionada ao universo do idoso, podendo ser avaliada por meio de escalas, como por exemplo, escala de dificuldade e dependência. De forma geral, as escalas assumem três formas padrão: o grau de dificuldade para realizar certas atividades; o grau de assistência ou de dependência para realizar a atividade; e, se a atividade não é realizada (FREEDMAN et al., 2002). Geralmente as atividades consideradas nesta avaliação são as Atividades de vida diária, sendo estas classificadas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), atividades relacionadas ao autocuidado, como higiene e alimentação, e em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são atividades como utilizar o transporte público, ir ao supermercado ou usar o telefone (DUQUE et al., 2012).

É importante ressaltar que a velhice não é sinônimo de doença, porém o que temos observado no país é o resultado de um processo de envelhecimento crescente e acelerado, que apesar de estar relacionado com melhorias nas condições de saúde, ainda não possui uma política eficaz de promoção ao envelhecimento ativo e saudável (CIOSAK et al., 2011).

Ademais, há uma concepção negativa em torno do envelhecimento que tende a influenciar o modo como as pessoas enxergam esta fase da vida. Beauvoir (1970) atesta que é fundamental que o processo de busca e compreensão da velhice alcance a discussão em torno do lugar que é destinado ao idoso na sociedade nos diferentes tempos, e não se restrinja a uma simples descrição dos seus aspectos, pois “cada um deles reage sobre todos os outros e é afetado por ele; é no movimento indefinido desta circularidade que é preciso apreendê-la” (BEAUVOIR, 1970, p. 16).

Diante disso, para auxiliar na busca e apreensão das subjetividades que envolvem a temática, a Teoria das Representações Sociais foi escolhida para constituir o aporte teórico-metodológico da pesquisa.

A Teoria das Representações sociais compõe uma forma particular de adquirir saberes e comunicar o conhecimento adquirido, tornando-o mais ordenado, a partir das percepções que produzem o mundo. As representações sociais constituem, portanto, numa forma de conhecimento prático, socialmente construído para dar sentido à realidade da vida cotidiana (MOSCOVICI, 2007).

Segundo Moscovici (2007), é importante entender no conceito de representação social que seu papel está na formação de condutas, isso é, conduzir o comportamento e justificar sua expressão. O autor ainda afirma que fazer referência ao coletivo vai além da ideia de um conjunto de cérebros que somente processa informações, na verdade ele se refere às pessoas

que constroem significados para sua realidade. Significados estes, que são construídos a partir da interação social, e é dessa forma que nasce a representação social de determinado objeto.

Nesse processo de compreensão das representações, a natureza da mudança é vista como um fator importante, pois é por meio dela que as representações influenciam o comportamento dos indivíduos na coletividade ao tempo em que são criadas e que o seguimento coletivo infiltra-se no pensamento individual (MOSCOVICI, 2007). A representação social, portanto, gera e dita comportamentos, além de conceituar a natureza dos estímulos que nos provocam ao mesmo tempo em que dá significação às respostas. É como um fenômeno que deve ser explicado por ele mesmo (SÁ, 2002).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo analisar as representações sociais de idosos com dependência funcional acerca do envelhecer.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo e natureza qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais e no Discurso do Sujeito Coletivo. Este estudo esteve integrado ao Projeto de Qualificação dos cuidadores e aspectos relacionados a qualidade de vida dos idosos dependentes na atenção primária e terciária: proposição, implementação e avaliação de protocolo.

Os participantes da pesquisa foram 21 idosos cadastrados no Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL) em Vitória da Conquista, Bahia. O PAMIL consiste em programa de atendimento domiciliar em que idosos com algum tipo de limitação impossibilitados de se dirigem a unidade de saúde recebem o atendimento através de visitas domiciliares quinzenais.

Os idosos foram selecionados a partir de critérios de inclusão: possuir cognição preservada (avaliada a partir do MEEM – Mini Exame do Estado Mental), apresentar algum grau de dependência funcional (constatada por meio das escalas de Barthel e Lawton Brody), residir com familiares; e exclusão: apresentar déficit cognitivo, ser independente funcional e residir sozinho.

Para coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário de dados sociodemográficos e um roteiro de entrevista com questões norteadoras relacionadas à temática. Na entrevista semiestruturada é possível uma aproximação dos fatos ocorridos na realidade com a teoria existente sobre o assunto analisado, permitindo a descrição e explicação do fenômeno (MINAYO, 1996).

A análise dos dados foi realizada a partir do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com o auxílio do *software* Qualiquantisoft.

O DSC é uma metodologia de pesquisa proposta pelo casal Maria Lefèvre e Fernando Lefèvre no final da década de 1990 na Universidade de São Paulo (USP) que consiste em “uma técnica de pesquisa empírica que tem como objeto o pensamento de coletividades que permite iluminar o campo social pesquisado, resgatando nele o universo das diferenças e semelhanças entre as visões dos atores sociais ou sujeitos coletivos que o habitam” (Lefèvre; Lefèvre, 2012, p. 27).

Segundo os autores, a partir do DSC é possível resgatar as representações sociais de pesquisas empíricas. Os depoimentos coletivos são elaborados na primeira pessoa do singular e expressam uma opinião coletiva, assim como justifica Jodelet (1989) ao defender as formações sociais e os discursos coletivos que permeiam as representações, o coletivo está internalizado e influenciando o sujeito individual e a forma dele enxergar e se portar no mundo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Através das figuras metodológicas denominadas expressões-chave (ECH), ideias centrais (IC) e ancoragens (AC) os pensamentos coletivos são resgatados e alcançam-se discursos-sínteses que reúnem as respostas dos indivíduos a partir de suas intercompatibilidades, formando o discurso do sujeito coletivo (DSC).

Todos os procedimentos éticos para a realização de uma pesquisa em que há o envolvimento de seres humanos foram atendidos. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia com o número de parecer 1.875.418.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização dos participantes**

A amostra da pesquisa foi composta por 21 idosos, sendo que destes 47,62% possuíam idade entre 60 e 79 anos e 52,38% eram idosos longevos, ou seja, com mais de 80 anos. 80,95% dos idosos eram do sexo feminino e 19,05% do sexo masculino. Quanto ao civil 47,62% eram viúvos (os) e 33,33% casados. 76,19% dos idosos eram alfabetizados e 23,81% não frequentaram a escola e nem foram alfabetizados. A renda de 85,71% dos idosos era de um a dois salários mínimos, e apenas em 14,29% a renda familiar era superior a três salários.

Em concordância com o que demonstra a literatura, o alongamento da vida é uma realidade concreta no Brasil e a feminização da velhice é um fenômeno correspondente. Estima-se que as mulheres vivem, de cinco a oito anos, em média mais que os homens. Esse fenômeno é conhecido e constatado não só no país, mas internacionalmente (NICODEMO; GODOI, 2010; ALMEIDA et al., 2015). A caracterização feminina da velhice é também resultado de uma desigualdade de gênero resultantes das práticas de vida e dos posicionamentos frente às questões de saúde. A inserção no mercado de trabalho, uso/abuso de álcool e fumo associados à busca pelo serviço de saúde são alguns dos pontos que diferenciam as condições de saúde da mulher e do homem e que tem grande seguimento com o avançar da idade (SANTOS; CUNHA 2015).

Em relação ao estado civil, na velhice a viuvez é comum e de maneira geral é uma condição que a sociedade atribui a essa fase por conta do crescimento da população mais idosa. Em qualquer fase da vida a viuvez tem uma repercussão importante, e na velhice associada as demais dificuldades, esta condição tem poder adicional conforme verificaremos adiante (RUBIO; WANDERLEY; VENTURA, 2011).

No que se refere ao grau de escolaridade dos idosos é importante lembrar que os idosos nasceram e viveram em um período de difícil acesso à educação, em especial as mulheres que foram educadas e conduzidas ao casamento e as atividades domésticas (ALMEIDA et al, 2015). O quantitativo de idosos analfabetos no país ainda é alto, cerca de 5,1 milhões e segundo IBGE esse número é maior entre as mulheres. Outras pesquisas desenvolvidas na área do envelhecimento, em confirmação aos resultados encontrados no presente estudo, também têm revelado o baixo nível educacional dos idosos apontando que a maioria destes não chegou a concluir o ensino fundamental (SOUSA et al; 2010, MELO et al; 2014).

Já em relação a renda familiar, a literatura tem destacado a importância da aposentadoria do idoso tanto como fonte de sustento da casa, quanto como fator determinante na organização do arranjo familiar e das possibilidades de cuidado e assistência (WENDT et al; 2015, PAULO et al., 2016).

### **Representações Sociais sobre o envelhecer**

Os resultados encontrados a partir das falas dos idosos revelam duas percepções distintas sobre o que é o envelhecer. Na categoria “O envelhecimento e as perdas” são encontradas as representações dos idosos que influenciados pela construção social

desvalorizam esta fase da vida, atribuindo o sentido prejuízos, doenças e sofrimento. Já na categoria “É bom por estar vivo” os idosos revelam um discurso positivo do envelhecer, apotando que algumas condições são naturais e demonstrando uma visão resiliente do processo.

### **O envelhecimento e as perdas**

A representação negativa sobre a velhice para os idosos com dependência funcional perpassa pela condição do enfrentamento das doenças incapacitantes e pelas perdas ocorridas nesta fase. Os participantes atribuem o sofrimento às perdas que advindas com a idade, sejam elas de entes, da capacidade funcional ou mesmo da capacidade laboral, como podemos observar no DSC a seguir:

*Eu acho que perdi, porque eu perdi um marido e depois que ele morreu aí que as coisas mudou. Eu perdi porque doente desse jeito, é sofrimento. Eu nunca dependi de ninguém, quem sou eu pra ficar alegre na vida. Pra mim eu acho que era melhor morrer logo porque depois de velho a gente fica só para sofrer né? Uns não, uns depois de velho não sofre, não tá doente, outros doentes sem ter quem cuide é só para sofrer, porque a gente ficou velha, então eu acho que eu perdi porque vem muita doença, fica sem poder fazer nada! Perdi muito, eu perdi, perdi a saúde, porque eu trabalhava muito e quando você trabalha mesmo, aí você sempre o recurso é mais, mas não da assim de você ser uma pessoa idosa e cuidar do seu corpo e cuidar da sua saúde até nisso não fica bem. Tem dia que eu passo aqui, o dinheirinho que eu pego aqui é a conta de pagar água, luz e telefone, funerária. Aí no fim do mês quando eu pego as contas eu fico com cinquenta reais. Um dia a gente tem que ficar velho né? Agora ganhar eu não ganhei não, se eu tivesse minhas pernas eu estava bem, mas eu não tenho. O ruim é só isso né? Mas tudo com Deus é com. Eu vivi agradecendo a Deus.*

Segundo Beauvoir (1970) a velhice aparece na sociedade como uma categoria social e uma condição desagradável, pois é comumente associada a uma decadência física. Para a autora, o lugar reservado àqueles com idade avançada é um universo de impotência e adoecimento que os coloca à margem da sociedade, já que seu fim é sempre a morte. “Uma vez chegada a dolorosa velhice, que torna o homem feio e inútil, as inquietações malignas não deixam mais seu coração e os raios do sol não lhe trazem nenhum reconforto” (BEAUVOIR, 1970, p. 124).

Outros estudos realizados com a temática também encontraram percepções semelhantes, em que a visão dos idosos sobre a velhice foi de uma fase de doenças, dependência e morte, o que reafirma o estereótipo negativo que vem sendo difundido acerca desta fase. Na pesquisa de Araújo et al., (2005), realizada com 100 idosos em João Pessoa-PB, foram emitidas representações negativas em torno do envelhecer destacando principalmente a relação doença e velhice. Já Daniel et al., (2015) desenvolveram um trabalho com idosos portugueses assistidos em um Centro Dia e desvelaram as representações sociais sobre o envelhecer através das evocações solidão, doença, dependência e tristeza. Os resultados encontrados por Tavares et al., (2012) em sua pesquisa com idosos dependentes funcionais na cidade Cascavel-PR também apontaram sentidos negativos associados aos sentimentos de tristeza, impotência e perdas.

O fato de perder alguém próximo representa para o idoso uma ruptura com o passado, pois não há privação apenas da presença, mas também de parte da sua história. Além disso, conforme apontado por Araújo et al., (2005) a morte é uma referência constante dos idosos, pois acreditam que esta seja mais frequente na velhice do que em outras fases da vida. Este pensamento acaba por promover um sentimento contínuo de dor e perda, levando-o a pensar mais na morte como algo próximo (CRUZ; FERREIRA, 2011).

Ademais, o paradigma cultural do idadismo que resulta numa valorização da juventude em detrimento da velhice reforça e alimenta este tipo de pensamento e tende a impor uma imagem negativa ao envelhecer. Há um peso moral em torno de ser produtivo que leva os idosos a enxergarem a velhice de maneira duplamente incapacitante. Mesmo que já tenham cumprido “a sua função” ao longo da vida, é comum que se sintam incompletos ou inúteis (SOUZA; MATIAS, 2010). Para Beauvoir: “Muitas vezes, o aposentado dá a seu corpo a atenção que seu trabalho não lhe exige mais, para muitos, a doença serve de desculpa para a inferioridade que, dali para frente, será seu quinhão” (BEAUVOIR, 1990, p. 370).

Os resultados apontados por Souza, Matias e Bretas (2010) demonstram como o trabalho possui grande relevância na vida dos idosos, conferindo-lhes bem-estar e autoestima. Na pesquisa de Lima et al., (2016) a questão do trabalho também surgiu com grande ênfase na representação dos idosos. Quando questionados sobre as mudanças em suas vidas advindas com a idade, em todas as respostas foi possível verificar como a evidência dada a condição laboral e o peso de não poderem mais exercer as suas atividades por conta de dependência funcional é significativa e dolorosa.

Tais significados além de estarem em consonância com os resultados encontrados na pesquisa e demonstrados pelo DSC, também confirmam a carga cultural e ideológica que permeia a vida destas pessoas e que influenciam diretamente nas suas representações.

É pela concepção de que na velhice é comum tornar-se fraco e mais propenso a adoecer que a representação negativa do envelhecimento vem sendo compartilhada e naturalizada na sociedade (CRUZ; FERREIRA, 2011). Conforme afirma Beauvoir, “é preciso que o corpo permaneça intacto para que a velhice seja feliz: uma bela velhice é aquela que tem lentidão da idade, mas sem deficiências” (1970, p. 136).

É possível observar também no DSC dos idosos um sentido de conformismo pela sua condição atual e em certa medida, um traço religioso que opera como um agente de enfrentamento. Este posicionamento levemente resignado e amparado no sentido religioso/espiritual também foi observado no estudo de Reis e Meneses (2017), em que os idosos revelaram uma disposição mais resiliente com o auxílio da espiritualidade.

Neste sentido, a próxima categoria irá demonstrar as representações mais positivas dos idosos quanto ao processo do envelhecer, centradas em um olhar mais resiliente.

### **Envelhecer é bom por estar vivo**

É importante pensar no envelhecimento como um processo complexo e particular que não possui um significado absoluto. A velhice precisa ser compreendida como o resultado das trajetórias e experiências de cada indivíduo e da forma como cada um vivencia e se adapta às suas manifestações. Para Freitas et al., (2010), o sentido atribuído a esta fase da vida dependerá dos valores, do estilo de vida, das redes de apoio e suporte afetivo que foram construídos no decorrer dos anos e são disponibilizados no presente.

Desta forma, as representações sociais dos idosos apontadas nesta categoria confirmam tal premissa ao demonstrar um olhar resignado diante do envelhecer. O sentimento de gratidão por terem alcançado uma idade avançada fica evidente no discurso, que apesar de reconhecer as mudanças e limitações, destaca como é fundamental estar vivo.

*Perder, eu não perdi não. A gente ganha porque vai ficando velha, vai vivendo, vai vendo mais coisa. Estou ganhando que eu tô vivendo mais e mais. Não tô perdendo nada. Cada dia que passa é mais um dia que Deus me deu, porque chegar na idade que eu tô, já ganhei muita coisa. Porque viver... eu tenho oitenta e quatro, e meu esposo tem noventa e quatro, e nós estamos aí, do jeito que nós vamos. Cadeira de rodas não falta para mim, tudo que precisa não falta. Só falta a saúde da perna porque a idade é a*

*idade. Então pra mim eu ganhei, porque 72 anos eu posso dizer pra mim eu ganhei. Estou aqui apesar de que já tive uns probleminhos de saúde comigo, mas graças a Deus eu estou vivo. Então trouxe coisa boa, porque a gente entende as coisas. A gente não vai fazer aquelas coisas que a gente fazia quando era novo né? Depois de velho tem que fazer as coisas que deve fazer, e eu não estou prestando pra mais nada. Há ganhos e perdas porque a juventude é a flor, e a velhice é a flor murchando, mas tem suas vantagens.*

A resiliência é uma denominação que vem sendo comumente discutida, principalmente no cenário do envelhecimento. Compreendida como a capacidade de adaptação e enfrentamentos diante de alguma adversidade, constitui um processo subjetivo que envolve tanto particularidades individuais, quanto do contexto socioambiental (SILVA JÚNIOR et al., 2019; FONTES; NERI, 2015).

No que se refere à pessoa idosa, diversos estudos apontam como este grupo populacional assume posicionamentos resilientes diante das mudanças advindas com a velhice. O convívio com doenças crônicas, limitações físicas e até mesmo o isolamento social são algumas das principais condições a serem enfrentadas pelos idosos. Entretanto, o comportamento resiliente associado ao universo da espiritualidade/religiosidade são estratégias positivas adotadas e referidas na literatura e pelos participantes do estudo.

Nas pesquisas de Rocha e Ciosak (2014) e Lima et al. (2016) também foram observadas percepções positivas sobre o envelhecimento amparadas na capacidade resiliente. Nesta postura, os idosos tendem a resistir aos fatores biológicos, psicológicos e sociais que constituem dificuldades ou declínios, assumindo uma conduta regeneradora, que funciona de maneira positiva, já que passam a encarar a velhice como um processo adaptativo (SILVA JÚNIOR et al., 2019).

Entretanto, cabe destacar que, segundo alguns achados, existem condições prévias que interferem na adoção da postura resiliente. Os achados de Silva Júnior et al., (2019), Batistoni et al., (2013), Ferreira et al., (2012) e Laranjeira (2007) demonstram que a resiliência foi maior apontada por idosos que contavam com fatores de proteção, pois esta estrutura de apoio auxiliava na redução dos eventos e efeitos negativos e na própria exposição à fatores de risco. Para Laranjeira (2007), o suporte social e o apoio familiar são exemplos de fatores de proteção que influenciam o posicionamento resiliente e que podemos observar no DSC dos idosos da pesquisa.

Segundo Freitas et al., (2010), a atenção integral à saúde e a segurança é uma condição fundamental para a experiência positiva do envelhecer. Nesse sentido é que a Organização Mundial de Saúde adotou o termo envelhecimento ativo com o propósito de transmitir uma

mensagem que reforce a característica multivariada do envelhecer e chame atenção para a necessidade de repensar o enfoque exclusivo ao tratamento de dores.

Novamente é possível verificar a importância do sentido da espiritualidade/religiosidade no discurso dos idosos. Segundo Leonardo Boff, “a espiritualidade é uma das fontes primordiais, embora não seja a única, de inspiração do novo, de esperança, de geração de um sentido pleno e de capacidade de autotranscendência do ser humano”. (BOFF, 2001, p.9).

Na pesquisa de Rocha e Ciosak (2014) a espiritualidade esteve relacionada ao posicionamento mais resiliente e otimista por parte dos idosos, o que segundo Duarte e Wanderley (2011) e Marinho et al., (2017) ocorre pelo fato da espiritualidade e religião atuarem como fatores de auxílio no enfrentamento de elementos estressores, e ocuparem um papel central na vida dos indivíduos, e no caso dos idosos tendem a diminuir os sentimentos de inutilidade e angústia, proporcionando bem-estar e auxiliando no ajustamento das transformações da velhice, ao possibilitar relações positivas com os outros, crescimento pessoal e autoaceitação (CARDOSO; FERREIRA, 2009). xxxxxx

Assim, partindo do pressuposto de que a velhice consiste em uma construção social, compreender o seu processo exige expandir o pensamento para além da subjetividade do ser velho, e alcançar a concepção da interação existente entre o biológico, o social e o histórico (CRUZ; FERREIRA, 2011), pois é partir de tal construção que os idosos revelam uma representação positiva do envelhecimento, ancorando-se nas memórias e nas experiências vivenciadas com os grupos sociais (MARINHO et al., 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento é uma questão que vem sendo altamente discutida na atualidade, principalmente pelo número crescente de idosos que vem sendo incorporada à população anualmente.

Apesar das melhorias nas condições de saúde que permitiram aos indivíduos viver cada vez mais, a população idosa passa a experimentar uma velhice cercada por doenças crônicas de alto poder incapacitante. Patologias como hipertensão, diabetes e as complicações advindas com estas, afetam a capacidade funcional dos indivíduos e impõe a condição de dependência.

O estudo em questão buscou conhecer as Representações Sociais de idosos com dependência funcional acerca do envelhecimento, entendendo que este é um processo é cercado por complexidades e singularidades.

Os resultados encontrados revelaram duas percepções distintas sobre o envelhecer. Uma parte dos idosos referenciou a velhice como uma fase de perdas e grande sofrimento. Ancorados na vivência atual, em que as doenças trouxeram grande limitação e dificuldades, os idosos referiram sentimentos de tristeza, incapacidade e insatisfação, principalmente com seu estado de saúde.

As representações apresentadas nesta categoria confirmam uma concepção presente no imaginário social de que a velhice é uma fase de adoecimento e dificuldades. Impossibilitados de realizar as suas atividades diárias e laborais, os idosos questionam seu papel e atestam o sentido da vida. Em consonância com o que vem sendo apontado pela literatura, a morte é prontamente referida como solução e como resultado único do que eles entendem pela velhice.

Tendo em vista que para a velhice não existe um conceito único e engessado, e que o sentido atribuído sofre grande influência das histórias de vida, das experiências e das redes de suporte de cada indivíduo, a segunda parte dos idosos revelou uma representação social bastante diferente em relação à apresentada na primeira categoria.

Centrados agora no sentimento de gratidão e demonstrando um posicionamento resiliente frente às dificuldades, os idosos referiram gratidão por estarem vivos apesar de reconhecerem as limitações impostas pela idade e pela sua condição de saúde. Nesta categoria podemos verificar dois elementos que são considerados importantes pela literatura no processo de resiliência.

O primeiro deles é a rede de suporte que o idoso dispõe. Conforme referido pelos participantes e evidenciado em outros estudos, possuir recursos humanos e materiais necessários auxilia no enfrentamento das adversidades, já que reduz o impacto e até mesmo a exposição aos fatores estressores. Já o segundo, está relacionado a questão da espiritualidade que comumente é referida pelos idosos e é apontada na literatura como elemento promotor de bem-estar, conforto emocional e autoaceitação.

Os resultados da pesquisa demonstram como é fundamental perceber as questões que cercam o envelhecimento e como este universo é permeado por particularidades e subjetividades. Este tipo de achado nos revela como o envelhecer ainda é cercado por preconceitos e estigmas que são culturalmente transmitidos ao longo das gerações, e como é necessário um novo olhar para esta fase, principalmente no que se refere à atuação dos profissionais de saúde.

Perceber o significado que a velhice possui para o idoso, permite não só traçar estratégias mais eficazes para o seu cuidado, como também auxilia na criação e promoção

de políticas que atendam satisfatoriamente as necessidades da população, não se limitando às questões da doença, e viabilizem um envelhecimento ativo que precisa ser construído ao longo da vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradecimento à CAPES no desenvolvimento deste trabalho, através da concessão de bolsa de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.V. et al. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.

ARAÚJO, L.F.; COUTINHO, M.P.L.; CARVALHO, V.Â.M.L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 118-131, Mar. 2005.

BALTES, P.B. On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. **American psychologist**, v. 52, n. 4, p. 366, 1997.

BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L.; TOMOMITSU, M.R.S.V.; VIEIRA, L.A.M.; OLIVEIRA, D.; CABRAL, B.E.; ARAÚJO, L.F. **Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade**. In: Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. São Paulo: Alínea; 2013. p. 267-281.

BEAUVOIR, S. A velhice. **Rio de Janeiro: Nova Fronteira**, v. 3, 1990.

BORTOLUZZI, E. et al. Prevalência e fatores associados a dependência funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 1, p. 85-94, 2017.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios : síntese de indicadores 2013. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 296 p. 2015.

CHAVES, R.N. Representações Sociais e Memória de idosos longevos sobre o processo de envelhecimento e a dependência funcional. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Disponível em: <http://www2.uesb.br/ppg/ppgmls/wp-content/uploads/2017/06/Dissert.-Renato-Novaes-Chaves.pdf>,

CIOSAK, S.I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1763-1768, 2011.

CRUZ, R.C.; FERREIRA, M.A. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 144-151, 2011.

DANIEL, F.; ANTUNES, A.; AMARAL, I. Representações sociais da velhice. **Análise Psicológica**, v. 33, n. 3, p. 291-301, 2015.

DIAS, M.A.F.; PAÚL, C.; WATANABE, H.A.W. Representações sociais de velhice e suas relações com declínio e finitude em comentários e críticas publicados na mídia. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 125-143, 2014.

DUARTE, F.M.; WANDERLEY, K.S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 49-53, Mar 2011

DUQUE, A.M.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.; EESKINAZI, F.M.V. Violence against the elderly in the home environment: Prevalence and associated factors Recife, State of Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.8, p.2199-2208, 2012.

FALLER, J.W.; TESTON, E.F.; MARCON, S.S. A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 128-37, 2015.

FERNANDES, J.S.G.; ANDRADE, M.S. Representações sociais de idosos sobre velhice. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 68, n. 2, p. 48-59, 2016.

FERREIRA, C.L.; SANTOS, L.M.O.; MAIA, E.M.C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 328-334, 2012.

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

FREITAS, C. M.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J.A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, abr./jul. 2010.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, June 2010.

JÚNIOR, S. et al. A capacidade de resiliência e suporte social em idosos urbanos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 7-16, 2019.

LARANJEIRA, C.A.S. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Pesquisa de Representação Social**. Um enfoque qualitativo. Brasília (DF): Liberlivro, 2012

LIMA, P.V. et al. Memória de idosos longevos com dependência funcional a respeito do trabalho. **Ciência & Desenvolvimento-Revista Eletrônica da FAINOR**, v. 9, n. 1, 2016.

LIMA, P.V.; VALENÇA, T.D.C.; REIS, L.A. Envelhecer com dependência funcional: construindo estratégias de enfrentamento. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 2, 2017

MARINHO, M.S et al. Longevidade e espiritualidade: o envelhecer como uma dádiva de Deus. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 14, n. 2, 2017.

MELLO, A.C.; ENGSTROM, E.M.; ALVES, L.C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p.1-25, jun, 2014.

MENESES, D.L.P.; SILVA JÚNIOR, F.J.G.; MELO, H.S.F.; SILVA, J.C.; LUZ, V.L.E.S.; FIGUEIREDO, M.L.F. A dupla face da velhice: o olhar de idosos sobre o processo de envelhecimento. **Enfermagem em Foco**, v.4, n. 1, p. 15-18, 2013.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. In: **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2009.

NICODEMO, D.; GODOI, M.P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, p. 40-53, 2010.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3. ed. Washington, DC, 2003.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 2-12, 2002.

PAULO, M.A.; WAJNMAN, S.; HERMETO, A.M. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **Anais**, p. 1-21, 2016.

PEREIRA, J.K.; GIACOMIN, K.C.; FIRMO, J.O.A. A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1451-1459, 2015.

REIS, L.A.; MENEZES, T.M.O. Religiosity and spirituality as resilience strategies among long-living older adults in their daily lives. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017.

RUBIO, M.E.; WANDERLEY, K.S.; VENTURA, M.M. A viuvez: a representação da morte na visão masculina e feminina. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 137-147, 2011.

SÁ, C.P. Núcleo central das representações sociais. In: **Núcleo central das representações sociais**. 2002.

SANTOS, G.S.; CUNHA, I.C.K.O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 4, n. 2, p. 1135-1145, 2015.

SCHRAMM, J.M.A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.

SOUSA, J.D.; WHITE, H.J.; SOARES, L.M.; NICOLOSI, G.T.; CINTRA, F.A.; D'ELBOUX, M.J. Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n.2, p. 321-328, 2010.

SOUSA, K.T et al. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3513-3520, 2014.

SOUZA, R.F.; MATIAS, H.A. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2835-2843, 2010.

STAUDINGER, U.M.; MARSISKE, M.; BALTES, P.B. Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. **Development and Psychopathology**, v. 5, n. 4, p. 541-566, 1993.

TAVARES, K.O.; SCALCO, J.C.; VIEIRA, L.; SILVA, J.R.; BASTOS, C.C.C.B. Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n. 3, p. 105-118, 2012.

WENDT, C.J.K. et al . Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 68, n. 3, p. 406-413, June 2015 .

## RINITE E ASMA EM IDOSOS: FENÓTIPOS EMERGENTES E A POLIFARMÁCIA

Raquel Fragoso Pereira Cavalcanti<sup>1</sup>  
Francisco Allysson Assis Ferreira Gadelha<sup>2</sup>  
Giciane Carvalho Vieira<sup>3</sup>  
Marcia Regina Piuvezam<sup>4</sup>

### RESUMO

A rinite e/ou a asma em idosos ocorrem em indivíduos com mais de 60 anos de idade. O impacto dessas doenças e o significativo aumento da população idosa mundial justificam a necessidade de estudos e tratamentos que atendam essa população. Diante do exposto, o presente trabalho teve como objetivo revisar os fenótipos descritos na rinite e na asma em idosos, identificar as principais comorbidades bem como a polifarmácia relacionada a essas doenças. Uma revisão da literatura foi realizada por meio de artigos publicados entre os anos de 2008 e 2018 nas bases de dados *Ebrary*, *Pubmed* e *Science direct (Elsevier/ Scopus)*, utilizando os descritores: *rhinitis*, *asthma*, *elderly*, *phenotypes* e *polypharmacy*. Com base nos resultados encontrados foi possível identificar a maior incidência de rinite e/ou de asma não alérgica em idosos correlacionadas ao uso de medicamentos para uma ampla variedade de condições médicas, configurando a polifarmácia, a qual pode ser uma causa para o desenvolvimento da rinite e/ou da asma não alérgica nesta faixa etária. Em adição, opções terapêuticas, no tratamento dessas doenças, são limitadas uma vez que há escassez de ensaios clínicos direcionados ao tratamento desse público. Considerando as mudanças físicas, mentais e farmacocinéticas nos idosos faz-se necessário orientações farmacêuticas somadas ao diagnóstico correto do fenótipo da rinite e/ou da asma, a fim de definir o tratamento terapêutico adequado e, portanto, minimizar a evolução de comorbidades e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

**Palavras-chave:** Rinite, Asma, Idosos, Fenótipos, Polifarmácia.

### INTRODUÇÃO

A rinite e/ou a asma em idosos são definidas quando ocorre em uma população 60 ou mais anos de idade. Estudos revelam que a rinite e a asma são doenças que apresentam alta prevalência nos idosos encontrando-se, muitas vezes, associadas (SEIDMAN et al., 2015).

A rinite é um termo geral que descreve o aparecimento de sintomas como: congestão nasal, rinorreia, espirros e prurido, resultantes de um processo inflamatório da mucosa nasal.

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de pós graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, [raquelfragoso@hotmail.com](mailto:raquelfragoso@hotmail.com);

<sup>2</sup> Mestrando do Programa de pós graduação em Produtos Naturais e Sintéticos Bioativos da Universidade Federal da Paraíba- UFPB, [allyssonassis@hotmail.com](mailto:allyssonassis@hotmail.com);

<sup>3</sup> Professora do Departamento de Morfologia e pesquisadora do Programa de Pós Graduação em Biotecnologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [gicianecvieira@ccs.ufpb.br](mailto:gicianecvieira@ccs.ufpb.br);

<sup>4</sup> Professora orientadora: doutora, pesquisadora CNPq, Departamento de Fisiologia e Patologia da Universidade Federal da Paraíba - UFPB, [mrpiuvezam@lft.ufpb.br](mailto:mrpiuvezam@lft.ufpb.br).

Em adição, provoca deficiência no sono, desvio comportamental e psicológico, chegando a ocasionar comprometimento da qualidade de vida dos pacientes (VUURMAN et al., 2014). A rinite é uma das doenças mais comum em todo o mundo e apresenta significativa morbidade, elevados custos financeiros, além de ser o fator de risco para o desencadeamento da asma (ZUBERBIER et al., 2014).

A asma é definida como uma doença heterogênea, caracterizada por um processo inflamatório crônico pulmonar associado a uma hiper-reatividade das vias aéreas (GINA, 2018). Como sinais e sintomas clínicos temos: a sibilância, a falta de ar, a tosse e a sensação de aperto no peito desencadeados por diversos fatores, tais como: exercícios físicos, exposição aos alérgenos ou a substâncias irritantes, mudanças climáticas e infecções respiratórias virais (LAMBRECHT; HAMMAD, 2015).

A comorbidade entre essas duas doenças é íntima (BROZEK et al., 2017), considerada por alguns autores como uma única doença das vias aéreas (BOUSQUET et al., 2008). A rinite não tratada ou incorretamente manejada eleva em até três vezes o risco de exacerbação asmática. Além da hiper-reatividade brônquica ser frequente em pacientes com rinite (BROZEK et al., 2017).

A abordagem dessas doenças respiratórias nos idosos é reconhecidamente uma necessidade emergente, tendo em vista o impacto delas e o significativo aumento da população idosa em vários países do mundo, incluindo o Brasil. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstrou o crescimento da população idosa em 16,0% em 2012 e chegou a 29,6 milhões no ano de 2017 (IBGE, 2017). Outra variável importante é a prescrição de medicamentos para uma ampla variedade de condições médicas, configurando a polifarmácia, a qual pode contribuir para o desenvolvimento da rinite e/ou da asma nessa faixa etária.

Diante do exposto o presente trabalho teve como objetivo revisar os fenótipos descritos para a rinite e para a asma em idosos e identificar os principais itens relacionados às comorbidades e à polifarmácia, contribuindo, portanto, para o cuidado farmacêutico e estimular as pesquisas sobre o acompanhamento dessas condições nos idosos.

## **METODOLOGIA**

O presente estudo trata-se de um descritivo a partir de revisão da literatura por meio da seleção de artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases de dados *Ebrary*,

*Pubmed e Science direct (Elsevier/ Scopus)* tendo a busca ocorrida entre os meses de março e abril de 2019, utilizando os descritores: *rhinitis, asthma, elderly, phenotypes e polypharmacy*.

Para critérios de inclusão foram considerados: I- artigos com palavras-chave no título, II- data da publicação do artigo III- resumo ou texto integral. Quanto aos critérios de exclusão foram elencados referências que se apresentaram como artigos de revisão de literatura, resumos, dissertações e teses, e artigos publicados antes do ano 2008, nas bases científicas de dados.

A seleção dos artigos encontrados nas diferentes bases de dados foi realizada em cinco etapas: I - identificação do tema e seleção dos artigos de pesquisa; II- estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; III - identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; realizando a leitura criteriosa dos títulos, resumos e palavras-chave de todas as publicações completas localizadas para determinar se estavam conforme os critérios de inclusão do estudo; IV- análise e interpretação das principais ideias, e V- apresentação da revisão/síntese do conhecimento para a elaboração do artigo.

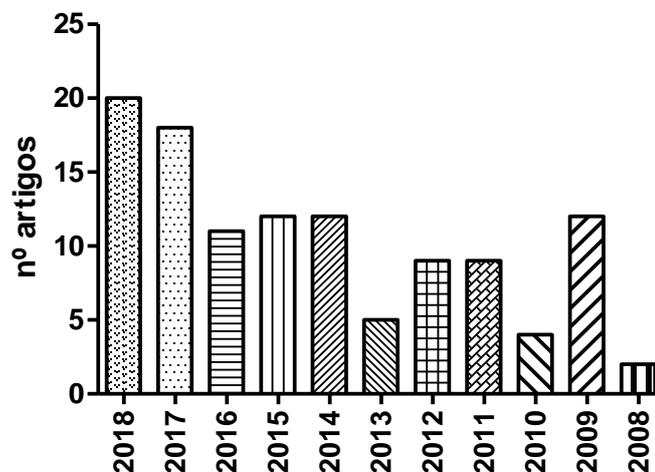
Para nortear esse estudo foi elaborado o seguinte questionamento: Quais os principais tipos de rinite e/ou de asma em idosos e qual a relação dessas com outras doenças e medicamentos já prescritos para esse público?

Por se tratar de uma revisão, com dados de livre acesso, em que não há implicações diretas aos seres humanos, não houve a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No estudo em questão, foram encontrados 116 artigos que atenderam aos critérios estabelecidos (37 artigos de revisão e 79 artigos de pesquisa). Um aumento do número de artigos sobre asma e rinite em idosos foi observado no decorrer dos 10 anos analisados como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1. Número de artigos que atenderam aos critérios de inclusão propostos



GraphPad Prism® versão 5.01 (GraphPad Software Inc., San Diego CA, EUA). Artigos científicos publicados em periódicos indexados nas bases de dados *Ebrary*, *Pubmed* e *Science direct* (*Elsevier/ Scopus*) tendo a busca ocorrida entre os meses de abril e maio de 2019, utilizando os descritores: *rhinitis*, *asthma*, *elderly*, *phenotypes* e *polypharmacy*.

Fonte: CAVALCANTI et al., 2019

Estima-se que a rinite alérgica ocorra em até 12% dos pacientes com mais de 60 anos e está se tornando cada vez mais reconhecida como comum em idosos (SHARGORODSKY et al., 2015). Um estudo com asmáticos na Noruega, acompanhados por 11 anos, mostrou um risco maior para pacientes mais velhos, além disso, a incidência de asma em 1.000 pessoas/ano apresenta a maior porcentagem (5,4%) na faixa etária de 50 a 70 anos de idade (MOORMAN et al., 2012).

A rinite e a asma em idosos podem ser influenciadas por alterações fisiológicas relacionadas à idade, como o aumento dos efeitos colinérgicos e alterações anatômicas. Entre essas alterações anatômicas estão alterações estruturais atroficas no tecido conjuntivo, glândulas mucosas e vasculatura nasal. Essas alterações resultam em ressecamento da mucosa, diminuição do fluxo sanguíneo, aumento da congestão nasal contribuindo para o desenvolvimento de atrofia local muitas vezes aumentando ou complicando outras causas da rinite (WALLACE et al., 2008). Quanto ao trato respiratório inferior, um pulmão senil é caracterizado pelo estreitamento de bronquíolos, aumento dos ductos alveolares e achatamento dos sacos alveolares decorrentes de alterações do colágeno e elastina. Ainda pode apresentar aumento do volume de ar nos ácinos devido ao aumento do volume de ar nos

ductos alveolares, denominados de ductectasias, sendo uma alteração fisiológica do envelhecimento (VAN DE VOSSE et al., 2017).

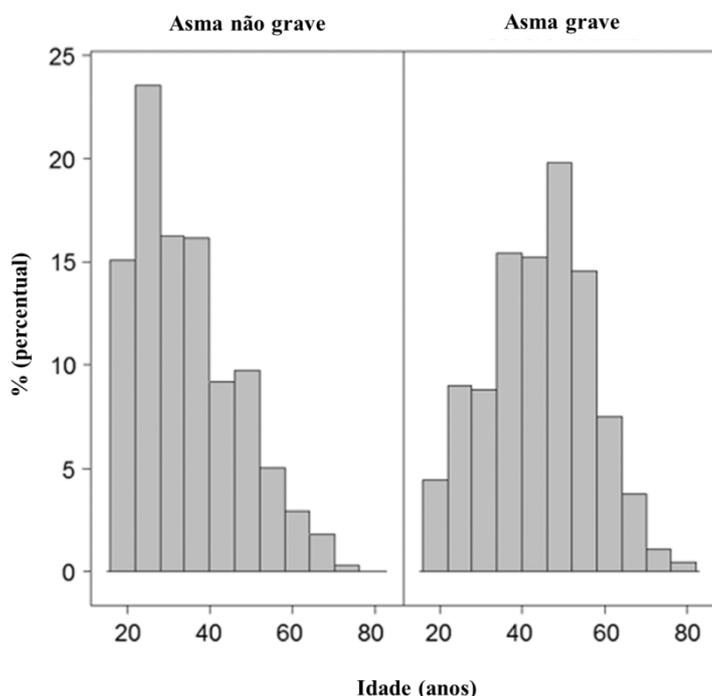
A rinite e a asma nos idosos podem ser desencadeadas pelas causas que são comuns em outras idades; no entanto, a prevalência se apresenta diferente, as causas não alérgicas são mais prevalentes com o avançar da idade (SLAVIN, 2010).

Como os idosos são mais propensos à polifarmácia, os medicamentos podem ser uma causa contribuinte para a rinite crônica nessa faixa etária. A rinite induzida por medicamentos pode ser causada por vários mecanismos, incluindo Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA), inibidores seletivos da fosfodiesterase 5 (PDE5), e antagonistas dos receptores alfa adrenérgicos (SHAH et al., 2010). Além de contribuírem para o desenvolvimento da rinite, os medicamentos utilizados pelos idosos podem interferir na sensibilidade do teste cutâneo, o que é preocupante, devido à maior prevalência de uso de medicamentos nessa faixa etária. A idade demonstra ser um importante fator interferente no teste cutâneo, as alterações relacionadas à idade na pele suprimem a resposta a esses testes podendo levar a um subdiagnóstico de rinite alérgica em idosos. Diante desse cenário, estudos apoiam que o teste de alérgenos seja realizado *in vitro* quando se tratar de idosos (JUNG et al., 2010).

O teste de broncoprovocação com metacolina pode ser útil e é um método seguro e eficaz para descobrir a asma em idosos. Um teste com resultado negativo exclui asma; um teste positivo deve ser interpretado e incluir uma avaliação clínica (COCKROFT, 2010).

A asma grave ocorre mais frequentemente em pacientes idosos, como mostram os resultados da pesquisa americana realizada a partir de um estudo transversal com dados coletados prospectivamente a partir de participantes adultos (N = 1130; 454 com asma grave). (Gráfico 2). Os autores sugerem que o maior risco de asma grave em indivíduos mais velhos é devido ao envelhecimento, e é independente da duração da asma. O histograma mostra a distribuição por diferença de idade entre asmáticos graves e não graves. A distribuição de asmáticos não graves apresentou um desvio à esquerda refletindo a idade mais jovem, e asmáticos graves foram prevalente na idade avançada.

Gráfico 1. Distribuição percentual por faixa etária da asma grave e não grave



Fonte: adaptado de ZEIN et al., 2015

### Rinite e asma alérgicas

A rinite e a asma alérgicas são distúrbios atópicos crônicos das vias aéreas caracterizadas por compartilharem mecanismos histopatológicos comuns, apresentando resposta imune TH<sub>2</sub> (resposta imune tipo 2) com infiltração eosinofílica, metaplasia das células caliciformes na mucosa subepitelial, bem como aumento nos níveis séricos de imunoglobulinas alérgeno-específicas (IgE). Um componente chave para diagnosticar esses fenótipos é o grau de sensibilidade ao alérgeno auxiliados por testes cutâneos e intracutâneos ou testes séricos para IgE alérgeno-específica. Estudos demonstram que a sensibilização ao alérgeno, bem como a IgE total, diminuem com a idade (WARM et al., 2012).

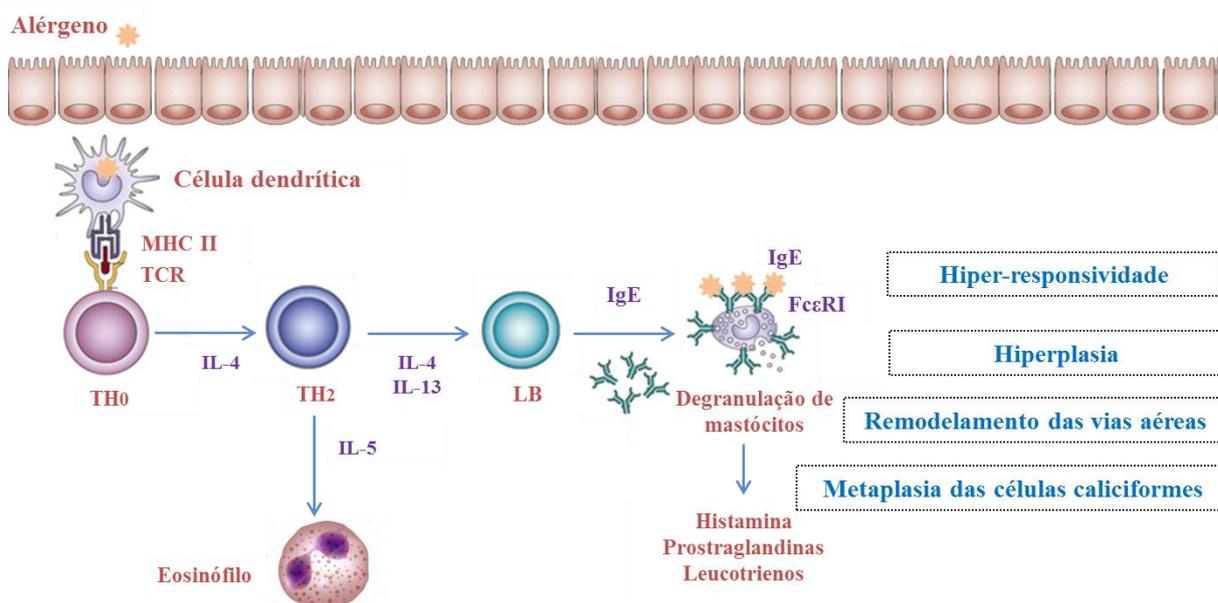
No contato do alérgeno com o organismo geneticamente predisponente, ocorre a apresentação e ativação, via complexo principal de histocompatibilidade de classe II (MHC-II) por células apresentadoras de antígenos (macrófagos, células dendríticas e linfócitos B), para os linfócitos T auxiliares (LThelper – TH<sub>0</sub>), que se diferenciam em linfócitos do tipo TH<sub>2</sub>. As células TH<sub>2</sub>, por sua vez, sintetizam citocinas tais como IL-4 e IL-13 as quais promovem a diferenciação de linfócitos B em plasmócitos produtores de IgE específicas para

o alérgeno sensibilizante. A IL-4 também participa no processo de indução e diferenciação dos LT naives (LTH<sub>0</sub>) para TH<sub>2</sub> (LLOYD, 2010).

A IL-5 produzida por LTH<sub>2</sub> é responsável pela diferenciação, mobilização, ativação, recrutamento, sobrevivência e crescimento dos eosinófilos. A eosinofilia bem como as ações das citocinas IL-4, IL-5 e IL-13 contribuem para a hiper-responsividade das vias aéreas em quadros alérgicos, que é caracterizada pelo aumento da sensibilidade do paciente a diversos estímulos como ar frio, exercícios físicos, poeira, fumaça e substâncias químicas (BROZEK et al., 2017).

A participação de mastócitos em alergias depende dessa resposta imune adaptativa que leva a célula B a produzir IgE. A ligação de alta afinidade da IgE ao seu receptor (FcεRI) nos mastócitos proporciona a ligação antígeno receptor. A combinação cruzada de um peptídeo do alérgeno com no mínimo duas moléculas de IgE ligadas ao FcεRI presentes na membrana plasmática de mastócitos teciduais leva a liberação de mediadores tais como: histamina, prostaglandinas e leucotrienos promovendo prurido, broncoconstrição, vasoconstrição, aumento da permeabilidade vascular, secreção de muco e migração celular causando edema e inflamação (PAWANKAR, 2011).

Figura1. Fisiopatologia da rinite e asma alérgicas



MHC II: complexo principal de histocompatibilidade de classe II; TCR: Receptor de Célula T; TH<sub>0</sub>: linfócitos T auxiliares virgens; TH<sub>2</sub>: linfócitos T auxiliares da resposta tipo 2; LB: linfócito B; FcεRI: receptor de alta afinidade para a porção Fc da IgE.

Fonte: CAVALCANTI et al., 2019

## **Rinite e asma não alérgicas**

O quadro não alérgico é caracterizado por sintomas semelhantes àqueles observados nas doenças alérgicas, entretanto, há ausência de eventos específicos dependentes de IgE. O diagnóstico é baseado na história clínica e na exclusão de outras causas a serem consideradas. Os sintomas da rinite e da asma não alérgicas podem ser persistentes, intermitentes, sazonais (climáticos) e ou provocados por fatores desencadeantes desconhecidos. Esses estímulos incluem ar frio, mudanças no clima, odores fortes, poluentes, produtos químicos e exercícios. Em 2006 uma Pesquisa Nacional de Exame de Saúde e Nutrição comprovou a maior incidência de quadros não alérgicos em idosos (54 a 85 anos) (SHARGORODSKY et al., 2015). A rinite vasomotora, rinite atrófica, rinite gustatória são os tipos mais comuns de rinite não alérgica em idosos.

Algumas doenças sistêmicas podem apresentar sintomas semelhantes aos da rinite e da asma não alérgicas e devem ser precisamente diferenciadas. As doenças reumatológicas, como a granulomatose de *Wegener* e a sarcoidose, clinicamente caracterizadas por manifestações no nariz, faringe e o envolvimento pulmonar são exemplos comuns os quais requerem testes e tratamentos específicos (RODRIGUES et al., 2012). A rinite infecciosa, mais comumente, é devido a uma infecção viral do rinovírus. Outras causas microbianas incluem tuberculose, rinoscleroma e fungo. O desequilíbrio hormonal, como na menopausa, pode levar à rinite. Somado a esses exemplos, as neoplasias malignas podem apresentar sintomas de rinite e devem ser investigadas com endoscopia nasal e, complementadas, com exames de imagem (CHOI et al., 2017).

## **Rinite e asma mista**

As condições clínicas não alérgica e alérgica são frequentemente observadas (44% a 87%) em pacientes alérgicos. Essa condição é chamada de rinite e asma de mista caracterizando a Síndrome de Rinite e Asma Alérgicas Combinadas (CARAS –*Combined Asthma and Rhinitis Allergic Syndrome*) e tem múltiplos desencadeantes (pólenes, mudança no clima, odores fortes). A apresentação clínica pode ser variável e caracteriza-se por sintomas de rinite intermitente ou persistente que não são totalmente explicados. Apesar da apresentação clínica muitas vezes semelhante, é importante avaliar a presença de ambos, identificando os desencadeantes dos sintomas. O reconhecimento da co-ocorrência dessas duas condições clínicas comuns, ajudará os profissionais da saúde a fornecer o tratamento

mais eficaz e adequado e auxiliar na redução de morbidades significativas associadas a ambas as doenças (SETTIPANE, 2011).

### **Opções terapêuticas**

As opções de tratamento para rinite alérgica e não alérgica em idosos são limitadas pela escassez de ensaios clínicos direcionados ao tratamento desse público. Em adição, há grande potencial de interações medicamentosas e reações adversas com os outros medicamentos já prescritos. A seleção de tratamentos farmacológicos para pacientes idosos requer abordagens empíricas relacionadas aos fatores fisiológicos específicos dependentes da idade, como alterações metabólicas, alterações na mucosa nasal, dificuldade para engolir e problemas visuais ou motores que influenciam na resposta terapêutica. Embora os anti-histamínicos orais estejam associados a uma maior incidência de eventos adversos e interações medicamentosas em idosos, em comparação com indivíduos mais jovens, os anti-histamínicos tópicos podem ser mais bem tolerados (BROZEK et al., 2010). Em relação aos descongestionantes orais, seus efeitos simpaticomiméticos são preocupantes na presença de comorbidades mais comuns em idosos. Os antagonistas dos receptores de leucotrienos têm o potencial de interações com uma ampla gama de drogas. Os corticosteróides intranasais melhoram a congestão e a função olfatória e parecem ter perfis de segurança e eficácia favoráveis em indivíduos idosos com rinite alérgica, semelhantes à de uma população mais jovem. Estudos comparativos ajudaram a elucidar o alívio dos sintomas fornecidos e o custo associado a essas diferentes classes de medicamentos (BOM; PINTO, 2009).

### **Comorbidades e a polifarmácia**

As doenças respiratórias apresentam causas multifatoriais e na sua fisiopatologia e estão envolvidos mediadores inflamatórios como histamina, leucotrienos, prostaglandinas e citocinas, os quais são liberados em resposta a estímulos alérgicos e não alérgicos. A circulação periférica desses mediadores em uma quantidade expressiva desencadeia uma inflamação sistêmica. Essa sequência de fenômenos pode aumentar o risco de eventos trombóticos cerebrovasculares. A rinite alérgica e a exposição do trato respiratório superior a fatores desencadeantes inflamatórios, como infecções, alérgenos e poluentes, têm sido reconhecidas como um aumento do risco de acidente vascular cerebral e de internações hospitalares causadas por outras patologias vasculares (ONUFRACK et al., 2008).

Os asmáticos têm maior suscetibilidade à aterosclerose, o que provavelmente está relacionado às vias inflamatórias inerentes a ambas as doenças. Como por exemplo, os leucotrienos são mediadores inflamatórios potentes implicados na patogênese da asma e da aterosclerose. Um estudo demonstrou uma relação entre a espessura da camada íntima média de carótidas e a asma adulta em mulheres. Mulheres com início tardio de asma têm um aumento da incidência de acidente vascular cerebral e doença cardíaca coronariana. A suscetibilidade feminina está ligada as mudanças nos níveis de estrogênio. Geralmente, a asma não controlada aumenta após a puberdade e após a menopausa, sugerindo uma modulação hormonal na gravidade da doença e provavelmente também nas ações inflamatórias de citocinas e leucotrienos. A asma é considerada um fator de risco para os distúrbios vasculares mencionados, independente do tabagismo, do índice de massa corporal e da atividade física (MCKEEVER et al., 2008).

Doenças metabólicas, como diabetes, podem modificar a evolução da asma. Tem sido observado que as hiperglicemias estão associadas à função pulmonar prejudicada, e tanto as hiperglicemias como a asma estão associadas à inflamação sistêmica. Uma dieta rica em frutas e vegetais é associada a um risco reduzido de asma diagnosticada precocemente e de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Os efeitos anti-inflamatórios dos ácidos graxos do tipo ômega-3 podem modular a atividade inflamatória e reduzir o risco de asma e DPOC (ATHARI; OMIDI, 2014).

A obesidade é um distúrbio metabólico ou nutricional, que também é considerado um fator predisponente para asma, principalmente em mulheres. A dispneia é resultado de broncoconstrição e hiperinsuflação dinâmica que se apresentam amplificadas em indivíduos obesos. Sintomas e testes de função respiratória podem ser difíceis de avaliar em pacientes asmáticos obesos porque a dinâmica pulmonar é afetada por uma redução na complacência da parede torácica e por mudanças na resistência das vias aéreas (SUTHERLAND et al., 2008).

Vários estudos têm apontado uma associação entre o câncer de pulmão e outras doenças pulmonares, como a asma brônquica, a bronquite crônica, o enfisema pulmonar e a tuberculose pulmonar, após abandono de hábitos tabágicos. O aumento do risco de desenvolver câncer de pulmão tem sido relatado em indivíduos com dispneia para tosse em ambos os sexos. Além disso, foi visto que o processo inflamatório crônico e a apoptose reduzida podem estimular a proliferação celular local favorecendo as doenças pulmonares malignas. A tentativa de modular a inflamação pulmonar pode ajudar a prevenir o desenvolvimento tardio do câncer de pulmão (FROSTAD et al., 2008).

É importante considerar que o indivíduo idoso tem peculiaridades que dificultam a obtenção do efeito máximo dos medicamentos. A literatura que se refere ao idoso, assume o termo “polifarmácia”, que designa o grande número de fármacos hoje disponíveis e largamente utilizados por um mesmo paciente. Muitos dos problemas terapêuticos enfrentados pelo idoso podem ser decorrentes do uso inadequado de medicamentos, reações adversas, dose irregular (esquecimento do paciente, falta de atenção do cuidador ou tentativa de retirada inadvertida). A dificuldade de entendimento e de leitura das bulas também desfavorece esse quadro. Em adição, a senescência também atinge o metabolismo hepático e renal, que se tornam menos eficientes, especialmente quando há utilização de quatro ou mais fármacos, predispondo a interações ou incompatibilidades medicamentosas (PUISIEUX et al., 2011).

### **O papel do farmacêutico no manejo da asma e da rinite em idosos**

O manejo correto da rinite pode começar nas unidades de prestação de assistência farmacêutica, as farmácias. Os farmacêuticos são profissionais de saúde de confiança para fornecer orientação apropriada aos pacientes. Um farmacêutico deve ser capaz de reconhecer os sintomas de rinite, avaliá-los e determinar se o paciente deve ser encaminhado a um médico da atenção primária. Os pacientes podem ter sido diagnosticados previamente por um médico, autodiagnosticados, diagnosticados erroneamente ou não diagnosticados (GREINER et al., 2011)

Pacientes que apresentam sintomas isolados, congestão sem outros sintomas, rinorreia purulenta com muco espesso, gotejamento pós-nasal, dor, epistaxe recorrente ou perda do olfato devem ser encaminhados a um médico e não devem ser tratados com Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs). Os pacientes também devem ser encaminhados em casos de gravidez, asma diagnosticada, apresentar sinais de dispneia, em uso de qualquer medicamento que possa estar causando sintomas, ou que não responda à terapia dos MIPs (BROZEK et al., 2010). Os principais medicamentos que podem causar sintomas de rinite estão ilustrados na tabela a seguir (Tabela 1).

Tabela 1. Medicamentos que podem causar ou contribuir para rinite

<b>Classes de medicamentos</b>	<b>Fármacos</b>
Anti-inflamatórios não-esteroidais	Aspirina
$\alpha$ bloqueadores	Doxazosina
$\beta$ bloqueadores	Carvedilol
Antagonistas de canais de cálcio	Anlodipina
Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA)	Captopril
Diuréticos	Furosemida
Contraceptivos orais	Estradiol
Inibidores de fosfodiesterase 5	Sildenafil

Fonte: CAVALCANTI et al., 2019

Tal como acontece com qualquer dispensação de medicamentos, um paciente deve ser orientado sobre quando esperar alívio dos sintomas, principalmente no caso de esteroides intranasais, a importância da continuidade do tratamento, sobre a técnica de administração apropriada para formulações intranasais, especialmente para evitar o contato com septo nasal, o que poderia levar a danos desnecessários. A administração inadequada, como falha na preparação correta do dispositivo, também pode levar à diminuição da eficácia, devido ao paciente não receber a dose total recomendada (BAPTIST; NYENHUIS, 2018).

No caso de medicamentos que contenham pseudoefedrina é importante que o farmacêutico enfatize que tal medicamento só deve ser usado em curto prazo para o alívio do congestionamento. É necessário que os pacientes estejam cientes dos efeitos colaterais comuns que podem esperar e dos eventos adversos graves que devem ser relatados ao seu médico (GREINER et al., 2011).

A educação adequada do paciente e a orientação técnica podem fazer a diferença na otimização dos resultados terapêuticos. O farmacêutico desempenha um papel impactante na identificação de doenças não diagnosticadas ou não tratadas, aumentando a colaboração entre todos os prestadores de cuidados de saúde para fornecer cuidados de saúde e tratamentos ideais para o paciente, melhorando a qualidade de vida dos pacientes e reduzindo a carga de comorbidades associadas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão bibliográfica possibilitou a construção do conhecimento científico sintetizado sobre a rinite e a asma em idosos. A partir dos estudos analisados ainda existem lacunas significativas no conhecimento sobre o tema, variando da fisiopatologia à prevalência e aos tratamentos ideais.

Entretanto a tendência é um progresso no conhecimento, pois, com o aumento do número de idosos na população mundial, o interesse científico e clínico da rinite e da asma associadas ou não nos idosos aumentará. O diagnóstico correto desses pacientes é necessário para tornar o tratamento seletivo, minimizar as comorbidades e melhorar a qualidade de vida dessa faixa etária.

Quanto às opções terapêuticas escolhidas, atenta-se para sua administração com cautela em idosos devido as outras doenças crônicas, polimedicação e disfunções orgânicas. A cooperação entre médicos e pacientes idosos e seus familiares ou cuidadores no diagnóstico e tratamento de qualquer doença respiratório também é extremamente importante.

## REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. IBGE. PNAD 2016: população idosa cresce 16,0% frente a 2012 e chega a 29,6 milhões, 2017- Estatísticas sociais. IBGE, 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/>>. Acesso em 20 de abril de 2019.

ATHARI, S. S.; OMIDI, R. Report of a patient with complex composites of hepatitis B virus, allergic asthma and diabetes. **Asian Pacific journal of tropical biomedicine**, v. 4, p. 59-61, 2014.

BAPTIST, A. P.; NYENHUIS, S. M. Rhinitis of the Elderly. **In Rhinitis and Related Upper Respiratory Conditions**, v.13, p. 123-136, 2018.

BOM T.; PINTO A. M. Allergic respiratory diseases in the elderly. **Respiratory medicine**, v. 103, p. 1614-1622, 2009.

BOUSQUET, J.; KHALTAEV, N.; CRUZ, A. A.; DENBURG, J.; FOKKENS, W. J.; TOGIAS, A.; AGACHE, I. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA). **Allergy**, v. 63, p. 8-160, 2008.

BROZEK, J. L.; BOUSQUET, J.; AGACHE, I.; AGARWAL, A.; BACHERT, C.; BOSNIC-ANTICEVICH, S.; DE SOUSA, J. C. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines—2016 revision. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 140, p. 950-958, 2017.

BROZEK, J. L.; BOUSQUET, J.; BAENA-CAGNANI, C. E.; BONINI, S.; CANONICA, G. W.; CASALE, T. B.; SCHÜNEMANN, H. J. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma

(ARIA) guidelines: 2010 revision. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 126, p. 466-476, 2010.

CHOI, J. H.; HWANG, S. H.; SUH, J. D.; KIM, J. K.; HONG, S. C.; LIM, Y. C.; CHO, J. H. Menopausal hormone therapy may increase non-allergic rhinitis among postmenopausal women: Results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2010–2012). **Maturitas**, v. 102, p. 46-49, 2017.

COCKCROFT, D. W. Direct challenge tests: airway hyperresponsiveness in asthma: its measurement and clinical significance. **Chest**, v. 138, p. 18S-24S, 2010.

FROSTAD, A.; SOYSETH, V.; HALDORSEN, T.; ANDERSEN, A.; GULSVIK, A. Impact of respiratory symptoms on lung cancer: 30-year follow-up of an urban population. **Lung Cancer**, v. 60, p. 22-30, 2008.

GINA. Global Initiative For Asthma. Global Strategy for asthma management and Prevention, 2018. Disponível em: <<https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002>>. Acesso em 07 de abril de 2019.

GREINER, A. N.; HELTINGS, P. W.; ROTIROTI, G.; SCADDING, G. K. Allergic rhinitis. **The Lancet**, v. 378, p. 2112-2122, 2011.

JUNG, Y. G.; CHO, H. J.; PARK, G. Y. Comparison of the skin-prick test and Phadia Immuno CAP as tools to diagnose house-dust mite allergy. **American Journal of Rhinology and Allergy**, v. 24, p. 226–229, 2010.

LAMBRECHT, B. N.; HAMMAD, H. The immunology of asthma. **Nature Immunology**, v. 16, p. 45–56, 2015.

LLOYD, C.M.; HESSEL, E.M. Functions of T cells in asthma: more than Just Th2 cells. **Nature**, v.10, p. 838-848, 2010.

MCKEEVER, T. M.; LEWIS, S. A.; CASSANO, P. A.; OCKE, M.; BURNEY, P.; BRITTON, J.; SMIT, H. A. The relation between dietary intake of individual fatty acids, FEV1 and respiratory disease in Dutch adults. **Thorax**, v. 63, p. 208-214, 2008.

MOORMAN, J. E.; AKINBAMI, L. J.; BAILEY, C. M. National surveillance of asthma: United States, 2001-2010. **Vital and Health Statistics Series**, v. 35, p.1–58, 2012.

ONUFRAK, S. J.; ABRAMSON, J. L.; AUSTIN, H. D.; HOLGUIN, F.; MCCLELLAN, W.M.; VACCARINO L. V. Relation of adult-onset asthma to coronary heart disease and stroke. **The American journal of cardiology**, v. 101, p. 1247-1252, 2008.

PAWANKAR, R.; MORI, S; OZU, C.; KIMURA, S. Overview on the pathomechanisms of allergic rhinitis. **Asia Pacific Allergy**, v. 1, p. 157–167, 2011.

PUISIEUX, F.; D'ANDREA, C.; BACONNIER, P.; BUI-DINH, D.; CASTAINGS-PELET, S.; CRESTANI, B.; GUENARD, H. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly. **Revue des maladies respiratoires**, v. 28, p. 76-93, 2011.

RODRIGUES, A. J.; JACOMELLI, M.; BALDOW, R. X.; BARBAS, C. V.; FIGUEIREDO, V. R. Laryngeal and tracheobronchial involvement in Wegener's granulomatosis. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 52 p. 231-235, 2012.

SEIDMAN, M. D.; GURGEL, R. K.; LIN, S. Y.; SCHWARTZ, S. R.; BAROODY, F. M.; BONNER, J. R.; ISHMAN, S. L. Clinical practice guideline: allergic rhinitis executive summary. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 152, p. 197-206, 2015.

SETTIPANE, R. A. Other causes of rhinitis: mixed rhinitis, rhinitis medicamentosa, hormonal rhinitis, rhinitis of the elderly, and gustatory rhinitis. **Immunology and Allergy Clinics**, v. 31, p. 457-467, 2011.

SHAH, K. M.; RANK, M. A.; DAVÉ, S. A.; OSLIE, C. L.; BUTTERFIELD, J. H. Predicting which medication classes interfere with allergy skin testing. **Allergy and Asthma Proceedings**, v. 31, p. 477-482, 2010.

SHARGORODSKY, J.; GARCIA-ESQUINAS, E.; GALAN, I. Allergic sensitization, rhinitis and tobacco smoke exposure in US adults. **Plos One**, v.10, p.450-497, 2015.

SLAVIN, R. G. Special considerations in treatment of allergic rhinitis in the elderly: role of intranasal corticosteroids. **Allergy and Asthma Proceedings**, v. 31, p. 179-184, 2010.

SUTHERLAND, T. J.; COWAN, J. O.; TAYLOR, D. R. Dynamic hyperinflation with bronchoconstriction: differences between obese and nonobese women with asthma. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 177, p. 970-975, 2008.

VAN DE VOSSE, E.; VAN OSTAIJEN-TEN DAM, M. M.; VERMAIRE, R.; VERHARD, E. M.; WAAIJER, J. L.; BAKKER, J. A.; HAVERKAMP, M. H. Recurrent respiratory tract infections (RRTI) in the elderly: A late onset mild immunodeficiency?. **Clinical immunology**, v. 180, p. 111-119, 2017.

VUURMAN, E. F. P. M.; VUURMAN, L. L.; LUTGENS, I.; KREMER, B. Allergic rhinitis is a risk factor for traffic safety. **Allergy**, v. 69, p. 906-912, 2014.

WALLACE, D. V.; DYKEWICZ, M. S.; BERNSTEIN, D. I. The diagnosis and management of rhinitis, an updated practice parameter. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v.122, p. 104-116, 2008.

WARM, K.; BACKMAN, H.; LINDBERG, A.; LUNDBACK, B.; RONMARK, E. Low incidence and high remission of allergic sensitization among adults. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 129, 136-142, 2012.

ZEIN, J. G.; DWEIK, R. A.; COMHAIR, S. A.; BLEECKER, E. R.; MOORE, W. C.; PETERS, S. P.; CHUNG, K. F. Asthma is more severe in older adults. **PloS one**, v. 10, p. 1-13, 2015.

ZUBERBIER, T.; LOTVALL, J.; SIMOENS, S.; SUBRAMANIAN, S. V.; CHURCH, M. K. Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA 2 LEN review. **Allergy**, v. 69, p. 1275-1279, 2014.

## SATISFAÇÃO DOS IDOSOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Belarmino Santos de Sousa Júnior<sup>1</sup>  
Alex Alexandre da Silva<sup>2</sup>  
Sidney Rafael Gomes de Oliveira<sup>3</sup>  
Ana Elza Oliveira de Mendonça<sup>4</sup>

### RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a satisfação dos idosos de uma estratégia de saúde da família no município de Caruaru/PE. Realizou-se um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa, com dados obtidos a partir de roteiro de entrevista estruturado aplicado em usuários, no período de janeiro a setembro de 2018. Teve como resultados elevados índices de satisfação em relação ao acesso, tempo de espera, atendimento e infraestrutura, além de insatisfação significativa relacionada com a marcação de exames e participação da população na gestão da unidade. Sugere-se melhorias na integração das UBS com os outros níveis de atenção, e a implantação de projetos que tornem a população idosa ativa dentro das unidades.

**Palavras-chave:** Avaliação de programas e projetos de saúde, Pesquisa sobre serviços de saúde, Programa saúde da família.

### INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, uma série de questões cruciais vem sendo trazidas junto com o envelhecimento populacional, gestores e pesquisadores do sistema de saúde vem analisando as repercussões que este fenômeno traz para a sociedade como um todo. Assim sendo, frente a falta de desenvolvimento estratégico voltado a prevenção de agravos as internações hospitalares estão sendo mais frequentes e o tempo de ocupação do leito durante a velhice é maior quando comparado a outras faixas etárias (BRASIL, 2010).

---

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal/RN – Brasil, sousajunior@gmail.com;

<sup>2</sup> Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho – Natal/RN – Brasil, alexenfo@gmail.com;

<sup>3</sup> Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência – Natal/RN, Brasil, sid.rafa.oliveira@gmail.com;

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde e Professora Ajunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal/RN – Brasil, anaelzaufnr@gmail.com;

Neste contexto, foi criado o programa Saúde da Família (PSF) que é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, doentes ou não de forma integral e contínua (BRASIL, 2010).

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) traz uma reafirmação dos princípios básicos do SUS, quais sejam: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade. Estabelecer o fortalecimento deste último no âmbito do SUS é de fundamental importância, pois pressupõe uma concepção do usuário sobre o sistema, e sua competência para avaliar e intervir, modificando-o quando necessário (BORGES, et al., 2014).

Na busca da tentativa de reorganização da atenção básica, o PSF não resolveu todos os problemas de saúde da população, já que problemas anteriores como dificuldade de acesso ao serviço e carência de profissionais a fim de suprir a demanda da comunidade ainda persistem. O que gera limitações desde o agendamento de consultas até a realização de exames que necessitam de referência da unidade de saúde (FÁTIMA, 2015).

Vale salientar também queixas de usuários em relação à dificuldade de inclusão no programa devido principalmente a limitações em sua área de cobertura, descuido dos profissionais quanto às atividades de âmbito preventivo que gerem benefícios e qualidade de vida à comunidade (RONZANI, et al., 2018). Diante disso, torna-se relevante a avaliação da qualidade do atendimento prestado sendo esta uma importante ferramenta de gestão, planejamento e melhoria das ações do SUS.

A prática de avaliação dos serviços de saúde, através de perguntas aos usuários, vem sendo amplamente valorizada e utilizada, uma vez que possibilita não apenas a constituição de um indicador sensível da qualidade do serviço prestado, como também está potencialmente relacionada com uma maior adequação no uso do serviço (BASTOS, et al., 2013).

Neste sentido, este estudo possui imensa relevância, pois a avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, uma vez que contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e pode auxiliar na prevenção do desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a satisfação dos usuários idosos de uma estratégia de saúde da família no município de Caruaru PE.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza quantitativa, realizado no período de janeiro a setembro de 2018. O estudo teve como população os usuários idosos pertencentes à área de abrangência das 10 equipes de saúde da família da cidade de Caruaru; Município localizado no agreste pernambucano. A amostragem do grupo foi aleatória estratificada, a seleção dos sujeitos foi feita através de sorteio de modo proporcional à real distribuição dos usuários pelas 10 equipes de ESF do município, cada equipe foi nomeada por uma letra de A - J. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: aceitarem participar da pesquisa como voluntárias; ter idade maior ou igual a 65 anos; assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido por parte das participantes; e de exclusão: não assinatura do termo de consentimento; e, as que, voluntariamente, desejaram afastar-se durante o período de coleta.

Após, foi obtida uma amostra final de 150 participantes, o que representou cerca de 11% da população estudada.

Os dados foram coletados através de visitas domiciliares aos usuários cadastrados no programa, e nas próprias unidades de saúde. Para realização do estudo foi utilizado um roteiro de entrevista estruturado de cunho quantitativo. A entrevista aplicada nos usuários contemplou os seguintes indicadores para avaliação: Percepção sobre os benefícios da Estratégia Saúde da Família; Escuta e acolhida por parte dos profissionais da equipe; Tempo de espera disponível para atendimento; Localização dos serviços; Acesso à informação; Tempo dispensado pelos profissionais; Informações suficientes e claras fornecida pelos profissionais e Infraestrutura (aparência física; disponibilidade de medicamentos; disponibilidade de coleta de exames; disponibilidade para procedimentos).

Os dados colhidos foram analisados e neste artigo são representados na análise dos resultados atinentes aos indicadores contemplados na entrevista, classificados posteriormente em satisfatório e insatisfatório, resultando na opinião dos usuários sobre o serviço oferecido pelas unidades de saúde de seu município. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, CAAEE 0144.0.051.000-14. Todos os participantes envolvidos no estudo foram informados sobre a voluntariedade e, após entenderem a pesquisa e concordarem em participar dela, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecidos. Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por números.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra de 150 usuários foi constituída preponderantemente de mulheres 71%, com faixa etária de 60 a 70 anos (65%), com predominância racial de indivíduos pardos (57%), casados (43%), de religião católica (71%). Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos sujeitos do estudo não apresentaram para nenhum nível 37%. Os dados serão mais bem visualizados na tabela abaixo.

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
<b>Feminino</b>	107	71
<b>Masculino</b>	43	29
<b>Faixa etária</b>		
<b>60 – 70</b>	98	65
<b>71 – 80</b>	42	28
<b>81 – 90</b>	10	7
<b>Cor</b>		
<b>Branços</b>	56	37
<b>Pardos</b>	85	57
<b>Negros</b>	9	6
<b>Escolaridade</b>		
<b>Nenhuma</b>	55	37
<b>Ensino fundamental incompleto</b>	48	33
<b>Ensino fundamental Completo</b>	34	22
<b>Ensino médio incompleto</b>	8	5
<b>Ensino médio completo</b>	5	3
<b>Renda</b>		
<b>Nenhuma</b>	22	15
<b>Até 1 salário</b>	106	70
<b>2 – 3 salários</b>	21	14
<b>4 – 5 salários</b>	1	1
<b>Ocupação</b>		
<b>Do lar</b>	35	23
<b>Agricultores</b>	28	20
<b>Aposentados</b>	71	47
<b>Outros serviços</b>	16	10
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica dos usuários da ESF. Caruaru, 2018.

Após análise dos dados da entrevista, foi possível verificar a satisfação dos usuários em diversos aspectos após a mudança da atenção à saúde. As respostas foram separadas de acordo com o grau de satisfação dos usuários em relação a cada indicador avaliado através do questionário. Esses dados serão mais bem ilustrados na tabela abaixo.

<b>Satisfação dos usuários</b>	<b>Satisfeitos (%)</b>	<b>Insatisfeitos (%)</b>
<b>Acesso à unidade</b>	71	29
<b>Tempo desde a primeira consulta até o atendimento</b>	66	34
<b>Tempo na sala de espera</b>	46	54
<b>Tempo de espera para ser atendido</b>	88	12
<b>Acolhimento</b>	59	41
<b>Acesso à informação</b>	91	9
<b>Relacionamento profissional-usuário</b>	75	25
<b>Facilidade no atendimento</b>	57	43
<b>Infra-estrutura</b>	65	35
<b>Disponibilidade de medicamentos</b>	63	39
<b>Facilidade para marcar exames</b>	54	46
<b>Disponibilidade de vacinas e curativos</b>	68	32

Tabela 3 - Satisfação dos usuários e a percepção sobre a Unidade de saúde. Caruaru, 2018.

É sabido que o tempo de espera por consultas no serviço público de saúde brasileiro ainda continua muito elevado. A prática de acordar de madrugada para conseguir uma vaga diminuiu, porém não foi eliminada (OPAS, 2007).

Observa-se nas unidades de saúde estudadas a existência de uma discrepância em relação ao tempo em que a consulta foi marcada e o dia do atendimento, isto se dá em virtude das UBS's do referido município funcionarem por meio de demanda espontânea e agendada. O que faz com que o tempo em relação à marcação/agendamento e o atendimento variem, conforme o programa de saúde ou serviço que o usuário esteja buscando no momento.

Pode-se considerar ainda o acolhimento como um fator preponderante na qualidade do atendimento em serviços de saúde, pois é entendido como uma estratégia de trabalho e a postura diante da atenção às necessidades dos usuários garantindo a acessibilidade universal, qualificando assim a relação entre trabalhador de saúde e usuário. O acolhimento é um processo fundamental no estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a família. Nos preceitos da Política Nacional de Humanização, o acolhimento implica a atitude do trabalhador ante a recepção do usuário a partir de sua chegada ao serviço de saúde, o usuário espera que a equipe permita expressar suas preocupações e angústias, ouvindo suas queixas e reclamações. Deve-se observar que o acolhimento no serviço objetiva aprimorar a entrada dos usuários aos serviços

de saúde, humanizar as relações entre profissionais e usuários, desviar o foco da doença para o sujeito, aperfeiçoar o trabalho da equipe com integração e complementaridade das atividades, aumentar a responsabilidade dos profissionais de saúde, além de elevar o grau de vínculo e confiança entre eles (OLIVEIRA et al., 2018).

O acolhimento traduz a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde. Faz-se necessário reconhecer nas estratégias proposta do SUS um caminho para exercer o direito ao acesso universal, a fim de conquistar a integralidade e a equidade da assistência nos serviços de saúde no setor público (LEITE, et al., 2015).

De acordo com os dados analisados, observou-se que os usuários são bem informados pelos profissionais de saúde, recebem orientações satisfatórias sobre a patologia e o tratamento, além de satisfação na distribuição de medicamentos, vacinas, realização de curativos, marcação de exames clínicos e outros procedimentos realizados na unidade. A qualidade técnica do atendimento significa exigências e expectativas concretas de tempo, qualidade, segurança e garantia com um sistema de retorno eficiente disponível quanto aos problemas do usuário e da comunidade (BREHMER, et al., 2014).

No tocante à dimensão profissional, evidenciou-se um considerável nível de satisfação no que se relaciona com o tempo dispensado; informações suficientes e claras; implicação da busca de soluções; qualidade ou competência; eficácia dos serviços e disponibilidade dos profissionais de saúde que atendem no local. Vale salientar que a satisfação de usuários com os serviços da Estratégia Saúde da Família também foi apontada em estudo semelhante realizado no RN (BREHMER, et al., 2014). Por outro lado, foram relatados problemas na resolutividade da assistência oferecida aos usuários nas unidades de saúde da família, como baixa resolutividade clínica e grande demanda reprimida, em outro estudo similar a este (DIAS, et al., 2015).

A grande parcela de usuários considera bom o atendimento oferecido pelas ESF, bem como o relacionamento dos profissionais com a população. Entretanto, os profissionais médicos e ACS são os que apresentam uma melhor avaliação por parte dos usuários.

Fazendo alusão à resolutividade do atendimento nas UBS, verificou-se que, após o atendimento, os profissionais de enfermagem são os que mais têm solucionado os problemas dos usuários.

Os usuários do Programa de Saúde da Família expressam um alto grau de satisfação no que tange à dimensão relacional, em todos os seus atributos: respeito, consideração, escuta,

compreensão, acolhida e gentileza por parte dos profissionais da equipe, portanto, quanto à qualidade dos profissionais de saúde, o que corrobora o presente estudo (NERY, et al., 2013).

A qualidade do atendimento também pode ser comprometida não apenas pelo trabalho da equipe de saúde, pois além dos obstáculos que existem entre o trabalhador e o usuário, também são observados conflitos internos entre membros da mesma equipe, dificultando ou minimizando a qualidade do atendimento, bem como também podemos verificar que os obstáculos físicos e arquitetônicos estão inseridos em uma margem de dificuldades de acesso dos usuários até as unidades.

Embora a realidade das estruturas físicas das UBS não seja utilizada como foco principal de estudos, analisando as barreiras arquitetônicas, o espaço físico de diversas unidades é inadequado para o atendimento, comprometendo a satisfação do usuário e a qualidade do serviço prestado pelo profissional da saúde. Os serviços públicos de saúde apresentam-se, por muitas vezes, com infraestrutura precária, colocando em risco todo o processo de trabalho e desestimulando os usuários e os profissionais que neles atuam (ESPERIDIÃO, et al., 2015).

A necessidade de uma maior participação dos usuários na gestão da unidade configura uma situação preocupante pela ausência, visto que a participação da comunidade na construção de um projeto assistencial comum, assim como a implantação de estratégias para o controle social, são as referências para o trabalho das equipes do PSF na efetivação do SUS (MEDEIROS, et al., 2014).

É importante salientar que a participação, entendida como utilização dos serviços de saúde, talvez pudesse ser explicada também pelo trabalho de incentivo ao comparecimento da população às unidades de saúde. Vale lembrar que o vínculo entre equipe e usuários possui aspectos positivos como confiabilidade e credibilidade e também negativos como explorar limites técnicos e profissionais, exigindo do profissional habilidades pessoais evitando exposições (UCHOA, et al., 2014).

De maneira geral, há evidências de que 75% dos usuários encontram-se satisfeitos com a ESF no município de Caruaru/PE.

Vale salientar que no Brasil os maiores índices de satisfação de usuários em relação serviço de saúde prestado são encontrados na região Sul, enquanto na região Nordeste esses números são os menores encontrados no país (MOREIRA, et al., 2016). Este estudo, porém, não corrobora o fato indicado na pesquisa citada, já que evidencia elevado índice de satisfação em um município do Nordeste brasileiro.

Baseando-se nas evidências de que o serviço tem proporcionado melhoria na saúde dos usuários, foi encontrado um percentual bastante elevado de satisfação, compatível com estudo

semelhante (MOREIRA, et al., 2016). O fato pode ser explicado pela baixa expectativa das pessoas em relação aos serviços públicos de saúde, como consequência da dificuldade de acesso, pois o simples fato de ser atendido já pode produzir satisfação (LIMA, et al., 2016). Outro aspecto responsável pela alta satisfação dos usuários, especialmente dos serviços públicos de saúde, é o viés de gratidão, que estaria relacionado com a relutância em expressar opiniões negativas, tanto pelo medo de perder o acesso ao atendimento, quanto pela relação de dependência aos profissionais (LIMA, et al., 2016).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Considerando os resultados, a pesquisa demonstrou que os usuários contemplados pela ESF do município de Caruaru/PE são preponderantemente mulheres, brancas, casadas, católicas, e pertencem à faixa etária de 18 a 30 anos.

Os Usuários encontram-se satisfeitos, em sua grande maioria, com a implantação da ESF em sua comunidade, deixando evidente que mudanças e melhorias na atenção primária do serviço de saúde estão vinculadas à chegada dos profissionais e implantação da UBS no referido município. O estudo, portanto, revela elevados índices de satisfação em relação ao acesso, tempo de espera, atendimento e infraestrutura das UBS's avaliadas, o que demonstra uma evidente aceitação aos serviços prestados à comunidade pela estratégia de saúde local.

É importante salientar que a baixa expectativa da população em relação aos serviços públicos de saúde e a relutância em expressar opiniões negativas, seja por receio de ser prejudicados no atendimento, seja por gratidão à equipe, podem explicar o elevado índice de satisfação verificado no estudo. As análises de pesquisas semelhantes evidenciam índices de satisfação similares a este, o que corrobora essas evidências. A avaliação dos usuários foi ainda elucidativa ao mostrar dificuldades no serviço relacionadas com a marcação de exames e a participação deficiente da população na gestão da unidade. Sugere-se melhorias na integração da ESF local com os outros níveis de atenção e a implantação de projetos que tragam a população para dentro da UBS, tornando-a ativa no desenvolvimento de estratégias de melhorias para a saúde da comunidade.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, A.C.S., et al. A construção social da estratégia de saúde da família: Condições, sujeitos e contextos. *PNEPG, CNPq*. 2013. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742005000400003&lng=es](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742005000400003&lng=es)> Acesso em: 01 de outubro de 2018.

Borges, J.W.P., Andrede, A.M., Menezes, A.V.B., Moura, A.D.A. Estratégia de Saúde da Família: experiência de acadêmicos de enfermagem em estágio curricular. *Rev Rene*. Fortaleza. 2014. **12(2):409-16**. Disponível em: <[http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2\\_html\\_site/a24v12n2.htm](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a24v12n2.htm)> Acesso em: 01 de outubro de 2018.

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica e Saúde da Família: Os números. Brasília (DF). Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000700019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700019)> Acesso em: 02 de outubro de 2018.

Brehmer, L.C.F., Verd,i M. Acolhimento na Atenção Básica: Reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. [internet] 2014;15(3):3569-70. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15s3/v15s3a32.pdf>> Acesso em: 04 de outubro de 2018.

Dias, O.V., Vieira, M.A., Dias, J.P., Ramos, L.H. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: Confiabilidade e empatia. *Rev Acta Paul Enferm*. [internet] 2015;24(2):225-31. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n2/11.pdf>> Acesso em: 04 de outubro de 2018.

Esperidião, M. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc. Saúde Coletiva*, [internet] 2015;10:303-12. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a31v10s0.pdf>> Acesso em: 04 de outubro de 2018.

Fatima, M.M. Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 22, n. 6, p. 796-800, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/15669>> Acesso em: 04 de outubro de 2018.

Leite, L., Lobo, B., Lima, N.S., Mengarda, C.F. Acolhimento multiprofissional em estratégia de saúde da família: Espaço de atuação para o profissional psicólogo. *Revista de Psicologia da IMED* [internet]. 2015;2(1):276-87. Disponível em: <<http://www.seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/39>> Acesso em: 06 de outubro de 2018.

Lima, C.M.F., Matos, D.L., Camarano, A.A. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 [internet] 11(4): 941-50. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32331.pdf>> Acesso em: 06 de outubro de 2018.

Medeiros, F.A., Souza, G.C.A., Barbosa, A.A.A., Costa, I.C.C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev Salud Pública*. [internet] 2014; 12(3):402-13. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642010000300006&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642010000300006&script=sci_abstract)> Acesso em: 06 de outubro de 2018.

Moreira, S.R., Consolação, L.C.R. Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. *Cogitare enferm*. [internet] 2016;15(4):709-15. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20373/13542>> Acesso em: 07 de outubro de 2018.

Nery, A.A., Carvalho, C.G.R., Santos, F.P.A., Nascimento, M.S., Rodrigues, V.P. Saúde da família: visão dos usuários. *Rev Enferm* [internet]. 2013 . 19(3):397-402. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a10.pdf>> Acesso em: 07 de outubro de 2018.

Oliveira, A.K.P., Djalma, F.B. Programa de saúde da família: Uma avaliação de efetividade com base na percepção dos usuários. *Rev de administração pública*. [internet] 2018;42(2):369-89. Disponível em: <[https://arletedjalma.s3.amazonaws.com/uploads/attachment/file/32/Programa\\_de\\_Saude\\_da\\_Familia.pdf](https://arletedjalma.s3.amazonaws.com/uploads/attachment/file/32/Programa_de_Saude_da_Familia.pdf)> Acesso em: 07 de outubro de 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Saúde nas Américas. Washington: Opas. 2007. v. 1. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud\\_americas\\_v1\\_p1.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_americas_v1_p1.pdf)> Acesso em: 07 de outubro de 2018.

Ronzani, T.M., Silva, C.M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc saúde coletiva*; Rio de Janeiro. [internet]. 2018;13(1):23-34. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/06.pdf>> Acesso em: 10 de outubro de 2018.

Uchoa, A.C., Souza, E.L., Spinelli, A.F.S., Medeiros, G.R., Peixoto, D.C.S., Silva, R.A.R., Rocha, N.S.P. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis Revista de Saúde Coletiva*; Rio de Janeiro. 2014 [internet] 21(3):1061-76. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/16.pdf>> Acesso em: 10 de outubro de 2018.

## **SEXUALIDADE E INFECÇÃO POR HIV/AIDS EM IDOSOS DO NORDESTE BRASILEIRO: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

Marília Souto de Araújo<sup>1</sup>  
Dayana Kelly Soares Ferreira<sup>2</sup>  
Jucielly Ferreira da Fonseca<sup>3</sup>  
Soraya Maria de Medeiros<sup>4</sup>

### **RESUMO**

A taxa de envelhecimento da população brasileira está em corrente crescimento e a sexualidade na terceira idade é uma temática pouco discutida e negligenciada. Em paralelo a isso, o índice de idosos que contraem o Vírus da Imunodeficiência Humana é crescente. Com isso, objetiva-se descrever o panorama temporal de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em idosos do Nordeste brasileiro e comparar tais resultados com as demais regiões brasileiras. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo realizado por meio de consulta aos dados provenientes do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde com dados consultados no período de 2006 a 2016. Obteve-se que a região Nordeste assume o terceiro lugar (16,6%) em relação ao número de casos de idosos com o vírus entre as regiões do país, sendo, predominantemente, homens (66,92%), com baixo nível de instrução, pardos, (63,68%) e heterossexuais (63,77%). Nesse ínterim, a complexidade dessa fase da vida junto à falta de orientação pode gerar consequências preocupantes, visto que o não conhecimento completo dos riscos do sexo desprotegido, produziu-se demandas que tornaram-se invisíveis aos olhos da equipe de saúde e da sociedade. Dessa forma, tem-se a necessidade que ocorra uma diminuição na estagnação da sexualidade na terceira idade, havendo por parte da equipe multiprofissional uma atenção maior através da escuta qualificada que veja o idoso holisticamente na perspectiva de reduzir esses indicadores.

**Palavras-chave:** Idoso, Vírus da Imunodeficiência Humana, Sexualidade.

---

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem do trabalho. Mestranda do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, mariliasdearaujo@yahoo.com.br;

<sup>2</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, enferdada@hotmail.com;

<sup>3</sup>Graduanda do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, juciellyffonseca@gmail.com;

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do curso de graduação em Enfermagem e do Programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, sorayamaria\_ufrn@hotmail.com;

## INTRODUÇÃO

A taxa de envelhecimento da população brasileira está em corrente crescimento, neste sentido, a melhoria das condições de saúde combinadas com as quedas das taxas de natalidade produz o aumento da expectativa de vida, levando ao rápido envelhecimento da população brasileira e de todo o mundo.

A sexualidade na terceira idade é uma temática pouco discutida e negligenciada no âmbito acadêmico e, conseqüentemente, nas práticas assistenciais de saúde. Em paralelo a isso, o índice de idosos que contraem o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é crescente a nível mundial (ALENCAR; CIOSAK, 2016; LINDAU et al., 2016; CRUZ, 2012).

Em 2016, no Brasil, foram registrados mais de 2000 casos de HIV entre pessoas com 60 anos ou mais; é um número crescente nos últimos dez anos (BRASIL, 2017; 2015; 2014); o panorama não difere de outros países, onde na Holanda, estima-se que o número de pacientes infectados pelo HIV com idade superior a 50 anos passará de uma proporção de 28% em 2010 para 73% em 2030 (SMIT, 2015).

Estudos demonstram que o aumento de caso de HIV em idades mais avançadas pode ser atribuído a idosos que possuem melhores condições financeiras, o que lhes oferece acesso a serviços sexuais e um segundo fator, relacionado à existência de tabus sobre a sexualidade na terceira idade (BRASIL, 2006; ADÃO; CARACIOLO, 2002; SOARES; MATIOLI; VEIGA, 2006; FREITAS, 2002).

Além do mais, estudos realizados no Caribe e na América Latina, que são duas das regiões com a maior taxa de prevalência de HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em adultos, apresentam como razões o fator religioso, cultural, social, econômico e político que traz influência sobre o comportamento sexual desta população (TEVA et al., 2012).

Tais fatores podem servir de subsídios para presumir o aumento dos casos também na população idosa. A reposição hormonal para as mulheres e tratamento da impotência sexual para homens também é um fator a ser considerado (ZORNITA, 2008).

Nesse contexto, o Brasil se destaca em relação ao envelhecimento da população. Tais alterações nos padrões demográficos incitam desafios em diversos âmbitos, dentre eles os econômicos, sociais e políticos: oferecer envelhecimento com qualidade de vida à população (CLOSS; SCHWANKE, 2012; GARCIA et al., 2012).

No âmbito da saúde, as práticas assistenciais voltadas para a sexualidade dos idosos tendem a contribuir potencialmente para suprir os desafios supracitados. Compreender que

fatores de risco para HIV, como sexo desprotegido e o uso de drogas ilícitas, não refletem comportamento apenas de jovens e adolescentes; os idosos devem ser incluídos nas campanhas de prevenção e de busca ativa (ADEKEYE et al., 2012; GASPAR et al., 2011).

Além disso, a sexualidade nos idosos não é vista pela sociedade e nem pelos profissionais da saúde como algo natural, entretanto, estudos revelam que o desejo sexual permanece nas pessoas mais idosas e que a concepção, arraigada na sociedade, de que sexo é prerrogativa da juventude, contribui para manter fora das prioridades de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS os grupos populacionais com idade superior aos 50 anos (SANTOS; ASSIS, 2011; POTTES, 2000).

Com isso, a implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) é um componente prioritário da política brasileira de controle desses agravos (BRASIL, 2004).

Dessa forma, compreender como se dá a tendência e o panorama de infecções por HIV em idosos se faz necessário para que medidas assistenciais de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação possam ser pensados, a fim de atuar frente a esse problema de saúde pública.

Nesse contexto, é que se insere o presente estudo que objetiva descrever o panorama temporal de infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em idosos do Nordeste brasileiro e comparar tais resultados com as demais regiões brasileiras.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de série histórica. A Epidemiologia é definida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas (LAST, 1995).

Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Dessa forma, o estudo em questão foi realizado em maio de 2019 com pesquisa nas seguintes bases de dados: Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8 e Carga Viral (SISCEL) e Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A população do estudo foi constituída por todos os casos de AIDS em pessoas com idade igual ou maior que 60 anos, diagnosticados e registrados no período de 2006 a 2016. Para evitar erros de retardo de notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2016, último ano em que constavam os dados completos.

Houve observação dos dados nacionais por regiões, como também detalhando a pesquisa na região Nordeste por estados e procurando a relação de número de casos por sexo, nível de escolaridade, raça/cor e categorias de exposição ao vírus no período supracitado. Sendo esses dados apresentados em gráficos e tabelas para melhor visualização.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O principal fator que relaciona o envelhecimento com o HIV dá-se pela relação ao sexo entre idosos de forma desprotegida. Desse modo, no período avaliado de 2006 a 2016, tem-se um total de 12.981 casos notificados de idosos com HIV/AIDS. A região Sudeste (42,4%) e Sul (27,4%) se sobressai nos casos de contaminação de idosos por HIV; a região Norte é a que menos tem casos notificados (5,6%). A Tabela 1 demonstra essa distribuição dos casos de HIV pelas regiões do Brasil nessa faixa temporal supracitada.

**Tabela 1** - Frequência relativa e absoluta dos casos de HIV nas regiões do Brasil de 2006-2016.

<b>Região</b>	<b>n (%)</b>
Norte	720 (5,6)
Nordeste	2.163 (16,6)
Sudeste	5.516 (42,4)
Sul	3.561 (27,4)
Centro-Oeste	931 (7,1)
Total	12.981 (100)

Fonte: Dados do DATASUS 2019.

Mesmo com esses dados, 93% da população da Região Sudeste, entre 15 e 65 anos, em 2013, afirmaram que a camisinha é a melhor forma de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis. Entretanto, 46% da população sexualmente ativa da região não usaram o preservativo em todas as relações sexuais nos 12 meses anteriores (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

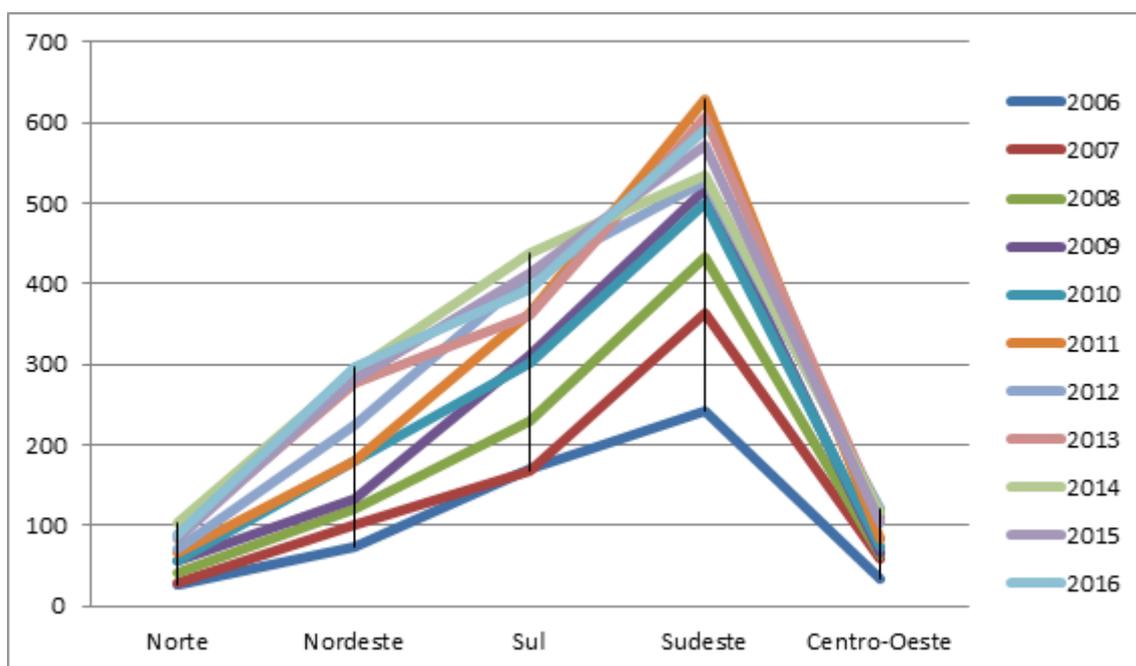
A região Sudeste, historicamente, sempre foi a região brasileira com mais casos notificados de HIV em todos os públicos, dentre eles, os idosos (FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002; SEGURATO; CASSENOTE; LUNA, 2016).

A pesquisa realizada em 2016 trouxe que mesmo com número de casos mais elevados, a região Sudeste está reduzindo as taxas de detecção de casos de HIV, o que difere das demais regiões brasileiras que apresentam tendência crescente (SEGURATO; CASSENOTE; LUNA, 2016).

Nesse contexto, a região Nordeste vem em terceiro lugar com 16,6%, em relação ao número de casos de idosos com AIDS entre as regiões do país, enquanto o Norte apresenta a menor taxa de contaminação.

O Gráfico 1 apresenta de forma visual a distribuição temporal da infecção por HIV em idosos brasileiros, entre os anos de 2006 a 2016. Desse modo, pode-se visualizar que a região Sudeste se sobressai frente às demais regiões com os casos de HIV contrastando-se, principalmente, com a região Norte e Centro-Oeste.

**Gráfico 1** - Relação do ano com regiões do Brasil de idosos com HIV de 2006-2016.

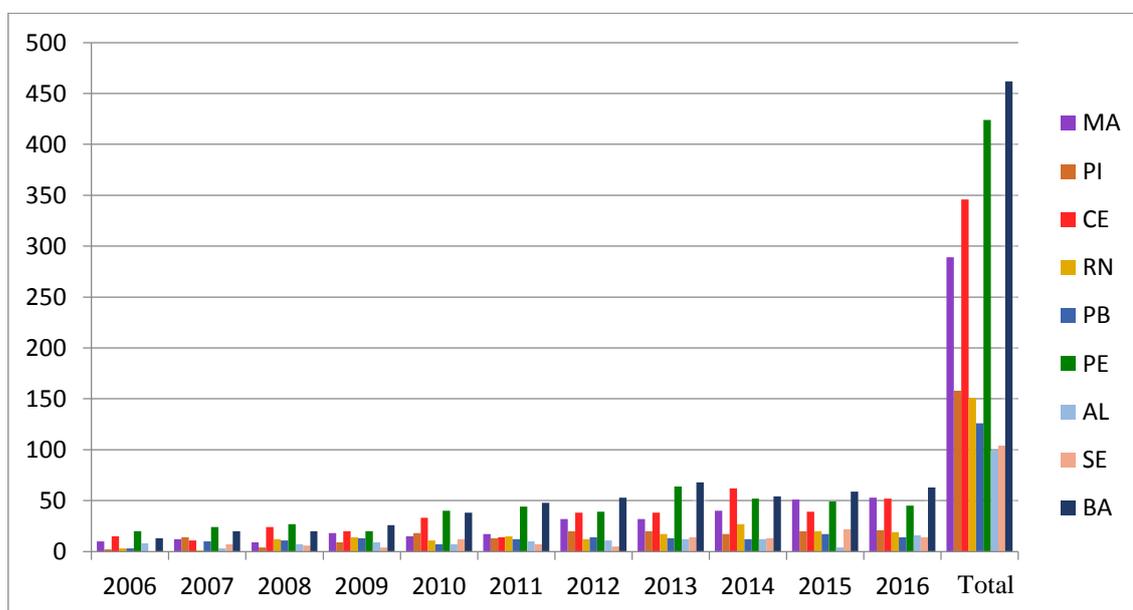


Fonte: Dados do DATASUS, 2019.

De acordo com os dados apresentados pelo Gráfico 2, observa-se um expressivo aumento de casos da região Nordeste quando analisamos o período em questão por ano apesar da oscilação dos casos durante os anos.

Ademais, é perceptível que os estados da Bahia (462 casos), Pernambuco (424) e Ceará (346) são os com maior número de casos de idosos com AIDS. Isso está diretamente ligado ao contingente populacional desses estados e, que refletem, no aumento do número da terceira idade.

**Gráfico 2 -** Relação de frequências de casos de Estados do Nordeste por ano de 2006-2016.

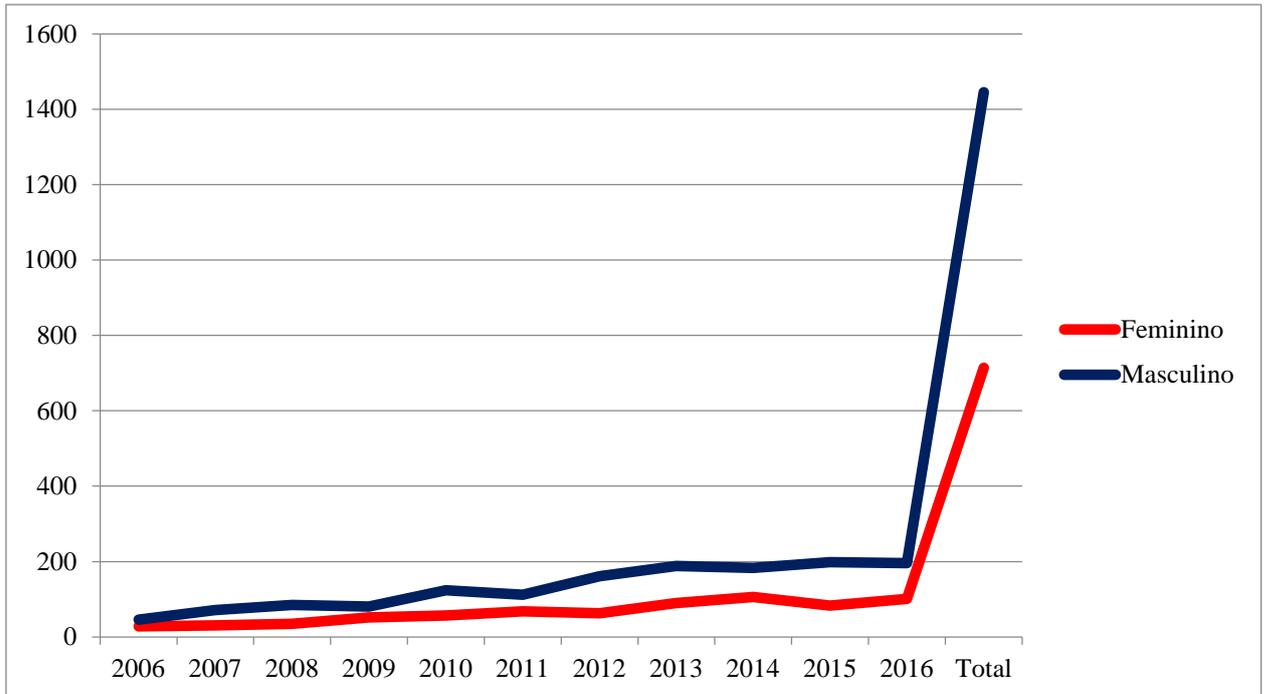


Fonte: Dados do DATASUS, 2019.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018), a Bahia apresenta a estimativa total da população de 14.812.617, sendo que a população idosa representa 1.451.206 desse número, com isso o estado encontra-se em 1º lugar do Nordeste com o maior número de idosos; enquanto Pernambuco possui uma população estimada de 9.496.294, de modo que a terceira idade corresponde a 937.943 colocando o estado pernambucano em 2º lugar; já o Ceará há, aproximadamente, uma população total de 9.075.649, englobando um contingente populacional idoso de 909.475, correspondendo ao 3º lugar dos estados do Nordeste com maior parte desse público.

O Gráfico 3, detalha que com relação ao sexo, revela-se que no Nordeste os homens possuem uma proporção de 66,92% e maior número total (n = 1445) de acometimento pelo vírus HIV no período de 2006 a 2016 quando comparado as mulheres no mesmo ano.

**Gráfico 3** - Relação de casos por sexo e ano no Nordeste do Brasil de 2006-2016.



Fonte: Dados do DATASUS, 2019.

Além disso, observa-se que essa proporção só aumentou com o passar dos anos, chegando ao dobro, ou mais que o dobro, o número de casos de homens com AIDS em relação ao de mulheres, o que torna importante a discussão sobre as questões de gênero e o autocuidado masculino em saúde, principalmente, do público idoso.

Ademais, realizou-se um estudo em um hospital de referência em doenças transmissíveis no Piauí, no qual se obteve que do total do número de participantes, a maioria eram idosos e destes corresponde-se que 72,5% são pertencentes ao sexo masculino acometidos pelo HIV (SILVA et al, 2011). Isso mostra que população masculina, por possuir um menor autocuidado, é a que mais se infectam pelo Vírus da Imunodeficiência Humana.

Como também, outra pesquisa realizada em Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia (SAEI) e Unidades com Estratégia Saúde da Família de um município da região centro-sul do Estado de São Paulo, corroboram com os dados já apresentados, uma vez que há uma relação de 2,7 homens idosos acometidos pelo HIV para cada mulher que possui esse vírus (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Neste âmbito, apresenta-se a questão de que há uma imensa dificuldade por parte do grupo populacional correspondente a homens idosos que realizam a adesão ao uso do preservativo. Isso se explica pelo fato de que experienciou uma juventude culturalmente instigada à conservação de diversas parceiras como sinal de masculinidade, com ausência do estímulo ao uso do preservativo, gerando assim, a não adesão a necessidade da sua utilização (SILVA et al., 2011).

Isso atrelado ao fato da deficiência do manuseio nas relações estáveis, no qual se predomina a ideia de que a esposa precisa confiar no marido, torna-se a proposta da utilização da camisinha uma questão bastante comprometedora. Dessa forma, configura-se para muitos, uma declaração da infidelidade entre o casal, podendo adquirir repercussões delicadas. Ademais, remete-se que a crença do uso de preservativo somente é preciso em relações extraconjugais ou com profissionais do sexo.

Dessa forma, é necessário destacar a importância do trabalho preventivo com ações educativas não apenas com as mulheres, mas conjuntamente com os parceiros para controle dos sinais e sintomas e controle da doença (SILVA et al., 2011).

No que consiste a escolaridade dos idosos com AIDS no Nordeste, a pesquisa mostra que a população analisada possui um baixo nível de instrução, no qual se concentra um maior número total de casos de HIV entre os idosos que cursaram entre a 1ª a 4ª série (356), seguidos dos analfabetos (322) e 5ª a 8ª série incompleta (248), apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2** - Nível de Escolaridade dos Idosos com AIDS no Nordeste de 2006-2016.

<b>Escolaridade</b>	<b>n (%)</b>
Analfabeto	322 (21,45%)
1ª-4ª Incompleta	356 (23,71%)
4ª Completa	130 (8,66%)
5ª- 8ª Incompleta	248 (16,52%)
Fundamental Completo	134 (8,92%)
Médio Incompleto	59 (3,93%)
Médio Completo	143 (9,52%)
Superior Incompleto	15 (0,99%)

---

Superior Completo

94 (6,26%)

---

Fonte: Dados do DATASUS 2019.

Esses dados trazem uma reflexão de que a baixa instrução influencia diretamente no nível de conhecimento sobre a prevenção da doença e deixa os indivíduos mais susceptíveis a adquiri-la. Ressalta-se que os dados do DATASUS estão com um déficit de 662 casos na análise do item escolaridade e não se obteve o motivo pelo qual há esta falta, no entanto, provavelmente ocorre devido a uma subnotificação.

Além disso, pesquisas de mesma temática encontraram, também, o achado de baixa escolaridade predominantemente entre os idosos com HIV (ALENCAR; CIOSAK, 2016; BRITO et al., 2016; SILVA et al., 2011). Desse modo, estudo realizado em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa/PB destacou que 65,5% dos idosos com HIV possuem o ensino fundamental incompleto (BRITO et al., 2016). Como também, ressaltou-se que os dados em estudo feito em hospital de referência em doenças transmissíveis no Piauí, obteve-se que o percentual de analfabetos somados aos que possuíam o ensino fundamental resultaram em 86,9% (SILVA et al., 2011).

Nesse contexto, observamos que a escolaridade é um indicador importante para o aumento dos índices de idosos infectados. E indivíduos com baixa escolaridade estão propensos a captar os conhecimentos de modo incoerente, havendo uma visão errônea e deficitária sobre a doença e expondo os mesmos a uma maior vulnerabilidade ao HIV.

Desse modo, a insuficiência de esclarecimento quanto ao sexo seguro relacionado a baixa escolarização, faz com que as orientações necessárias passadas a estes públicos tenham seu entendimento dificultado, com isso as medidas preventivas que são importantes não causam um impacto positivo para que se propiciem práticas saudáveis (SILVA et al., 2011; ALENCAR; CIOSAK, 2016; BRITO et al., 2016).

A Tabela 3 apresenta destaque ao que reflete na miscigenação do país, isso mostra que a população é formada por diversos povos e etnias. Desse modo, as informações apresentadas relacionam-se com a raça/cor dos idosos acometidos com a AIDS na região Nordeste. No qual desses, possuem em sua maioria a cor parda com 63,68%, havendo assim 1.375 casos notificados. O país passou por um processo que ocorre quando populações que estiveram isoladas por centenas de gerações começam a se agrupar em um espaço geográfico, e sujeitos das diversas populações de origem se casam e reproduzem (TARAZONA-SANTOS et al., 2015) gerando uma mistura de raças e povos.

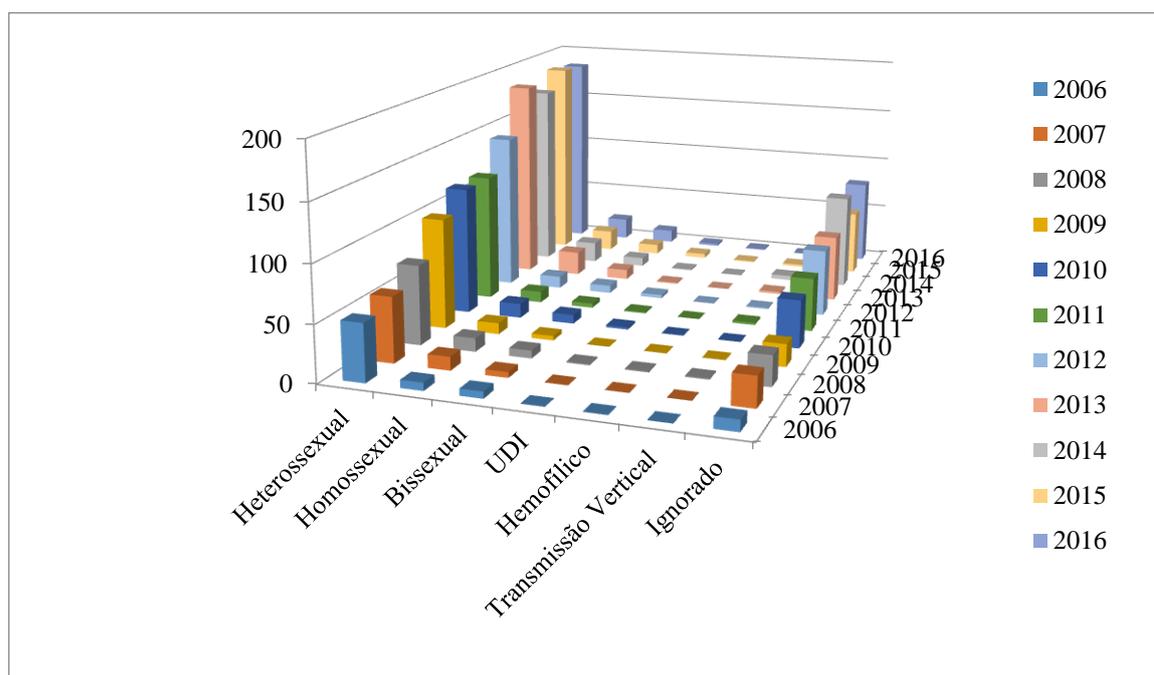
**Tabela 3** - Distribuição por Raça/Cor dos Idosos com AIDS no Nordeste de 2006-2016.

Raça/Cor	n (%)
Branca	369 (17,09%)
Preta	226 (10,46%)
Amarela	10 (0,46%)
Parda	1.375 (63,68%)
Indígena	6 (0,27%)
Ignorado	173 (8,01%)

Fonte: Dados do DATASUS 2019.

De acordo com o Gráfico 4 e segundo as categorias de exposição ao vírus do HIV, a predominância de 63,77% do público afetado pelo vírus são de heterossexuais, que correspondem ao total de 1.377 casos.

**Gráfico 4-** Relação de casos por Categorias de exposição ao vírus do HIV e ano no Nordeste do Brasil de 2006-2016.



Fonte: Dados do DATASUS 2019. Legenda: UCI = Usuários de drogas injetáveis.

Ademais, em concomitância com outra pesquisa realizada em um hospital de referência em doenças transmissíveis no Piauí, evidenciou-se achados que afirmam que a exposição ao Vírus da Imunodeficiência Humana, confere aos heterossexuais um total de 73,9% dos casos (SILVA et al., 2011).

Dessa forma, esses dados contrariam a ideia arraigada socialmente de que o número de casos é maior em homossexuais e alertar que não importa a opção sexual do indivíduo e sim o entendimento sobre a prevenção e apresentação da doença.

Neste âmbito, a maneira como a sociedade trata das questões de gênero tem raízes profundas, que tendem a confundir o conceito sobre sexualidade e atrapalhar sua expressão real, tanto no entendimento pessoal como no convívio coletivo. Desse modo, a AIDS levantou a questão dos preconceitos enraizados na sociedade em que na era da doença, a denominação homoerotismo obteve espaço de evidência: nas práticas sexuais desempenhadas da maneira não convencional, como componente da própria construção do masculino. Por isto, as escolhas que as pessoas fazem em relação à forma de manifestar-se sexualmente são profundamente influenciadas pelas questões de gênero, relacionado a uma formação sociocultural com funções sociais pré-estabelecidos (SILVA et al., 2011).

Entretanto, estar claro a complexidade dessa fase na vida das pessoas que junto à falta de orientação pode gerar consequências preocupantes. Necessitando-se assim, que haja uma diminuição na estagnação da sexualidade na terceira idade, havendo por parte da equipe multiprofissional uma atenção maior através da escuta qualificada que veja o idoso holisticamente na perspectiva de reduzir os índices de HIV na terceira idade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por tal, o aumento da expectativa de vida gera diversas percepções diferentes e isso contribui para que novos tipos de tecnologias leves e leveduras sejam inseridas para que haja um atendimento de qualidade a essa população em decorrência de suas patologias e dúvidas.

A elevação do número de idosos vivendo com HIV no país e no mundo, apresenta-se uma importância e a indispensabilidade da equipe multiprofissional em olhar para sua atuação em relação a esse público, fazendo com que haja, de maneira adequada e satisfatória, a inclusão de uma abordagem em relação a sexualidade do idoso através de uma escuta qualificada.

Dessa forma, obteve-se através dessa pesquisa que a região do Nordeste brasileiro assume o terceiro lugar (16,6%) em relação ao número de casos de idosos com o vírus HIV dentre as regiões do país, sendo, o público, predominantemente, os homens (66,92%) quando comparados as mulheres; com baixo nível de instrução escolar, de cor/raça parda (63,68%) se destacado frente as outras etnias; e o heterossexuais (63,77%) sendo o público mais afetado.

Assim, é necessário que a terceira idade seja vista pela sociedade, e principalmente, pelos profissionais de saúde de maneira singular, favorecida de conhecimentos e oportunidades que propiciem uma melhor qualidade de vida.

Além disso, esse público merece ser orientado e introduzido em locais que proporcionem informações e cuidados sem preconceitos e que reconheçam que a sexualidade está inserida na vida dos idosos, para que, desse modo, possa se possibilitar uma melhor qualidade de vida e que essa prática se torne tão natural nesse período quanto é em sua juventude, desde que haja medidas preventivas efetivas.

Ademais, apesar da quantidade restrita de artigos publicados no Brasil que contemplem o estudo em questão, é possível se observar questões significativas em relação a construção dessa temática. A partir disso, pode-se analisar que a sociedade e os profissionais de saúde não conseguem reparar na sexualidade da população idosa, talvez pelo fato de que, ainda hoje, esse assunto seja visto como um tabu por parceiros e familiares.

Por este motivo, é necessário que esse assunto seja abordado de maneira mais profunda, pelo motivo de ser um assunto de origem inesgotável e que gera benefícios relevantes não apenas para a sociedade, mas para toda a comunidade acadêmica. Assim sendo, é de grande relevância que novos estudos sejam realizados para que por meio disso, tecnologias assistências sejam construídas para ajudar na prevenção, no cuidado multiprofissional e no tratamento de idosos que apresentam essa patologia e outras.

Em vista disso, somando-se ao não conhecimento completo dos riscos e malefícios de uma prática sexual desprotegida, evidenciado pela a estagnização da sexualidade na velhice, produziu-se demandas que tornaram-se invisíveis aos olhos da equipe de saúde e da sociedade, que envolve desde a orientação aotratamentodo HIV.

Portanto, deve-se repensar a forma de abordagem de saúde a esse público, através de novos estudos que envolvem idosos com o Vírus da Imunodeficiência Humana dentro dos serviços de atendimentos. Para que esses possam embasar ações de implementação e medidas de prevenção e promoção para que possa atender as necessidades desse público, através de práticas educativas, rodas de conversa e escuta qualificada, para que dessa forma o idoso seja

visto de forma holística, gerando assim um bem-estar global, para que envelheçam ainda mais com qualidade.

## REFERÊNCIAS

ADÃO, V. M.; CARACIOLO, J.M.M. **Impacto psicossocial da lipodistrofia**. São Paulo(SP): Centro de Referência e Treinamento em AIDS/DST, 2002. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/impactopsicossocial-da-lipodistrofia>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

ADEKEYE, O.A.; et al. The new invincibles: HIV screening among older adults in the U.S. **PLoS One**, v. 7, 2012.

AGÊNCIA BRASIL. **Pesquisa mostra que 46% da população do Sudeste dispensam camisinha**. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-02/uso-de-camisinha-e-dispensado-por-46-da-populacao-no-sudeste-diz-pesquisa-d>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. AIDS em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev Bras Enferm.**, v. 69, n. 6, p. 1140-1146, nov/dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1140.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Casos de aids identificados no Brasil**. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/aids**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico 2004-2007**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_estrategico\\_dstaids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico_dstaids.pdf). Acesso em: 09 Mai. 2019.

BRITO, N. M. I.; et al. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. **ABCS Health Sci.**, v. 41, n. 3, p. 140-145. 2016. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/902/744>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

CRUZ, G.E.C.P.; RAMOS, L.R. Idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS no contexto da capacidade funcional. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, p. 981-3, 2012.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de AIDS no Brasil, 1989-1997. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 678-685, dez. 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000700004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 Mai. 2019.

FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002.

GASPAR, J.; et al. Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the State of São Paulo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 230-6, 2011. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en\\_32.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_32.pdf). Acesso em: 09 Mai. 2019.

IBGE. **População estimada de Alagoas em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada da Bahia em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada do Ceará em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada do Maranhão em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada da Paraíba em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada de Pernambuco em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada do Piauí em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada do Rio Grande do Norte em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

\_\_\_\_\_. **População estimada de Sergipe em 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/se/panorama>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

LAST, J.M. **A Dictionary of Epidemiology**. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1995.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LINDAU, S.T.; et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. **N Engl J Med**, n. 357, p. 762-74, abr. 2007. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa067423>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

NÉRI, A.L. Teorias psicológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E.V. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002. p. 32-37.

SILVA, H. R. et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com AIDS em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 499-507, out/dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n3/v20n4/v20n4a09.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

SEGURADO, A. C.; CASSENOTE, A. J.; LUNA, E. de A. Saúde nas metrópoles - Doenças infecciosas. **Estud. av.**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 29-49, abr. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010340142016000100029&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142016000100029&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 maio. 2019.

SMIT, M.; et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. **Lancet Infect Dis**, v. 15, p. 810-18, 2015.

SOARES, A.M.; MATIOLI, M.N.P.S.; VEIGA, A.P.R. AIDS no idoso. In: Freitas EV, organizador. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2006 p. 870-82.

TARAZONA-SANTOS, E. et al. Brasil e a idiosincrasia da miscigenação. **Rev. ufmg**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1 e 2, p. 232-249, jan./dez. 2015. Disponível em: <https://www.ufmg.br/revistaufmg/downloads/22/16-Artigo-16-p232-249.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

TEVA, I.; et al. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA em Latinoamérica. **Rev Med Chile**, v. 140, p. 50-8, 2012. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art07.pdf>. Acesso em: 09 Mai. 2019.

ZORNITA, M. **Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

## SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DE ESCOPO

Rodrigo Assis Neves Dantas <sup>1</sup>

Joyce Karolayne dos Santos Dantas <sup>2</sup>

Eloysa dos Santos Oliveira <sup>3</sup>

Daniele Vieira Dantas <sup>4</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar o perfil de idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva diagnosticados com Síndrome da fragilidade e a influência da fragilidade na condição de saúde desses pacientes. **Métodos:** Trata-se de uma revisão de escopo, elaborada em abril de 2019. A busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, nas bases de dados CINAHL, *Web of Science*, Cochrane e na Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde, utilizando-se as estratégias de busca Unidade de Terapia Intensiva (*Intensive Care Units*), Idoso (*Aged*) e Síndrome da Fragilidade (*Frailty*) e o descritor booleano AND entre as palavras-chaves. **Resultados:** identificou-se a prevalência da síndrome da fragilidade em idosos com maiores faixas etária e em indivíduos do sexo masculino. Idosos frágeis apresentam uma maior susceptibilidade a doenças como a Hipertensão Arterial Sistêmica, Depressão, Diabetes, Insuficiência Cardíaca e Insuficiência Respiratória, bem como fazem maior uso de drogas vasoativas e ventilação mecânica invasiva. Além disso, estão mais propensos a um maior tempo de internação e possuem uma maior taxa de mortalidade. **Conclusão:** a identificação da síndrome da fragilidade torna-se fundamental para um melhor planejamento de cuidados terapêuticos em idosos diagnosticados, para que seja possível a atenuação do impacto da síndrome nos indivíduos frágeis e maximização do seu estado de saúde.

**Descritores:** Síndrome da Fragilidade; Idosos; Unidade de Terapia Intensiva.

### INTRODUÇÃO

Segundo dados obtidos a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2000, o Brasil apresentou uma população de idosos de aproximadamente 8,5% em relação à população total. Já em 2010, essa proporção aumentou para cerca de 10,7% (BRASIL, 2019).

A população de idosos vem crescendo significativamente com o passar dos anos, estima-se que até 2025, o Brasil seja considerado o sexto país em relação ao número de idosos

<sup>1</sup> Doutor em Ciências da Saúde/UFRN. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [rodrigoenf@yahoo.com.br](mailto:rodrigoenf@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Graduada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [joycesantos97@gmail.com](mailto:joycesantos97@gmail.com);

<sup>3</sup> Graduada do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [eloyasantos18@hotmail.com](mailto:eloyasantos18@hotmail.com);

<sup>4</sup> Pós-doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN)/UFS. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [daniele00@hotmail.com](mailto:daniele00@hotmail.com);

(GONTIJO, 2005). Os autores afirmam, ainda, que mesmo com esse crescente número de idosos, ainda há a presença da desinformação em relação à saúde do idoso e as singularidades e desafios que o envelhecimento proporciona para a saúde pública.

O envelhecimento é caracterizado por alterações fisiológicas, que podem ocorrer em diferentes intensidades, em todos os aparelhos e sistema do corpo humano (LOURENÇO, 2014). De acordo com Walston et al. (2006) o envelhecimento tem como resultado a atenuação da interação entre os sistemas fisiológicos, o que interfere significativamente no equilíbrio homeostático, contribuindo para a fragilidade no idoso.

Em relação à fragilidade, Fried et al. (2001) verificou como principais componentes para o seu estabelecimento: a perda de peso não intencional (de no mínimo 4,5 kg), exaustão, fraqueza muscular, lentidão da marcha e o baixo nível de atividade física, sendo que, os idosos considerados frágeis manifestam três ou mais desses sintomas. Os autores, também afirmam que a síndrome da fragilidade possui uma maior prevalência com o aumento da idade e está associada à grandes riscos à saúde do indivíduo, podendo contribuir para a ocorrência de quedas, institucionalização, hospitalização e mortalidade de idosos.

Outro método utilizado para determinar a fragilidade em idosos é a Escala Clínica de Fragilidade. Proposta pelo médico geriatra Rockwood, a escala conta com 9 categorias, sendo considerados frágeis apenas os idosos que apresentam escore de fragilidade maior que 5. As categorias por ordem crescente são: idoso robusto, idoso saudável, idoso controlado, idoso vulnerável, fragilidade leve, fragilidade moderada, fragilidade severa, fragilidade muito severa e fragilidade terminal (ROCKWOOD, 2005).

De acordo com Fhon (2011), juntamente com as comorbidades, a fragilidade é utilizada para a identificação da vulnerabilidade na população idosa. Pois essas variáveis possuem uma interação entre si, o que pode acentuar o risco de complicações nos idosos, além de aumentar a dependência, cuidados prolongados e até mesmo a morte.

Segundo Fried et al. (2004) há uma escassez de profissionais de saúde habilitados e uma dificuldade na avaliação ampliada do paciente com síndrome da fragilidade. Oliveira et al. (2013) compartilha de uma percepção semelhante ao afirmar que a avaliação e identificação da síndrome da fragilidade nos idosos representam uma grande dificuldade para os profissionais de saúde.

Vale salientar, que segundo informações obtidas por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), foram registradas 469.074 internações de idosos no Brasil apenas nos meses de janeiro e fevereiro no ano de 2019 (BRASIL, 2019).

Os idosos são responsáveis por um número significativo de internações em Unidade de Terapia Intensiva, sendo uma questão preocupante para os profissionais de saúde, devido aos riscos, dificuldades, custos e complicações que a assistência a esses indivíduos podem implicar (GONÇALVES; TORRES, 2013).

É de grande importância proporcionar uma maior qualidade de vida dos indivíduos que já envelheceram ou que se encontram no processo de envelhecer (PASCHOAL, 2002). A expansão da população idosa propiciou um maior interesse de várias áreas em pesquisar e compreender formas que favoreçam os idosos na obtenção de uma maior qualidade de vida. No que diz respeito à área da saúde, há uma intensificação dos estudos, sendo a compreensão do termo frágil fundamental para a elaboração de intervenções de sucesso (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011).

Duarte (2009) afirma que apesar de haver uma compreensão sobre a proporção da síndrome da fragilidade em âmbito pessoal, familiar e social na vida dos idosos, os diferentes conceitos na literatura indicam uma dificuldade para o alcance de um consenso em relação a síndrome. Tribess e Oliveira (2011), ressaltam ainda, que a dificuldade da determinação da fragilidade humana e do seu consenso, acaba propiciando a determinação de barreiras na comunicação dos profissionais da área.

Diante disso, o estudo se justifica pela relevância da compreensão sobre o perfil de idosos acometidos pela Síndrome da Fragilidade, além das consequências que a síndrome pode trazer para a saúde do idoso internado em Unidade de Terapia Intensiva, consequência da fragilidade e vulnerabilidade que esses idosos apresentam. Para que assim, seja possível um maior interesse e educação dos profissionais de saúde quanto à fragilidade em idosos, auxiliando-os no reconhecimento de idosos predispostos à síndrome, além de um maior aprimoramento dos cuidados para minimização dos efeitos da fragilidade e suas consequências na população idosa.

Logo, o objetivo do estudo é identificar o perfil de idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva acometidos pela Síndrome da fragilidade e a influência da fragilidade na condição de saúde desses pacientes.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão de escopo (*scoping review*), a qual é utilizada para o mapeamento de conceitos fundamentais sobre determinada área, a delimitando a sua extensão, revisando evidências de pesquisa em saúde e identificando lacunas existentes na literatura (PETERS et al., 2015). O estudo foi realizado em abril de 2019 e utilizou-se o método População-Concepto-Contexto (PCC) para a formulação da questão norteadora da pesquisa. Sendo a População da pesquisa os idosos portadores Síndrome da Fragilidade, o Conceito são o perfil de idosos frágeis e o impacto da síndrome na sua saúde, e o Contexto, idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva.

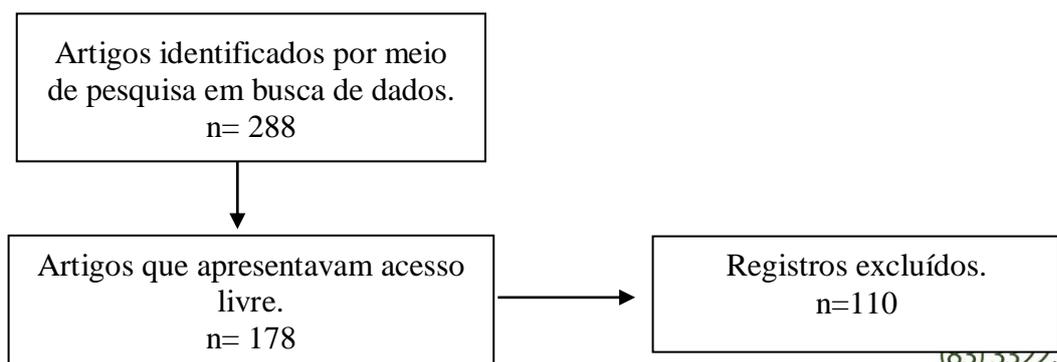
Após a aplicação do método, obteve-se a seguinte questão norteadora: Qual o perfil de idosos frágeis internados em Unidade de Terapia Intensiva e o impacto da fragilidade na saúde desses indivíduos?

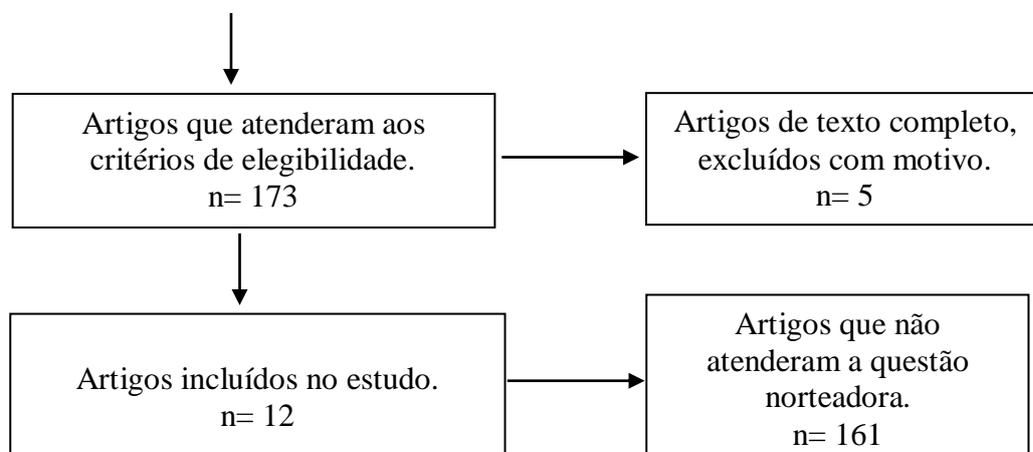
A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), nas bases de dados CINAHL, *Web of Science*, Cochrane e na Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) para a seleção de palavras-chaves da estratégia de busca, sendo elas: Unidade de Terapia Intensiva (*Intensive Care Units*), Idoso (*Aged*) e Síndrome da Fragilidade (*Frailty*), além da utilização do descritor booleano AND. É relevante informar que não foi encontrada nenhuma publicação na pesquisa realizada na LILACS.

Foram incluídas publicações em texto completo, disponíveis gratuitamente nos idiomas português, inglês e espanhol, produzidas nos últimos 10 anos (2009 à 2019). Os critérios de exclusão utilizados foram obras que se encontrem duplicadas nas bases de dados e publicações que não atendam a questão norteadora da pesquisa.

Inicialmente, foram encontrados 340 resultados, e após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão e da análise dos títulos e resumos das obras, foram selecionados 12 artigos para a elaboração do estudo. Como mostra o Fluxograma 1.

Fluxograma 1. Estratégia de busca utilizada na pesquisa. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil (2019).





## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para uma melhor compreensão do estudo, serão abordadas as principais características dos artigos selecionados. No que tange os tipos de estudos, têm-se predominantemente o estudo de coorte, realizado em 10 (83,3%) publicações, seguida pela revisão observacional presente em 1 obra (8,3%) e da sistemática (8,3%).

A partir das estratégias adotadas para a escolha dos artigos, foram selecionadas as obras publicadas entre os anos de 2009 à 2019, observando-se que em 2017 (41%) mostrou-se como o ano de maior publicação, seguido por 2014, 2015 e 2018, que apresentaram o mesmo percentual (16,6%), no ano de 2016 foi observado apenas 1 publicação (8,3%).

Em relação ao local de publicação dos artigos, identificou-se os Estados Unidos da América como o país de maior número de publicações no que diz respeito aos artigos selecionados, representando 4 artigos das 12 publicações, seguido da China, verificando-se 2 publicações (16,66%) e da Alemanha (16,66%), os demais países apresentaram percentual de 8,33% cada, o que equivale à 1 publicação. O que evidencia uma escassez de artigos brasileiros que abordem a temática estudada. Conforme ilustrado na fig.1.

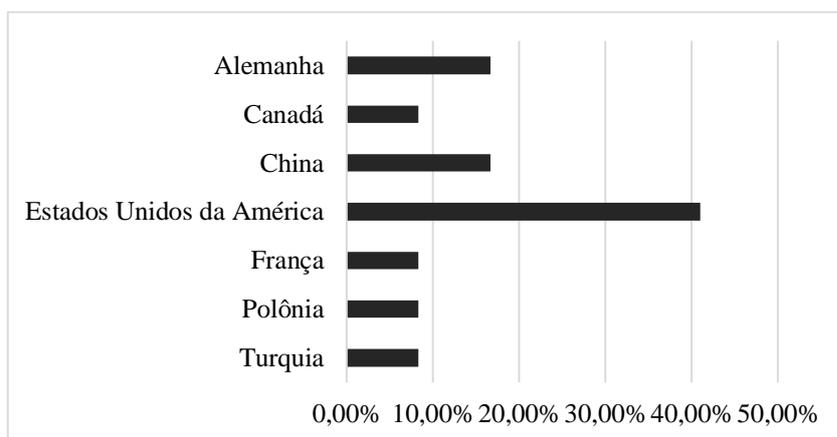


Fig.1. Distribuição dos artigos pesquisados por local de publicação. Natal, Rio Grande do Norte (2019).

Dos 12 estudos selecionados para o estudo, verificou-se que 5 (41,67%) das utilizaram a Escala Clínica de Fragilidade como instrumento para a determinação da fragilidade, 4 (33,33%) fizeram uso do Fenótipo da fragilidade e 3 (25%) do Índice de Fragilidade. Vale salientar que por se tratar de uma revisão de literatura Muscedere et al. (2017) não foi incluído na Tabela 1, conforme ilustrado abaixo.

Tabela 1- Instrumentos utilizados para determinar a fragilidade nos estudos utilizados. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil (2019).

Autores	Instrumento	Frágil		Pré-frágil		Não frágil	
		N	%	N	%	N	%
Baldwin et al. (2014)	Fenótipo da Fragilidade	18	82	4	18	0	
Flaatten et al. (2017)	Escala Clínica de Fragilidade	2156	42,94	972	19,38	1893	43,1
Fronczek et al. (2018)	Escala Clínica de Fragilidade	170	62,5	-		-	
Hope et al. (2015)	Escala Clínica de Fragilidade	16.147	34	-		8.901	18,8.
Karlekar et al. (2017)	Fenótipo da Fragilidade	25	39	21	33	18	28
Kizilarlanoglu et al. (2016)	Índice de fragilidade	59	48,36	37	30,3	26	21,31
Maguet et al. (2014)	Fenótipo da Fragilidade	80	41	-		116	59

Maguet et al. (2014)	Escala Clínica de Fragilidade	46	23	-	150	77
Muessig et al. (2018)	Escala Clínica de Fragilidade	165	53,6	-	143	46,4
Pollack et al. (2017)	Fenótipo da fragilidade	107	86	-	18	14
Wen; Chen; Hasiao, (2017)	Índice de fragilidade	21.481	24,94	-	-	-
Zeng et al. (2015)	Índice de fragilidade	62	40	15	10	-

A partir da leitura das 12 obras, foi elaborado Quadro 1, onde as informações são organizadas em relação os autores, tipo de estudo, objetivo e resultados de cada publicação selecionada para a concretização do estudo.

Quadro 1. Publicações utilizadas para a elaboração do estudo. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil (2019).

AUTORES	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVO	RESULTADOS
Baldwin et al. (2014)	Estudo de coorte.	Determinar se a fragilidade antes alta hospitalar em idosos sobreviventes da UTI de insuficiência respiratória e se ela está associada à incapacidade e mortalidade.	A idade média dos idosos foi de 77 anos e 68% do sexo masculino. 18% eram pré-frágeis e 82% frágeis. 67% faziam uso de VMI, 33% possuíam alguma doença crônica. Os frágeis apresentavam maior tempo de internação e de VMI. Dos 9 óbitos registrados em 6 meses, todos os indivíduos eram frágeis.
Flaatten et al. (2017)	Estudo de coorte	Estudar o impacto da fragilidade em comparação com outras variáveis com relação ao desfecho de curto prazo na população muito idosa da UTI.	A idade média foi de 84 anos, 52,1% do sexo masculino. A sobrevida dos frágeis foi de 59% e dos não frágeis, 76%. Houve prevalência de falência cardíaca e respiratória. Uso de DV em 52,2% e a VMI em 50,7%. A fragilidade foi associada à faixas etárias superiores e a falência de múltiplos órgãos.
Fronczek et al. (2018)	Estudo de coorte	Avaliar a prevalência de fragilidade entre os VIPs e avaliar seu impacto seus resultados na UTI.	Idade média de 84 anos, 58,5% dos pacientes eram do sexo feminino. A fragilidade foi diagnosticada em 62,5%. Verificou-se insuficiência circulatória e respiratória em 26,5%. 84,7% dos idosos frágeis necessitou de VMI e

			74,7% de DV.
Hope et al. (2015)	Estudo de coorte	Estimar o efeito dos cuidados na UTI sobre a mortalidade durante e após a doença crítica, com foco na fragilidade.	A idade média foi 77,5 anos, 57,4% eram do sexo feminino. 34% eram frágeis. 43,7% dos idosos frágeis apresentavam insuficiência de órgãos e 50,5% câncer. 17,3% dos idosos frágeis vieram a óbito, enquanto os robustos, apenas 9,7%.
Karlekar et al. (2017)	Estudo de coorte	Identificar o impacto da fragilidade e o comprometimento cognitivo em uma Unidade de Terapia Intensiva.	A idade média foi de 73 anos, 41% eram frágeis e 25% pré-frágeis. Motivos de internação: 53,41% quedas e 41,31% veículos motorizados. 46% possuíam limitações de vida por lesão grave, 46% dos idosos vieram a óbito em 6 meses.
Kizilarslano glu et al. (2016)	Estudo de coorte	O estudo teve como objetivo investigar os efeitos da fragilidade sobre desfechos clínicos de pacientes em uma unidade de terapia intensiva.	A idade média foi 71 anos. 21,3% eram frágeis e 30,3% pré-frágeis. Comorbidades: HAS (69,7%), depressão (45,1%) e DPOC (41%). Motivo de internação: choque séptico (36,1%) e insuficiência respiratória (56,6%). 84,4% utilizaram VMI e 45,1% DV. Foi registrado óbito em 69,2% dos idosos frágeis.
Le Maguet et al. (2014)	Estudo observacional	Determinar a prevalência da fragilidade em pacientes em terapia intensiva e seu impacto na taxa de mortalidade.	Idade média de 75 anos, 41% eram frágeis, 62% do sexo masculino. Os frágeis apresentavam maiores problemas cardíacos, distúrbios de memória e infecções. O aumento da fragilidade foi associado à mortalidade.
Muessig et al. (2018)	Estudo de coorte	Investigar se o SFC é utilizável para estratificação de risco em octogenários internados em UTI alemãs diversificadas e de alta tecnologia.	A idade média foi 84 anos, 50% dos idosos eram do sexo masculino. Motivos da internação: 31,5% cuidados pós-operatórios, 52,6% motivos médicos e 10,7% traumas. 49,7% dos idosos frágeis utilizaram VMI e 64,8% DV. 42,4% tiveram óbito em 30 dias. Quanto maior a fragilidade, maior foi a mortalidade.
Muscedere et al (2017)	Revisão sistemática e metanálise	Determinar o impacto da fragilidade no desfecho de pacientes graves.	30% dos idosos eram frágeis, apresentavam maior risco de mortalidade. 80% utilizaram VMI e 58% DV. Menor qualidade de vida, má função física e taxa de sobrevida nos idosos frágeis.
Pollack et al. (2017)	Estudo de coorte	Avaliar os sintomas em sobreviventes de unidades de terapia intensiva e determinar se a fragilidade	Idade média de 74 anos, 86% eram frágeis, estes apresentavam mais internações e comorbidades do que os não frágeis, VMI mais frequente, maior comprometimento cognitivo e sonolência. 80%

		identifica aqueles com maiores necessidades de cuidados paliativos.	relataram desejo de cuidados paliativos e 62% estavam dispostos para renunciar a ressuscitação cardiopulmonar.
Wen; Chen; Hasiao, (2017)	Estudo de coorte	Avaliar o índice de fragilidade multimorbidade através do banco de dados de declarações de Taiwan para entender sua relação com eventos adversos.	A média de idade foi de 73,89 anos, 49,82% eram do sexo masculino. 16,54% apresentavam fragilidade leve, 5,50% moderada e 2,90% severa. Durante o estudo, 34,99% vieram a óbito. As mulheres apresentaram maior internação, hospitalização e mortalidade.
Zeng et al. (2015)	Estudo de coorte	Examinar a relação entre o índice de fragilidade (FI) com base no acúmulo de déficits e sobrevivência precoce e tardia.	A idade média foi de 82,7 anos, 87,1% eram do sexo masculino. De 60 óbitos registrados em 300 dias, verificou-se que a maioria eram frágeis. Múltiplos déficits: HAS, doença cardíaca coronária, diabetes e demência.

**Legenda:** VMI= Ventilação Mecânica Invasiva. DV= Drogas vasoativas. HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. DPOC= Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Estudo realizado em Montes Claros-MG, apresentou concordância com os dados obtidos no presente trabalho ao associar uma maior prevalência da fragilidade em idosos com maiores faixas etárias, especificamente, com idade superior à 80 anos. (CARNEIRO et al., 2017).

Em pesquisa realizada por Oo et al. (2013) buscou-se avaliar a repercussão da fragilidade na internação de idosos em hospital na Inglaterra. Esta apresentou resultados semelhantes ao estudo, ao demonstrar que indivíduos que apresentavam idade superior à 85 anos possuíam maior chance de apresentar fragilidade quando comparados à idosos com idade entre 75 e 85 anos.

Em estudo feito em Hospital Universitário do Pará foi verificado que em relação aos idosos internados, 23% eram considerados frágeis, 57% pré-frágeis e 20% não frágeis (FREITAS et al., 2016). Já em estudo realizado por Pereira, Borim e Neri (2017), a prevalência da fragilidade em idosos foi de 38,8%, de pré-frágeis 51,6% e de idosos não frágeis 9,6%.

De acordo com a pesquisa feita por Sousa et. Al (2015), os idosos considerados robustos ou não frágeis, foram classificados com menor risco para quedas quando comparados aos idosos com algum nível de fragilidade, tendo predomínio nos idosos mais vulneráveis ou com fragilidade severa.

Uma pesquisa realizada por Fhon et al. (2016) identificou dados semelhantes aos do estudo ao associar a síndrome da fragilidade à ocorrência de quedas, verificando grande prevalência de quedas nos idosos considerados frágeis, além disso, foi afirmado que tal evento é mais predominante no sexo feminino. Em comparação, em estudo realizado por Ensrud et al. (2009) foi identificado que homens frágeis apresentaram três vezes mais ocorrências de quedas do que os não frágeis ou robustos.

Os autores Carneiro et al. (2017) identificaram, ainda, uma maior susceptibilidade nos idosos com síndrome da fragilidade para comorbidades como: a Hipertensão Arterial Sistêmica, prevalente em 76,9% dos idosos estudados, depressão em 37,2%, doenças cardíacas em 21,9% e diabetes em 20,3% dos indivíduos.

Avila-funes et al. (2008) reforça a prevalência de doenças crônicas como a Hipertensão Arterial Sistêmica apresentando-se em 70,9% dos pacientes frágeis, Diabetes em 14,7% e Artrose 26,4% em idosos frágeis, além de uma maior prevalência de sintomas depressivos. Foi avaliada, ainda, a mortalidade em 4 anos, constatando-se que 11,5% dos óbitos foram de pacientes frágeis, 5,5% de pré-frágeis e 4,4% de pacientes não frágeis ou robustos.

Estudo realizado em um Hospital de Campinas-SP obteve dados semelhantes ao identificar uma forte relação entre a fragilidade em idosos e o uso de ventilação mecânica invasiva, ocorrendo em 67,2% dos idosos estudados, além da utilização de drogas vasoativas, que foram administradas em 62,9% dos idosos. O que evidencia a grande prevalência de problemas cardiovasculares e respiratórios em idosos acometidos pela síndrome da fragilidade (ITO, 2015).

Segundo pesquisa realizada por Joosten et al. (2014), identificou-se a insuficiência cardíaca e a insuficiência respiratória, fraturas, doenças infecciosas, doenças gastrointestinais e como os principais motivos de internação de idosos frágeis.

De acordo com estudo realizado por Krishnan et al. (2013), o tempo médio de internação para os idosos com fragilidade considerada intermediária foi de 36,3 dias, enquanto que para os idosos com alta fragilidade permaneceram em média 67,8 dias internados. Já em relação à taxa de mortalidade em 30 dias, os indivíduos com fragilidade intermediária apresentaram taxa de 3,4%, em comparação com 17,2% para os idosos altamente frágeis.

Em sua pesquisa, Fhon (2011) afirma em relação ao número de vezes em que os idosos com fragilidade estudados foram internados, 70% referiram não ter sido internados nenhuma vez, 23,8% relataram terem sido internados até duas vezes e 6,3% foram internados mais de duas vezes.

Segundo estudo feito por Pereira, Borim e Neri (2017), a população idosa que possui maior risco de óbito são os com maior faixa etária, sendo que a cada ano de idade, esse risco aumenta em 10,2%. O estudo demonstrou que os idosos do sexo masculino apresentaram maior risco de morte, cerca de 73%, quando comparados com as mulheres.

Uma pesquisa realizada em Juiz de Fora-MG, buscou associar os desfechos negativos em idosos com síndrome da fragilidade e verificou que a mortalidade era aproximadamente três vezes maior em idosos frágeis quando comparado à idosos não frágeis (BARBOSA; MANSUR; COLUGNATI, 2017).

A fragilidade é uma síndrome consequente da relação entre fatores cognitivos, biológicos, psicológicos e sociais, apesar disso, não existe um tipo de tratamento específico para a síndrome, o que a torna tão complexa. Mas uma avaliação global desses idosos, realizada por uma equipe multidisciplinar possui a capacidade de agir na prevenção da fragilidade, reduzindo o nível de internações, hospitalizações e mortalidade nos idosos diagnosticados (MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008).

## **CONCLUSÃO**

A partir do estudo, foi possível identificar que a síndrome da fragilidade possui maior prevalência em idosos com idade superior à 80 anos e que quanto maior a faixa etária, maior a chance de o indivíduo possuir fragilidade, a fragilidade também foi muito associada ao sexo masculino. A síndrome em questão possui um grande impacto na vida dos idosos acometidos, refletindo em maior propensão a adquirir doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, insuficiência respiratória e cardíaca e, ainda, depressão. Fazem maior uso de drogas vasoativas e ventilação mecânica invasiva, além de possuírem maior tempo de internação e maior taxa de mortalidade.

Diante disso, ressalta-se a importância da identificação da fragilidade em idosos, para que seja possível um melhor planejamento de cuidados terapêuticos direcionados à esse grupo pelos profissionais de saúde, permitindo a maximização do seu estado de saúde e atenuando a repercussão da síndrome nos idosos.

## REFERÊNCIAS

AVILA-FUNES, José Alberto et al. Frailty among community-dwelling elderly people in France: the Three-City Study. **The Journals Of Gerontology**, Sl, v. 10, n. 63, p.1089-1096, out. 2008.

BALDWIN, Matthew R. et al. The feasibility of measuring frailty to predict disability and mortality in older medical intensive care unit survivors. **Journal Of Critical Care**, v. 29, n. 3, p.401-408, jun. 2014.

BARBOSA, Sergio Ribeiro; MANSUR, Henrique Novais; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. Impactos da fragilidade nos desfechos negativos à saúde de idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 836-844, dez. 2017.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. Disponível em < [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) > Acesso em: 22 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/niuf.def> >. Acesso em: 23 abr. 2019.

CARNEIRO, Jair Almeida et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 70, n. 4, p. 747-752, ago. 2017.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. **Boletim do Instituto da Saúde (Impr.)**, São Paulo, n. 47, Abr. 2009 .

ENSRUD, Kristine E. et al. A Comparison of Frailty Indexes for the Prediction of Falls, Disability, Fractures, and Mortality in Older Men. **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 57, n. 3, p.492-498, mar. 2009.

FHON, Jack Roberto Silva et al. Fall and its association with the frailty syndrome in the elderly: systematic review with meta-analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, v. 50, n. 6, p.1005-1013, dez. 2016.

FHON, Jack Roberto Silva. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 2011. Dissertação. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FLAATTEN, Hans et al. The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients ( $\geq 80$  years). **Intensive Care Medicine**, v. 43, n. 12, p.1820-1828, 21 set. 2017.

FREITAS, Crislainy Vieira et al. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.119-128, 2016.

FRIED, Linda P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p.146-157, 1 mar. 2001.

FRIED, Linda P. et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. **The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 59, n. 3, p.255-263, 1 mar. 2004.

FRONCZEK, Jakub et al. Frailty increases mortality among patients  $\geq 80$  years old treated in Polish ICUs. **Anestezjologia Intensywna Terapia**, v. 50, n. 4, p.245-251, 31 out. 2018.

GONÇALVES, Carina Stadiniski; TORRES, Maricy Morbin. Caracterização das internações de idosos em uma Unidade de Terapia Intensiva, de um hospital público no interior do Paraná. **Revista Uningá**, Maringá, v. 36, p.33-40, abr. 2013.

GONTIJO, Suzana. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde de Brasília**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2005. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2019.

HOPE, Aluko A. et al. Frailty Before Critical Illness and Mortality for Elderly Medicare Beneficiaries. **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 63, n. 6, p.1121-1128, jun. 2015.

ITO, Christian Makoto. **Fatores associados à mortalidade em idosos submetidos à ventilação mecânica**. 2015. Tese – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

JOOSTEN, Etienne et al. Prevalence of frailty and its ability to predict in hospital delirium, falls, and 6-month mortality in hospitalized older patients. **BMC Geriatr**. London, v.14, n.1, jan. 2014.

KARLEKAR, Mohana B. et al. Creating New Opportunities to Educate Families on the Impact of Frailty and Cognitive Impairment in a Trauma Intensive Care Unit: Results of a Quality Improvement Project. **Journal Of Palliative Medicine**, v. 20, n. 2, p.193-196, fev. 2017.

KRISHNAN, Manju et al. Predicting outcome after hip fracture: using a frailty index to integrate comprehensive geriatric assessment results. **Age And Ageing**, v. 43, n. 1, p.122-126, 5 jul. 2013.

KIZILARSLANOGLU, Muhammet Cemal et al. Is frailty a prognostic factor for critically ill elderly patients? **Aging Clinical And Experimental Research**, v. 29, n. 2, p.247-255, 22 mar. 2016.

LOURENÇO, Roberto Alves. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 7, n. 1, set. 2014.

MACEDO, Camila; GAZZOLA, Juliana Maria; NAJAS, Myrian. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 3, p.177-184, 2008.

MAGUET, Pascale Le et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. **Intensive Care Medicine**, p.674-682, 21 mar. 2014.

MUESSIG, Johanna M. et al. Clinical Frailty Scale (CFS) reliably stratifies octogenarians in German ICUs: a multicentre prospective cohort study. **Bmc Geriatrics**, v. 18, n. 1, 13 jul. 2018.

MUSCEDERE, John et al. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Intensive Care Medicine**, v. 43, n. 8, p.1105-1122, 4 jul. 2017.

OLIVEIRA, Daniela Ramos et al. Prevalência de síndrome da fragilidade em idosos de uma instituição hospitalar. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 4, n. 21, jul. 2013.

OO, Mt et al. Assessing frailty in the acute medical admission of elderly patients. **Journal Of The Royal College Of Physicians Of Edinburgh**, v. 43, n. 4, p.301-308, 2013

PASCHOAL, Sérgio Marco Pacheco. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: Netto, Matheus Papaléo. Tratado de Gerontologia. Atheneu: 2002.

PEREIRA, Alexandre Alves; BORIM, Flávia Silva Arbex; NERI, Anita Liberalesso. Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de idosos no Brasil: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, 2017.

PETERS, Micah D. J. et al. Methodology for JBI scoping reviews. **In The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015**. Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute. 2015.

POLLACK, Lauren R. et al. The Frailty Phenotype and Palliative Care Needs of Older Survivors of Critical Illness. **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 65, n. 6, p.1168-1175, 6 mar. 2017.

ROCKWOOD, K.. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **Canadian Medical Association Journal**, v. 173, n. 5, p.489-495, 30 ago. 2005.

SOUSA, Jacy Aurelia Vieira de et al. Síndrome da fragilidade e risco para quedas em idosos: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 4, p. 508-14, dec. 2015.

TRIBESS, Sheilla; OLIVEIRA, Ricardo Jacó. Biological fragility syndrome in the elderly: systematic review. **Revista Salud Publica (Bogotá)**, v. 13, p. 853-864, 2011.

WALSTON, Jeremy et al. Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology. **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 54, n. 6, p.991-1001, jun. 2006.

WEN, Yao-chun; CHEN, Liang-kung; HSIAO, Fei-yuan. Predicting mortality and hospitalization of older adults by the multimorbidity frailty index. **Plos One**, nov. 2017.

ZENG, An et al. Mortality in Relation to Frailty in Patients Admitted to a Specialized Geriatric Intensive Care Unit. **The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 70, n. 12, p.1586-1594, 22 set. 2015.

## SOBRECARGA EMOCIONAL DE CUIDADORAS DE IDOSOS

Gleicy Karine Nascimento de Araújo<sup>1</sup>  
Elismar Pedroza Bezerra<sup>2</sup>  
Aline de Brito Torres<sup>3</sup>  
Rafaella Queiroga Souto<sup>4</sup>

### RESUMO

A população idosa vem crescendo rapidamente e com isso as necessidades de cuidado aumentam, sendo fundamental o papel do cuidador. Esse é um estudo do tipo quantitativo descritivo e transversal, que teve por objetivo avaliar os fatores envolvidos na sobrecarga emocional de cuidadoras de idosos comunitários, bem como traçar o perfil sócio demográfico dos participantes do estudo. Foi realizado no município de Recife-PE no período de 2016 a 2017. Os participantes da pesquisa foram cuidadoras dos idosos que pertenciam a área de abrangência das três equipes de uma Unidade de Atenção Básica (UBS), localizada na micro-área III do Distrito de saúde IV do município de Recife, Pernambuco. Sendo a amostra resultante, 33 cuidadoras. Os resultados demonstraram sobrecarga emocional entre as cuidadoras investigadas, assim como foi constatado que algumas características sociodemográficas se relacionaram com maiores médias de sobrecarga. A maioria possui 2º grau completo, casadas ou morando junto, desempregadas e com idade menor do que 48 anos, com média de idade das cuidadoras de 50,48 anos. A maior parte da amostra do estudo sabia ler e escrever e para algumas delas tomar conta de seu familiar é sempre psicologicamente difícil, sentindo-se cansadas e esgotadas. Portanto, verifica-se que para tentar diminuir a sobrecarga e auxiliar essas cuidadoras, é necessário que orientações e esclarecimentos referentes à prática do cuidar sejam prestados, para que exerçam suas atividades de maneira mais leve e satisfatória.

**Palavras-chave:** Idoso, Cuidadoras de Idosos, Sobrecarga.

### INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa tem ganhado bastante destaque em vários aspectos nos últimos anos, principalmente no que diz respeito ao contexto social. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa (IBGE) (IBGE, 2015), nas últimas três décadas, o envelhecimento no Brasil aumentou de forma acelerada, onde o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou em média nove vezes mais que nos séculos anteriores. Nesta perspectiva, a estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS), é que o Brasil, até 2025, seja o sexto país em número de idosos (IBGE, 2015).

A longevidade tem sido apontada como uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI (BODSTEIN; LIMA; BARROS, 2014). Sendo o aumento da

<sup>1</sup>Enfermeira – Mestranda do PPGEN/UFPE, gleicy.kna@hotmail.com;

<sup>2</sup>Enfermeira – Mestranda do PMPG/UFPE/HULW/EBSERH, elismarpedroza@hotmail.com;

<sup>3</sup>Enfermeira - Faculdade Maurício de Nassau, aline.abt@hotmail.com;

<sup>4</sup>Docente da UFPE, rafaellaqueiroga7@gmail.com.

expectativa de vida considerado um dos maiores sucessos da humanidade, contudo, um dos grandes desafios para a saúde como um todo (FHON *et al.*, 2018). Com o processo de envelhecimento, a capacidade física e emocional começa a se tornar cada vez mais frágil, e o processo de desgaste corporal aumenta. A anatomia e a fisiologia diminuem suas funcionalidades, como também, as relações interpessoais começam a se modificar (VIEIRA *et al.*, 2012).

Tudo isso faz com que o idoso se torne cada vez menos independente para realizar suas atividades da vida diária. Neste contexto, o cuidador se faz protagonista, desempenhando um papel complexo, arraigado de dificuldades para além das exigências psicológicas e físicas já existentes na atividade do cuidar (ROCHA; PACHECO, 2013), como estresse, tensão, constrangimento, diminuição do convívio social, fadiga e depressão. Essa sobrecarga poderá acarretar problemas sociais e financeiros, afetando o bem-estar do cuidador (SOUSA *et al.*, 2008).

O tempo de cuidado, o nível de dependência para as atividades cotidianas e o nível de alteração cognitiva do idoso exercem influências significativas sobre a percepção de saúde e sobrecarga do cuidador (LILLO *et al.*, 2012)

Para Vieira *et al.* (2012), entender os fatores que envolvem o cuidar de um idoso é imprescindível, visto a necessidade de poder ajudar de maneira mais efetiva as pessoas que se dedicam a essa atividade.

De acordo com Martín *et al.*, (apud Rodrigues, 2011), o cuidar implica em uma relação de afeto de quem é cuidado e o seu cuidador. Neste contexto, os cuidados de saúde se encontram sistematizados em dois conjuntos diferentes: o sistema dito formal, constituído pelas instituições, pelos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde; e, o sistema informal, composto essencialmente pelos membros da família ou outra pessoa do convívio do idoso.

Os cuidados informais assumem, na modernidade, um papel relevante na organização do sistema de cuidados em saúde, sendo essenciais na vida dos idosos cuidados (RODRIGUES, 2011).

Investigações que abordem o suporte aos que se dedicam ao exercício do cuidar e suas necessidades de saúde, principalmente, no que se refere ao conhecimento das causas que levam estes a adoecerem são necessárias (GRATÃO *et al.*, 2013).

Neste sentido, fica nítida a necessidade do desenvolvimento de estratégias, estudos e ações efetivas que auxiliem e direcionem as pessoas que exercem o papel do cuidar, visto que

essa função é desencadeante de fatores estressantes. Desta forma, a questão norteadora deste estudo é: quais os fatores envolvidos na sobrecarga emocional de cuidadoras de idosos comunitários?

Com a finalidade de responder ao pressuposto em tela, a presente pesquisa tem por objetivo avaliar os fatores envolvidos na sobrecarga emocional de cuidadoras de idosos comunitários, bem como traçar o perfil sócio demográfico das participantes do estudo.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, do tipo transversal, realizado no município de Recife-PE no período de 2016 a 2017.

Os participantes da pesquisa foram cuidadoras dos idosos que pertenciam a área de abrangência das três equipes de uma Unidade de Atenção Básica (UBS), localizada na micro-área III do Distrito de saúde IV do município de Recife, Pernambuco. Sendo a amostra resultante composta por 33 cuidadoras.

O local foi escolhido devido a sua proximidade com o campus Recife da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e à necessidade de assistência voltada a esse grupo populacional.

Foram realizadas reuniões com a secretaria de saúde do município, os agentes comunitários de saúde e enfermeiros da UBS, a fim de fornecer esclarecimento e sensibilizá-los acerca do propósito do estudo, a necessidade do apoio da unidade e obter permissão para a efetivação da pesquisa. Foi conduzido um treinamento com os interessados em participar da coleta de dados com o objetivo de preparar discentes e docentes para seguir o rigor e os preceitos éticos de uma pesquisa científica durante uma coleta de dados, além de lhes apresentar os instrumentos de coleta de dados e suas interpretações. Sendo assim, foram discutidas informações teóricas e práticas sobre o procedimento de coleta de dados. Foram 8 horas de treinamento, participando 33 coletadores, sendo 22 discentes do curso de enfermagem e 11 do curso de terapia ocupacional da UFPE.

Foi organizada uma escala de disponibilidade dos discentes, semanalmente, que foi combinada com a escala de trabalho dos ACSs. A partir disso, os alunos treinados realizaram a coleta de dados em dupla e acompanhados por um ACS. Esta logística foi necessária devido ao vínculo do ACS com a comunidade, possibilitando tanto a segurança do entrevistador quanto a confiança do entrevistado em participar da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu no local de trabalho da cuidadora, ou seja, na residência dos idosos, após esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, orientação sobre o sigilo dos dados, disponibilidade em participar e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos cuidadores que concordaram participar da pesquisa.

A coleta foi desenvolvida a partir da população de idosos, em que foi realizado o cálculo amostral mediante a fórmula de população finita para estudos epidemiológicos, compondo uma amostra de 159 idosos. A amostragem foi do tipo sistemática, de forma que a cada 5 idosos 1 era incluído. Conforme o idoso aceitava participar da pesquisa, era verificada a presença de um cuidador e, portanto, era realizado o convite de participação. Apenas 35 idosos apresentavam cuidador, sendo assim, esta pesquisa foi realizada com 35 cuidadores de idosos, no qual, para este estudo, foram utilizados os dados de 33 cuidadores porque eram do sexo feminino. Optou-se por utilizar para este estudo os dados referentes as cuidadoras por julgar necessário avaliar a sobrecarga especificamente para este grupo.

Para a coleta de dados, foram utilizados os instrumentos: o Brazil Old Age Shedule (BOAS) e Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI). Do BOAS foram extraídas as questões referentes aos dados sociodemográficos. E do QASCI as referentes à sobrecarga emocional e implicação na vida pessoal do cuidador.

Os dados coletados foram tabulados e analisados no SPSS versão 21.0. Foi realizada estatística descritiva por meio da frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão).

Este projeto é vinculado a uma pesquisa intitulada “Impacto de intervenções multidimensionais em idosos cadastrados na atenção primária à saúde e seus cuidadores” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE sob nº de protocolo: 51557415.9.0000.5208.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As participantes do estudo apresentaram média de idade de 50,48 anos (desvio padrão de 12,03 anos). A cuidadora mais jovem apresentava 27 anos e a com maior idade 76 anos, sendo que 6 das 33 cuidadoras tinham idade igual ou superior a 60 anos. A variável faixa etária foi dicotomizada a partir da mediana e verificou-se que predominou a idade de menor ou igual a 48 anos (51,5%; n= 17). Quanto ao número de filhos, tinham em média 1,79 filhos. O número máximo de filho por cuidador foi de 9 e o mínimo zero filhos.

A maior parte da amostra do estudo sabia ler e escrever (90,9%; n=30), apresentava o 2º grau completo (45,5%; n=15), possuía vida conjugal/casada ou morando junto (63,3%; n=21), e com uma média de 3,5 pessoas morando com elas, sendo o mínimo de 1 e o máximo de 10 pessoas.

Ao serem perguntadas se trabalham atualmente, 24,2% (n=8) responderam que sim, e 72,7% (n 24) responderam que não trabalham.

Na Tabela 1, observam-se as características sociodemográficas e econômicas dos cuidadores.

**Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos das participantes do estudo. Recife, PE, 2016-2017**

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
Menor ou igual a 48 anos	17	51,5
Maior que 48 anos	16	48,5
<b>Estado civil</b>		
Casadas/morando junto	21	63,6
Viúva, solteira/ divorciada	12	36,4
<b>Trabalha Atualmente</b>		
Sim	8	25,0
Não	24	75,0
<b>Se o entrevistado sabe ler ou escrever</b>		
Sim	30	90,9
Não	3	9,1
<b>Escolaridade Máxima Completa</b>		
Primário	2	6,9
Ginásio ou 1º Grau	9	31,0
2º Grau Completo	15	51,7
Curso Superior	3	10,3
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

Sobre as características sociodemográficas e econômicas das cuidadoras, os resultados do presente estudo corroboram a literatura, pois verificou-se o predomínio, também, do sexo feminino (86%) em um estudo realizado por Cesário *et al.* (2017) que avaliava o estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso.

Estudos sobre o cuidador apontou o predomínio de mulheres e a idade média em torno de 50,34 anos. Isso ocorre porque cultural e socialmente, ainda é considerada como sendo uma característica da mulher adaptar-se às exigências dos familiares e, portanto, estar mais preparada para desempenhar o referido papel, enquanto o homem, o provedor financeiro da família (LENARDT *et al.*, 2010; BORGHI *et al.*, 2013). Ademais, na maioria das vezes as mulheres que exercem esse cuidado são idosas, esposas ou filhas, que moram com o indivíduo cuidado e não recebe remuneração financeira para exercer este cuidado (ORLANDI *et al.*, 2017).

Ainda, é válido ressaltar que a mulher que é cuidadora dos idosos suportam diversas consequências negativas relacionadas a várias atividades que esta cuidadora exerce somente pelo fato de ser do sexo feminino, tais como as atividades domésticas do ambiente em que o idoso reside e no seu próprio local de moradia caso diferencie do local do idoso. Diante disso, essas consequências podem refletir em prejuízos no autocuidado e qualidade de vida deste cuidador, além da sobrecarga (CALDEIRA *et al.*, 2017).

Em relação à escolaridade, a maior parte das cuidadoras apresentava 2º grau completo. O estudo de Ferreira (2011) mostra que os indivíduos que possuem maior escolaridade apresentam melhores condições de prestarem um cuidado com mais qualidade. Além disso, o nível de escolaridade pode facilitar no que diz respeito a compreensão das orientações de cuidado e tratamento daquele idoso, em contrapartida, o cuidador pode focar na questão de buscar a cura de doenças incuráveis e, conseqüentemente, desenvolver frustrações e angústias em meio ao enfrentamento da situação (SEIMA, LENARDT, CALDAS, 2014).

Também, percebe-se que os cuidadores com mais idade são mais susceptíveis à sobrecarga e a complicações de saúde, visto que, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento estão cada vez mais presentes e se somam ao desgaste físico e psicológico que o dia a dia de deveres e responsabilidades acarreta (VIEIRA *et al.*, 2012).

Neste sentido, verifica-se que o despreparo das famílias para enfrentar as adversidades referentes ao processo de envelhecer e as alterações ligadas a essas mudanças influencia na adaptação positiva ou negativa dos familiares no atendimento as necessidades do idoso, ocasionando situações conflituosas e que provocam sofrimento (REIS *et al.*, 2015). Um dos

fatores que pode influenciar no surgimento e desenvolvimento do estresse é a renúncia que o cuidador faz em diversos contextos, principalmente no que diz respeito a rotina deste cuidador que irá passar por adaptações, renunciando cuidados consigo mesmo, no ambiente doméstico e familiar, se abdicando de atividades consideradas importantes para este indivíduo (FLORIANO *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2015).

Outro fato que chamou a atenção no nosso estudo é o fato de a maioria das cuidadoras serem desempregadas ou se dedicam somente às atividades domésticas, corroborando com Anjos *et al.*, (2014), quando fala que o exercício do cuidar, muitas vezes, obriga os cuidadores a reduzir a jornada de trabalho ou deixar o trabalho remunerado, principalmente quando a situação do idoso exige dedicação exclusiva e é seu familiar. O percentual de cuidadores desempregados pode estar relacionado a este fato, uma vez que 74,2% deles referiram que se dedicavam, exclusivamente, às atividades domésticas e sem remuneração.

Em um estudo realizado no município de Sobral, localizado no noroeste do Ceará, foi possível observar que a maioria eram cuidadores do sexo feminino, com mais de 60 anos, com escolaridade de um a quatro anos de estudo, cor parda, religião católica e estado civil solteiro (MUNIZ *et al.*, 2016). Esses resultados permitem a reflexão de que o número de idosos sendo cuidadores de outros idosos tende a aumentar.

Em outro estudo, realizado em Curitiba (PR), identificou-se que dentre as características sociodemográficas dos cuidadores entrevistados, a maioria esteve na faixa etária de 50 a 60 anos, também eram do sexo feminino, apresentavam mais de 8 anos de escolaridade, estado conjugal de união estável, não exerciam atividade laboral e coabitam com o idoso (SEIMA, LENARDT, CALDAS, 2014).

Na análise das características relacionadas à sobrecarga do cuidador neste estudo, verificou-se que as cuidadoras sentem vontade de fugir da situação em que se encontram (54,8%; n=17). Um estudo realizado em Campinas (SP) referiu que a vontade de fugir se configura como sintoma psicológico do estresse mais frequente, que podem levar aos sintomas físicos tais como tensão muscular, dificuldade na memória e sensação de desgaste físico continuamente (GUIMARÃES; LIPP, 2011).

Além disso, o estresse pode influenciar com consequências negativas na vida do cuidador que presta assistência ao idoso, sendo necessário compreender que a qualidade de vida auxilia no estado de saúde de quem cuida e é cuidado (CESÁRIO *et al.*, 2017).

Alguns fatores podem contribuir para a instalação do estresse, tais como o excesso de atividades causado pela realização do cuidado, as dificuldades em enfrentar a situação que o

idoso está vivenciando e o desgaste físico e mental (GUIMARÃES; PINTO; TEBALDI, 2017). Deste modo, a rotina de cuidados possibilita que o cuidador apresente problemas de saúde, como por exemplo a depressão e ansiedade, relacionadas a este estresse (PESSOTI *et al.*, 2018).

É evidente que o declínio da qualidade de vida entre os cuidadores pode estar sendo influenciado pela vivência do cuidado ofertado, visto que, ocasiona preocupações sobre a evolução e prognóstico quando o idoso está acometido por alguma patologia. Ainda, os prejuízos na qualidade de vida do cuidador podem interferir diretamente na qualidade de vida do idoso assistido (CESÁRIO *et al.*, 2017).

Identificar e analisar o nível de qualidade de vida dos cuidadores de idosos e os fatores que influenciam nesse processo é fundamental para o planejamento de ações em saúde que almejem encontrar soluções para atenuar as consequências negativas da sobrecarga de cuidado vivenciada (DUARTE *et al.*, 2018).

Percebe-se que, mesmo a maioria respondendo que não sentem vontade de fugir, ainda é um fardo para algumas delas cuidar da pessoa idosa, gerando um sentimento de fuga.

O ritual do cuidar realizado diariamente é tido muitas vezes como uma sobrecarga e transtorno para vida do cuidador. O peso emocional é imenso, exigindo paciência, amor e renúncia (PASINI, 2014).

A maioria das mulheres (46,7%; n 14) acha que cuidar do seu familiar não é psicologicamente difícil respondeu que não. E para (16,7%; n 5) sempre é psicologicamente difícil.

Em relação ao cansaço e esgotamento do cuidador ao cuidar do seu familiar (58,1%; n 18) não se sentem cansados. Já para (6,5%; n 2) quase sempre se sentem esgotados. Ao serem indagados se entram em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar, (25,8 %; n 8) responderam que raramente entra em conflito, e a maioria (67,7 %; n 21) respondeu que não.

No que se refere ao estado de saúde das cuidadoras, (9,7%; n 3) responderam que sempre pensam que seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar, e (77,4%; n 24) que não pensam assim. Esses dados corroboram com o estudo de Maciel *et al.* (2015) em que a maioria (73,33%) realizam consultas medicas frequentemente, e referem apresentar problemas de saúde (60,0%), entretanto, se contradizem quando os cuidadores apontam que se dedicam em tempo integral aos cuidados do idoso e não priorizam a busca por consultas e atendimentos de saúde (VAZ; SANTOS; FERRAZ, 2018).

Para Pasini (2014), o cuidado direcionado à pessoa idosa envolve dimensões físicas, psíquicas e sociais que levam ao esgotamento. Físicas, ao abranger e objetivar a satisfação das necessidades imediatas e mediatas do corpo humano, ao auxiliar na solução de questões que, sozinho, o idoso não tem condições de resolver. Sociais, no que tange à significação deste cuidado na expectativa desse cliente. Acredita-se que o cuidado não possa ser fragmentado na atenção dos aspectos físicos ou dos psicossociais. Ambos são complementares, indivisíveis e necessários.

A sobrecarga do cuidador pode sofrer influência do nível de capacidade funcional que o idoso apresenta, além de estar relacionado a quantidade de doenças que este indivíduo desenvolve (OLIVEIRA *et al.*, 2018). O estudo de Seima *et al.* (2014) avaliou a relação do cuidador com o idoso que apresentava doença de Alzheimer, verificando que esta rotina se configura por um cuidado exaustivo, com alta demanda e constante supervisão, sendo na maioria das vezes desgastante para o cuidador. O estudo de Marins *et al.* (2016) também avalia o nível de sobrecarga do cuidador de idosos com Alzheimer.

A dependência funcional se caracteriza pelo estado em que o indivíduo carece de assistência ou auxílio na execução das atividades da vida diária, decorrentes da diminuição ou perda da autonomia física, psíquica e/ou social (TRINDADE *et al.*, 2017). Entretanto, um estudo realizado na Bahia avaliou com maior aprofundamento essa interação do comprometimento da capacidade funcional e apresentou que existiu uma satisfatória adaptação familiar frente as novas demandas, destacando o respeito, boa interação e bem-estar entre os envolvidos (REIS *et al.*, 2015).

Já ao serem indagadas se sentem que sua vida social tem sido prejudicada por cuidar do seu familiar, teve-se como resposta, (9,7%; n 3) sempre e (77,4%; n 24) não sentem que sua vida social está prejudicada.

Assistir uma pessoa idosa é uma atividade árdua que causa mudanças na rotina do cuidador (PAVARINI *et al.*, 2017) e expõe pessoas de qualquer idade a situações em que elas se sintam tensas (BIANCHI *et al.*, 2016).

Ferreira (2011) observou que o cuidador é privado de suas atividades de lazer acarretando déficits no que diz respeito ao convívio social. Isso pode ser explicado, em parte, pelo despreparo técnico dos cuidadores que acarreta sobrecargas pessoais e alterações no modo de viver, visto que não conseguem administrar bem o autocuidado e atividades de lazer à medida que cuidam do outro.

Na análise das características relacionadas à sobrecarga do cuidador, verificou-se que com o passar dos anos na atividade de cuidar, no processo de adaptação, o cuidador relata mais confiança com as experiências vividas, diminuindo os sentimentos de sobrecarga (GRATÃO *et al.*, 2013).

Na Tabela 2, observam-se as respostas dos cuidadores sobre as questões de sobrecarga emocional.

**Tabela 2 - Distribuição das respostas das cuidadoras acerca das questões de sobrecarga emocional. Recife, PE, 2016-2017**

Variáveis	Não/Nunca		Raramente		As vezes		Quase Sempre		Sempre	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	17	54,8	2	6,5	4	12,9	4	12,9	4	12,9
2.Tomar conta de seu familiar é psicologicamente difícil?	14	46,7	1	3,3	6	20,0	4	13,3	5	16,7
3.Sente-se cansado e esgotado por estar a cuidar do seu familiar?	18	58,1	6	19,4	5	16,1	2	6,5	2	6,5
4.Entra em conflito consigo próprio por estar a tomar conta do seu familiar?	21	67,7	8	25,8	1	2,9	1	3,2	1	3,2
5.Pensa que seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar?	24	77,4	1	3,2	1	3,2	3	9,7	3	9,7
6.Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	18	58,1	1	3,2	7	23	1	3,2	5	16,1
7.Sente que perdeu o controle da sua vida desde que seu familiar adoeceu?	23	74,2	0	0	3	9,7	2	6,5	3	9,7
8.Acha que tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso?	18	58,1	2	6,5	7	22,6	1	3,2	3	9,7

9. Sente que sua vida social

tem sido prejudicada por 24 77,4 0 0 3 9,7 1 3,2 3 9,7  
cuidar do seu familiar?

10. Já se sentiu ofendida e

zangada com o comportamento 11 35,5 3 9,7 10 32,3 3 9,7 4 12,9  
do seu familiar?

---

Fonte: Dados da pesquisa, 2016-2017.

A sobrecarga pode estar relacionada a satisfação com a vida, uma vez que se verifica que os cuidadores que tendem a apresentar maiores níveis de sobrecarga são aqueles que apresentam baixa satisfação com a vida. Um estudo realizado em Campinas reforça através do teste de regressão logística que a sobrecarga aumenta 2,5 vezes a chance de desenvolver baixa satisfação com a vida (CALDEIRA *et al.*, 2017; FUHRMANN *et al.* 2015).

É importante destacar que o cuidador na maioria das vezes se depara com a função de prestar cuidados a pessoa idosa sem treinamento prévio, sem realizar um curso para obter o conhecimento necessário em realizar as condutas e identificar sinais que o idoso demonstre em casos de alterações no seu estado de saúde (IKEGAMI *et al.*, 2018). Assim como na reprodução no domicílio dos cuidados hospitalares necessários.

A sobrecarga dos cuidadores é um tema bastante debatido na literatura, em contrapartida, é imprescindível que novas pesquisas em contextos diferentes sejam realizadas a fim de fornecer subsídios para uma atenção dos profissionais de saúde quanto a necessidade de prestar assistência de saúde aos cuidadores, possibilitando que ao apresentar um bom estado de saúde, o cuidador se torne apto para exercer um cuidado eficaz e sem abdicar-se de seus interesses e atividades pessoais. Ademais, é importante ressaltar que este público carece de atenção uma vez que os idosos se configuram como as pessoas que mais precisam de cuidados.

## CONCLUSÃO

A maioria das cuidadoras de idosos desse estudo possui 2º grau completo, são casadas ou moram com alguém, estão desempregadas e tem idade menor do que 48 anos. Para algumas delas, tomar conta de seu familiar é sempre psicologicamente difícil, como também, sentem-se cansadas e esgotadas com a tarefa do cuidar.

Esta pesquisa mostra informações de cuidadoras que prestam cuidados a pessoa idosa da comunidade, sem especificidade da patologia que acomete o idoso dependente.

Os resultados trazem contribuições e elucidam algumas questões importantes referentes aos efeitos do cuidar.

Para tentar diminuir a sobrecarga e auxiliar essas cuidadoras, é necessário que orientações e esclarecimentos referentes a prática do cuidar sejam prestados, para que exerçam suas atividades de maneira mais leve e satisfatória.

## REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos; BOERY, Rita Narriman Silva de Oliveira; PEREIRA, Rafael. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 600-608, Sept. 2014.

BIANCHI, Mariana *et al.* Zarit Burden Interview Psychometric Indicators Applied in Older People Caregivers of Other Elderly. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** v. 24, n. 0, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692016000100433&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100433&lng=en&tlng=en)>.0104-1169.

BODSTEIN, Airton; LIMA, Valéria Vanda Azevedo De; BARROS, Angela Maria Abreu De. A VULNERABILIDADE DO IDOSO EM SITUAÇÕES DE DESASTRES: NECESSIDADE DE UMA POLÍTICA DE RESILIÊNCIA EFICAZ. **Ambiente & Sociedade ISSN: 1414-753X**, v. XVII (2), 2014.3350271790.

CALDEIRA, Rebeca de Barros et al. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 4, p. 503-517, 2017.

CESÁRIO, Vanovya Alves Claudino et al. Estresse e qualidade de vida do cuidador familiar de idoso portador da doença de Alzheimer. **Saúde em Debate**. v. 41, n. 112, p. 171–182, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000100171&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100171&lng=pt&tlng=pt)>.

DUARTE, António et al. Qualidade de vida e sobrecarga dos cuidadores informais dos pacientes idosos das unidades de cuidados de assistência domiciliar do Algarve (PT). **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 12, n. 1, p. 12-26, 2018.

FERREIRA, Caroline Gomes. **Fatores Associados à Qualidade de Vida de Cuidadores de Idosos em Assistência Domiciliária** Factors Associated with the Quality of Life of Caregivers of Elderly Individuals in Home Care. **SEGUIR ESSE COMO PARAMETRO**, p. 398–409, 2011.

FHON, J.R.S. et al. Factors associated with frailty in older adults: a longitudinal study. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 74, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00349102018000100266&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00349102018000100266&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 nov 2018.

FLESCH, Letícia Decimo et al. Aspectos psicológicos da qualidade de vida de cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 11, n. 3, p. 138-149, 2017.

FLORIANO, Luciane Almeida et al. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p. 543-8, 2012.

FUHRMANN, Ana Cláudia et al. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. **Revista gaúcha de enfermagem**. Porto Alegre. Vol. 36, n. 1 (mar. 2015), p. 14-20, 2015.

GRATÃO, Aline Cristina Martins; , LUANA FLÁVIA DA SILVA TALMELLI , LEANDRO CORRÊA FIGUEIREDO , IDIANE ROSSET , CIBELE PERONI FREITAS, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev Esc Enfermagem USP PERFEITO**, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida; NOVAES LIPP, Marilda Emmanuel. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 2, 2011.

GUIMARÃES, Lucas Fernando de Oliveira; PINTO, Carolina Tebaldi; TEBALDI, Joelma Batista. Alzheimer: diagnóstico precoce auxiliando na qualidade de vida do cuidador. **Memorialidades**, v. 12, n. 23 e 24, p. 11-30, 2017.

IKEGAMI, Érica Midori et al. Relação entre sobrecarga de cuidadores informais e nível de independência de idosos hospitalizados. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 129-134, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção preliminar da população do Brasil para o período 2012-2025**. Rio de Janeiro; 2015.

LENARDT, M. H. et al. O idoso portador da doença de Alzheimer: o cuidado e o conhecimento do cuidador familiar. **Rev. Min. Enferm.** Belo Horizonte, v. 14, n. 3, p. 301-7, jul./set., 2010. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/120>>. Acesso em: 9 mar. 2019.

LILLO P, MIOSHI E, HODGES JR. Caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis is more dependent on patients' behavioral changes than physical disability: a comparative study. **BMC Neurol**, 2012.

MACIEL, Adrienne Pureza et al. Qualidade de vida e estado nutricional de cuidadores de idosos dependentes. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 179-196, 2015.

MARINS, Aline Miranda da Fonseca; HANSEL, Cristina Gonçalves; DA SILVA, Jaqueline. Mudanças de comportamento em idosos com Doença de Alzheimer e sobrecarga para o cuidador. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 352-356, 2016.

MUNIZ, Emanuel Avelar et al. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 172-182, 2016.

ORLANDI, Ariene Angelini dos Santos et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, Julimar Fernandes de et al. Quality of life of elderly people who care for other elderly people with neurological diseases. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 4, p. 428-438, 2018.

PAVARINI, Sofia Cristina Iost *et al.* Elderly caregivers living in urban, rural and high social vulnerability contexts. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** v. 51, n. 0, p. 1-7, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100456&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100456&lng=en&tlng=en)>.

PASINI, Daniela. Vivências dos cuidadores de idosos durante a internação hospitalar. **Dissertação (Mestrado)**, Universidade Federal do Rio Grande, 2014.

REIS, Luana Araújo dos et al. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. **Aquichan**, v. 15, n. 3, p. 393-402, 2015.

PESSOTTI, Carla Fabiana Carletti et al. Family caregivers of elderly with dementia Relationship between religiosity, resilience, quality of life and burden. **Dementia & neuropsychologia**, v. 12, n. 4, p. 408-414, 2018.

ROCHA, Bruno Miguel Parrinha; PACHECO, José Eusébio Palma. Idoso em situação de dependência: Estresse e coping do cuidador informal. **ACTA Paulista de Enfermagem** v. 26, n. 1, p. 50-56, 2013.

RODRIGUES, Marta Piedade Gonçalves. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal-versão reduzida. **Escola Superior de Enfermagem do Porto** v. Mestrado, p. 132, 2011.

SEIMA, Marcia Daniele; LENARDT, Maria Helena; PEREIRA CALDAS, Célia. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 2, 2014.

SOUSA, Ananda Guerra De *et al.* Avaliação da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com sequelas neurológicas. **ConScientiae Saúde** v. 7, n. 4, p. 497-502, 2008.

TRINDADE, Ana Paula Nassif Tondato da et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, 2017.

VAZ, Luana Catiele Silva; SANTOS, Kionna Oliveira Bernardes; FERRAZ, Daniel Dominguez. Condições de saúde e trabalho entre cuidadores de idosos frágeis. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 3, p. 319-329, 2018.

VERIDIANA BOHNS DUARTE, MARIA DA GLÓRIA SANTANA, MARILÚ CORRÊA SOARES, DENISE GAMIO DIAS, Maíra Buss Thofern. **A perspectiva do envelhecer para**

**o ser idoso e sua família.** v. V.7, p. 42–50 , 2005. Disponível em:  
<<http://revistas.ufpr.br/refased/article/viewArticle/8052>>.

VIEIRA, Lizyana *et al.* Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006., v. 15, n. 2, p. 255–264 , 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232012000200008&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232012000200008&lng=pt&tlng=pt)>.

## SOFRIMENTOS DE PESSOAS EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA E MEIOS DE SUPERAÇÃO

Verbena Santos Araújo<sup>1</sup>  
Izabel Cristina Santos do Nascimento<sup>2</sup>  
Rayla Patrícia da Silva Andrade<sup>3</sup>  
Orientadora: Iramara Lima Ribeiro<sup>4</sup>

### RESUMO

As Terapias Comunitárias Integrativas são práticas curativas e pouco onerosas no seu desenvolvimento que geram ações de promoção à saúde e prevenção do sofrimento emocional nas comunidades. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa documental que utilizou como fonte de dados primária fichas de 22 rodas de Terapia Comunitária Integrativa realizadas quinzenalmente, entre dezembro de 2016 a setembro de 2018 em uma Unidade de Saúde da Família localizada na zona sul do município de Natal/RN. Com o objetivo de identificar os tipos de sofrimentos que acometem participantes de rodas de Terapia Comunitária Integrativa e as formas utilizadas para superá-los. Na categoria sofrimentos relatados houve um destaque para problemas familiares com um desejo velado de resolvê-los visto na palavra amor. Na categoria meios de superação para os sofrimentos de ordem familiar, as soluções são apontadas no mesmo núcleo relacionado à família e amigos. Conclui-se que as práticas de Terapias Comunitárias Integrativas proporcionam aos participantes a melhora da autoestima, uma maior reintegração social e fortalecimento dos vínculos familiares, de amizade e espirituais.

**Palavras-chave:** Terapia comunitária Integrativa, Pessoa idosa, Sofrimento.

### INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa em todo o mundo é uma realidade que tende a expandir exponencialmente, resultando em redução de taxas de fecundidade e de mortalidade e, conseqüentemente, aumento da longevidade (DUARTE *et al.*, 2016). O processo de envelhecimento humano tem trazido à tona a necessidade de discutirem-se as reais necessidades e particularidades da pessoa idosa entre seus direitos de cuidados de saúde (VERAS *et al.*, 2014).

<sup>1</sup> Doutora pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [verbenaaraujo@bol.com.br](mailto:verbenaaraujo@bol.com.br);

<sup>2</sup> Graduada em Enfermagem e discente em gerontologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [izabelcris.sn@gmail.com](mailto:izabelcris.sn@gmail.com);

<sup>3</sup> Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [raylapatriciayla@gmail.com](mailto:raylapatriciayla@gmail.com);

<sup>4</sup> Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, [iramara@ccs.ufrn.br](mailto:iramara@ccs.ufrn.br);

Esse processo é inerente ao ser humano e, de maneira natural, é usualmente acompanhado de alterações biopsicossociais, as quais resultam no declínio de processos cognitivos e funcionais, determinado por variadas e complexas interações entre fatores intrínsecos e extrínsecos (LIMA *et al.*, 2015).

Desse modo, é necessário um olhar voltado não somente para o idoso, mas também para as etapas da vida adulta onde o processo de envelhecimento se inicia. Villanueva (1987) classifica três fases para o adulto: entre 20 e 40 anos (adulto jovem), entre 40 a 60 anos (adulto maduro) e acima de 60 anos (adulto idoso).

O adulto maduro encontra-se numa fase de busca pela estabilidade financeira e de criação no âmbito familiar e laboral (procriação, produtividade e criatividade), tentando descobrir o que dá sentido à vida e se está caminhando para cumprir suas metas que geralmente estão atreladas à responsabilidade de guiar os mais jovens, iniciando uma consciência de que seu último estágio de vida se aproxima, até que na velhice a pessoa procura um sentido final para a vida (GONZÁLEZ; CASTILLO; GONZÁLEZ, 2018). Essa busca pode gerar estresse quando os objetivos não são alcançados e, por conseguinte sofrimento que pode culminar em problemas de saúde mental.

Ao mesmo tempo, a senescência conduz a uma mudança no perfil epidemiológico associada às alterações biopsicossociais e acarreta no aumento considerável de despesas com tratamentos médicos e hospitalares, ao mesmo tempo em que se configura num desafio importante para as autoridades sanitárias, em especial no que se refere à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema. Devido a tais transformações, a pessoa idosa passa a necessitar mais dos serviços de saúde, as internações hospitalares se tornam mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior do que o de outras faixas etárias, demandando um cuidado mais especializado e gerando custos elevados. Normalmente, as doenças que afetam a pessoa idosa são crônicas e múltiplas, persistem por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas (BRASIL, 1996).

Atualmente, a busca de uma longevidade ativa e saudável tornou-se uma necessidade e para alguns uma conquista e um verdadeiro privilégio da sociedade, contudo como essa realidade ainda é exclusiva de uma parcela mínima da população. Conforme as nações e os contextos ambientais, fisiológicos e socioeconômicos, há necessidade de se investir mais em tecnologias de cuidado diferenciadas e adaptadas às reais necessidades da pessoa idosa. No Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional vem transformando cada vez mais o seu perfil demográfico desde a década de 1960, acarretando assim, novos desafios para as políticas

sociais e de saúde, exigindo cada vez mais esse olhar diferenciado para a condição de vida e saúde do idoso (SILVA, 2018).

Nesse contexto, faz-se necessária a incorporação ou o aprimoramento de melhorias no cuidado da saúde da pessoa idosa, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), na prática diária dos profissionais, de modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão humanizada e de mundo do usuário durante o processo de cuidado à saúde, promovendo qualidade de vida. (MOURA, 2017)

Destarte, a PNPIC criada em 2006 em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (APS), considera o indivíduo em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, buscando atuar na redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer o seu modo de viver de modo saudável (GONGALVES, 2014).

Dentre as várias práticas inovadoras inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), pautadas nos conceitos e diretrizes da PNPIC, destacam-se as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) que são práticas direcionadas ao cuidado humanizado, sendo estas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e institucionalizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006. As PNPIC não abordam somente a doença, consideram a dimensão subjetiva dos pacientes e seu contexto social, cultural, espiritual e o uso de práticas complementares nos processos de tratamento, cura, prevenção e promoção da saúde, baseadas em avaliação científica de segurança e eficácia, com boa qualidade (MACHADO, 2015).

Em março de 2017, a PNPIC foi ampliada a partir da publicação da Portaria GM/MS nº 849/2017, inserindo entre as cinco práticas já regulamentadas, outras 14 novas práticas, a fim de garantir uma maior integralidade e resolutividade da atenção à saúde e estender o cuidado, mediante abordagens terapêuticas (BRASIL, 2018). Já em 2018, com a portaria nº 702, mais uma ampliação na PNPIC inseriu novos 10 recursos terapêuticos no rol das PICS do Ministério da Saúde, totalizando 29 possibilidades (BRASIL, 2017).

Dentre essas práticas, destaca-se a Terapia Comunitária Integrativa (TCI), uma ferramenta de construção de redes sociais solidárias, onde todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, num ambiente acolhedor e caloroso (BARRETO, 2010).

A TCI enquanto estratégia de cuidado e acolhimento constrói um ambiente propício à fala e à escuta, capaz de reduzir as dores e sofrimentos da população idosa e, conseqüentemente,

diminuir a utilização de medicamentos ansiolíticos (ARAÚJO, 2017). Gera ações de promoção à saúde e prevenção do sofrimento emocional nas comunidades. Dessa forma, proporciona ao indivíduo a construção de vínculos sociais saudáveis, favorecendo o resgate da autonomia (MORAES, 2014).

Assim, passa a ser um ato terapêutico, implantado na Atenção Básica à Saúde dos municípios, visando à promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, buscando apreciar os relatos de vida dos participantes, assim como ajudá-los no resgate da identidade, da autoestima e da confiança em si, além de compreender melhor seus problemas e solucioná-los (MOURÃO, 2016).

Diante do exposto, a inserção de novas formas de cuidado que utilizem tecnologias leves e de baixo custo, como a TCI, tem-se tornado uma tônica na atuação dos profissionais de saúde, a fim de minimizar os problemas enfrentados pela pessoa idosa, mediante a finitude da vida. A terapia comunitária integrativa nesse contexto torna-se uma excelente aliada para trabalhar aspectos emocionais e vivenciais, por se tratar de uma metodologia que abre um espaço de partilha de experiências vividas, sendo considerada uma prática de efeito terapêutico, destinada à prevenção e à promoção da saúde mental, uma vez que promove a construção de vínculos solidários e cria uma rede de apoio social, onde se busca minimizar problemas e buscar estratégias e soluções para enfrentar as adversidades do cotidiano.

Quando realizada junto à pessoa idosa, se caracteriza como uma importante estratégia de humanização em saúde, pois promove um cuidado integral e cria um lugar seguro de promoção da saúde e prevenção do adoecimento, pois essa parcela da população precisa de atenção diferenciada e de atividades que a reintegre socialmente, produza subsídios para o desenvolvimento de suas potencialidades e aumente sua autoestima, haja vista que sua grande vulnerabilidade para o adoecimento tanto físico como mental, é a porta para o declínio de sua qualidade de vida, devido tanto aos processos naturais de perda quanto as situações as quais são expostos todos os dias.

Considerando a importância da TCI no apoio às condições vivenciadas ao longo do envelhecimento, esse capítulo aborda uma pesquisa documental proveniente de fichas de Terapia Comunitária Integrativa, realizadas entre os anos de 2016 e 2018 em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada na zona sul do município de Natal/RN, de maneira que os idosos pudessem expressar e compartilhar problemas vivenciados no seu cotidiano e que culminavam em sofrimentos das ordens física e psíquica e, assim, buscar superá-los a partir da troca de experiências, permitindo ainda, aos profissionais da USF, traçarem um perfil em relação aos principais problemas dos usuários participantes.

Teve-se por objetivo nesse estudo apresentar os tipos de sofrimentos que acometiam adultos participantes das rodas e as formas de enfrentamento utilizadas para superá-los. As rodas de TCI estiveram vinculadas a um projeto de extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) intitulado “Humaniza-me: A Terapia comunitária como instrumento de humanização na promoção da saúde e construção de vínculos entre idosos”.

A partir de uma análise de conteúdo se identificou os sofrimentos relatados pelos adultos, sobretudo maduros e idosos, além dos meios utilizados para superá-los, cujos problemas estavam mais direcionados às relações de ordem familiar, com exposição dos sentimentos negativos decorrentes das situações experienciadas, além da busca de apoio junto a profissionais de saúde, familiares e amigos, numa formação de rede de apoio coletiva, dentro do meio social em que se inseriam.

Relativo às rodas de TCI, a partir de uma nuvem de palavras, ficou patente que elas despertavam sentimentos de conotação positiva, sobretudo relacionados à paz, amor, fé e gratidão, demonstrado que essa PIC foi capaz de melhorar a autoestima e promover uma maior reintegração social, além de fortalecer vínculos familiares, de amizade e espirituais.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa documental, que utilizou como fonte de dados primária fichas descritivas de 22 rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI) realizadas com periodicidade quinzenal, entre dezembro de 2016 a setembro de 2018, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na zona sul do município de Natal/RN. As fichas foram preenchidas pelas terapeutas responsáveis pela condução das rodas de TCI, com formação na área, sendo uma enfermeira doutora em Enfermagem e outra fisioterapeuta, doutora em Saúde Coletiva.

A prática da TCI na UBS esteve vinculada a um projeto de extensão desenvolvido pela Escola de Saúde da UFRN intitulado "Humaniza-me: A Terapia comunitária como instrumento de humanização na promoção da saúde e construção de vínculos entre idosos".

O projeto visou identificar as contribuições das Rodas de TCI para a resiliência e fortalecimento de vínculos solidários entre os idosos, mediante as etapas adiante:

I) acolhimento (iniciando com as boas vindas, comemorações dos aniversários, explicando sobre os objetivos e regras da terapia e dinâmica para melhor integração do grupo);

II) Escolha do tema (exposição de situações vividas no cotidiano pelos participantes e que se constituíam em sofrimento para os mesmos, seguida de votação entre todos para a eleição de um tema);

III) contextualização (o participante cujo tema foi escolhido relatava sua problemática de forma mais detalhada);

IV) Problematização (os participantes contavam suas experiências relacionadas com o tema, evidenciando as estratégias de superação de seus problemas e do seu sofrimento) e;

V) rituais de agregação (os participantes valorizavam as experiências dos outros e a própria e simbolicamente representavam uma grande teia solidária formada a partir da elevação da espiritualidade, da fé e da esperança).

Em relação ao perfil dos participantes, estes eram moradores de um bairro da zonal sul da cidade de Natal que apesar de ser conhecido como elitizado, apresenta um bolsão com uma comunidade carente, com índice elevado de violência e drogadição no entorno da UBS.

Quanto à idade, 0,2% dos participantes estava na faixa entre 12 e 18 anos (0,2%), 38,7% entre 19 e 45 anos, 42,6% entre 46 e 60 anos e 18,5% eram idosos (acima de 60 anos). Participaram nas 22 rodas de TCI 486 pessoas, com uma média de 22,1 pessoas por roda. Apenas uma pessoa era do sexo masculino.

O material decorrente das fichas de TCI nas quais estão descritas as apreensões dos terapeutas em relação aos momentos vivenciados durante as rodas, foi analisado à luz da Análise de Conteúdo, segundo Bardin (BARDIN, 2016). A autora discorre que esse tipo de análise pode ocorrer tanto a partir dos significados, quando se focaliza na análise temática, quanto dos significantes em que o conteúdo léxico é posto em análise. Tal conteúdo é sistematizado de modo objetivo e quantitativo, porém, o alvo é a interpretação das comunicações presentes no material textual a partir de unidade de codificação ou de registro identificadas pelo analista, definindo-se unidades de contexto que deem definição às unidades de registro quando necessário, resultando numa análise categorial, um dos tipos de análise de conteúdo que se detém na frequência de presença de itens com sentido ou ausência dos mesmos, conduzindo à realização de inferências após a descrição e interpretação das características do texto (BARDIN, 2016).

Uma leitura flutuante inicial foi realizada para uma melhor apropriação do material, também conhecida como pré-análise, elegendo-se para a composição do corpus os motes (ou temas) que foram escolhidos pelos participantes para serem compartilhados na etapa II.

Foram incluídas ainda, na Análise de Conteúdo, as estratégias adotadas para o enfrentamento dos problemas que foram discutidos, priorizando-se no material o que era de relevância e representativo para o objeto de estudo.

O material transcrito na íntegra foi lido detalhadamente e codificado, tendo como unidade de registro a palavra e a palavra-tema, contadas a partir da frequência em que apareciam no corpus, categorizadas por temas os quais foram nominados a posteriori. Adotou-se como unidade de contexto a frase, seguindo-se a interpretação dos dados resultantes.

Além disso, foi elaborada uma nuvem de palavras, a partir de palavras citadas pelos participantes no término de cada roda, quando se questionava o que os mesmos levavam como bagagem da TCI. A nuvem foi criada mediante o auxílio do software online de livre acesso words clouds.com.

O *software* referido quantifica a frequência com que as palavras ocorrem, fornecendo uma nuvem de palavras, onde se observa que quanto maior a frequência, maior o tamanho da palavra.

As nuvens de palavras podem ser utilizadas em caráter suplementar à análise de conteúdo ao ilustrarem uma leitura superficial do senso comum através de uma imagem que demonstra a força de determinadas palavras a partir do seu tamanho (frequência) (VASCONCELLOS-SILVA, 2018). Assim, a análise foi realizada tomando em consideração as palavras que mais tomaram destaque na nuvem e indica se o método da TCI foi julgado pertinente para aquele grupo social.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de conteúdo decorrente das fichas resultou em duas categorias temáticas (1 - Sofrimentos relatados e 2 - Meios de superação dos problemas), detalhadas na Tabela 1 a partir das dez subcategorias delas decorrentes, contabilizando-se no corpus 213 unidades de registro relacionadas ao objeto de estudo.

**TABELA 1:** Unidades categóricas do corpus, com respectivas frequências. Natal/RN, 2019.

CATEGORIA TEMÁTICA	SUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTRO	N
1. Sofrimentos relatados	1.1. Dor física	Dores (2), articulações (1), idade (2), relacionadas (1), doença (1), esposo (1)	8
	1.2. Problemas com familiares	Problemas (2), família (2), familiar (1), amor (1), conflitos (1), filha (2), adoção (1), relacionado (1), isolamento (1), relacionamento (1), pai biológico (1)	14

	1.3. Drogadição	Drogas (2), alcoolismo (1), alcoólatra (1), pai (1), filho (1)	6
	1.4. Medo de perder	Medo (3), perder (2), perda (1), avô (1), bem material (1), ente querido (2), finalizar um projeto (1), Trabalho de conclusão de curso (2)	13
	1.5. Sentimentos	Solidão (1), abandono (1), mágoa (1), consegue (1), não perdoar (1), ausência dos pais (1), angústia (1), tristeza profunda (1)	8
<b>Total = 49</b>			
<b>2. Meios de superação dos problemas</b>	2.1. Busca por profissionais da saúde	Buscou (10), médico (3), medicina (1), medicações (1), medicação (1), medicamentos (1), especialista (1), geriatra (1), assistência médica (1), ajuda psicológica (6), psicóloga (1), fisioterapia (1), Caps AD*(1), casa de internação (1), casa de recuperação (1), terapia (1), procurou (2), aderiu (1), acompanhada (1), tratamento (1), auxílio (1), internou familiar (1)	39
	2.2. Família e amigos	Buscou (4), apoio (1), ajuda (1), aproximação (4), aproximar (2), aproximou (3), aproximando (2), família (6), familiar (1), pais (2), irmão (1), amigos (2), neto (1), filha (4), neta (1), pediu (1), perdoou (3), procurou (4), decisão (1), conversar (2), conhecer (1), se apoiar (1), mudar de casa (1), morar (1), afastou (1)	51
	2.3 Apoio coletivo	Buscou (5), Buscou ajuda (8), buscou compreender (2), encontrou amigos (1), grupo (1), grupos (1), grupo de idosos (2), igreja (8), religiosa (2), Deus (3), vontade divina (1), fé (1), forças (1), espiritualidade (1), espiritual (2), pediu orientação (2), alcoólicos anônimos (2), TCI (2), grupo de jovens (1), viajar, viajando com amigos (1)	47

\*Centro de Atenção Psicossocial – Álcool de drogas

**TABELA 1:** Unidades categóricas do corpus, com respectivas frequências. Natal/RN, 2019.

<b>CATEGORIA TEMÁTICA</b>	<b>SUBCATEGORIA</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>N</b>
	2.4. Atividade física	Buscou (1), fazendo (3), fazer (1) Pilates (1), caminhadas (2), atividade física (2)	10
	2.5. Ações individuais	Buscando (1), procura (1), procurou (1), pensar (1), fazer (1), começou (1), prazer (1), esquecer a dor (1), cuidar de si (1), acreditar em si (1), se dar mais valor (1), se divertir (1), não pensar (1), ocupar a mente (1), coisas positivas (1), trabalhar (1), trabalho (1)	17
<b>TOTAL</b>			<b>164</b>

\*Centro de Atenção Psicossocial – Álcool de drogas

### **Categoria Temática 1: Sofrimentos relatados**

Na categoria temática 1, é possível visualizar as principais temáticas abordadas pelos participantes da roda de TCI, as quais relacionam-se à sofrimentos, principalmente de ordem relacional com membros da família. Apesar da existência de **problemas**, manifestados em **conflitos**, existe um desejo velado de resolvê-los devido aos laços existentes, verificado na palavra **amor**.

De fato, o modo como a família se constitui influencia na forma como ela interage consigo mesma e, por conseguinte, na concretização de transformações sociais, intergeracionais e de relações familiares futuras, existindo várias configurações familiares, cujos padrões vão se transformando na medida em que ocorrem mudanças sociais, políticas, econômicas e culturais, cujos desafios requerem resiliência para serem superados, num crescimento e transformação pessoal e do núcleo familiar, tomando em consideração que cada membro da família influencia sobre o outro. Assim, o modo como as dificuldades são enfrentadas interfere no desenvolvimento individual e coletivo desse núcleo (MATOS; SANTOS; SILVA, 2018).

Em vista disso, a família exerce papel de corresponsável no tratamento de pessoas em sofrimento psíquico e passa a compor a rede de atenção à saúde mental, superando a perspectiva individual de tratamento, sendo conhecida como um recurso do tipo afetivo, no qual se incluem os amigos. Destarte, são necessários projetos terapêuticos e ações de integração social, além de análise da dinâmica familiar pelos profissionais da saúde, visto que a família pode ser uma provedora de cuidados ao mesmo tempo em que requer a ação do Estado quando está fragilizada, pois apresenta demandas e direitos próprios (COELHO; VELOSO; BARROS, 2017).

Enquanto sujeito de direito, a família enfrenta problemas não cobertos por políticas públicas nos países latino-americanos, dentre eles a desigualdade de classe social, de patrimônio, de pertencimento étnico-racial e de sistemas de gênero, conduzindo a configurações familiares resultante de processos de globalização que interferem nas estruturas familiares e relacionamentos (RODRÍGUEZ BUSTAMANTE; ALPIDIO DE JESÚS; GIRALDO USME, 2019).

Nesse estudo, houve um maior quantitativo de unidades de registro (14 registros na subcategoria 1.2), o que revela a importância da família para o indivíduo, seguida da subcategoria 1.4 em que emergem **medos de perder** (13), sobretudo relacionados aos entes queridos ou de não conseguir finalizar um projeto, posto nas rodas com Trabalho de Conclusão de Curso, demonstrando que os estudos também podem gerar estresse e sofrimento. Há ainda a presença de medo de perder bem material.

O medo se instala no psiquismo do sujeito como um alerta de que existe um perigo, conduzindo ao sofrimento mental, podendo ainda se tornar um instrumento de manipulação de outras pessoas porque existe sempre o medo de fracassar e de perder o amor do objeto amado (CASTELHANO, 2005). Portanto, se não for trabalhado mentalmente, pode conduzir ao adoecimento, o que requer um olhar no campo da saúde.

O medo de perder ou de sofrer dor por uma perda pode desencadear a uma destruição do mundo interno, porém pode despertar uma vontade de reconstruir esse mundo, além de restaurar e recriar os objetos amados, num processo que pode envolver a depressão, mas que também levam o indivíduo a refletir sobre o mundo interno e o externo e de que é preciso aceitar-se enquanto ser com limitações e desenvolver habilidades para tolerar a frustração, o que se constitui de um processo lento e gradual (VIEIRA; CINTRA, 2016).

Cabe destacar uma temática ainda pouco abordada no campo da saúde que é a questão da morte, quer seja corpórea ou de aspectos relacionadas à vida cotidiana, o que se relaciona também ao medo de perder, culminando em algum tipo de transformação. Nesse âmbito, a subcategoria 1.4 se correlaciona com a 1.5, relativa a sentimentos de conotação negativa tais como **solidão, abandono, mágoa, angústia e tristeza profunda**, provenientes de conflitos interiores não solucionados.

Tais sentimentos negativos aproximam-se da questão "conseguir perdoar" e ainda a "ausência de companhia" (ausência dos pais, por exemplo), como pôde ser observado em outras palavras dessa subcategoria. Sentimentos dessa ordem podem acarretar em prejuízo à saúde do indivíduo quando perduram por longo prazo, sem que haja um acompanhamento para superar os momentos em que a negatividade surge.

A solidão caracteriza-se como forte preditor de saúde e qualidade de vida e as pesquisas nessa área apontam que entre a população adulta em geral, os solitários apresentam níveis mais baixos de satisfação com a vida quando em comparação com os não solitários (BRUNES; HANSEN; HEIR, 2019). Por outro lado, estar interconectado ou inserido em alguma comunidade impacta positivamente na saúde da pessoa idosa e na longevidade, sendo importante distinguir o isolamento social no qual não se há contato regular com familiares e amigos, da solidão a qual é subjetiva e onde o indivíduo se percebe isolado, haja vista que apesar de pessoas socialmente isoladas poderem experimentar sentimento de solidão, existem aquelas com pouco contato social, mas que não se sentem solitárias. Ambos, contudo, estão associados com risco de mortalidade e com o desenvolvimento de doenças crônicas importantes, independentemente de outros fatores sociodemográficos e condições de saúde pré-existentes, uma vez que as relações sociais têm sido relacionadas a não fumar, beber

moderadamente, consumir dietas saudáveis e praticar atividade física (SCHREMPFT *et al.*, 2019).

Foi possível identificar também sofrimentos decorrentes de **dor física**, inerentes aos próprios participantes ou aos seus familiares, como identificados partir da palavra **esposo** nas unidades de registo.

Estima-se que 20% da população mundial seja acometida por dor crônica, caracterizando-a como um problema de saúde pública, em que 60% dos que a apresentam, padecem por mais de cinco anos e apresenta a sua qualidade de vida afetada, uma vez que ultrapassa a experiência única da dor para abarcar as dimensões, física, psíquica, familiar, sócio laboral e espiritual, cuja percepção é genética, afetiva, cultural e adaptativa individual, o que leva o modelo biomédico a ser insuficiente no seu tratamento, sendo a melhor via a abordagem que espeite com ênfase na comunicação entre as disciplinas e os profissionais atuantes, focalizada no assistido o paciente e não apenas sobre os sintomas ou a doença, a partir do paradigma biopsicossocial no qual se avaliar a multicausalidade da condição (ABREU *et al.*, 2019).

Ainda na perspectiva de sofrimentos relatados, na subcategoria 1.3 é colocada a temática de **drogadição**. Apesar de ser a subcategoria com menor quantitativo de unidades de registo, ela manifesta um problema fortemente presente em nossa sociedade, o uso de drogas lícitas e ilícitas. Esse problema pode estar presente entre os membros do núcleo familiar, como observado na leitura flutuante das fichas analisadaas.

É valido destacar que as escolhas dos temas a serem discutidos nas rodas de TCI ocorrem por votação, isso pode indicar que tal problema pode ter surgido em vários momentos, mas possuiu pouca votação, em virtude dos estigmas sociais que os drogaditos apresentam, conduzindo ao sofrimento de si mesmo e dos seus familiares, mas cujos problemas vivem sob um plano de fundo, sendo ainda um tabu abordar sobre essa temática delicada, por se tratarem de problemas de cunho mais denso no nível relacional, quando comparados aos demais temas que dessa análise surgiram. Essa dedução decorre de no entorno da Unidade de Saúde em que ocorreram as rodas, ser fortemente presente o uso de drogas ilícitas.

A esse respeito, o uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas vem se caracterizando como um problema de saúde pública e considerado pela Organização Mundial da Saúde como uma doença crônica recorrente, capaz de afetar processos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, causando dependência e destruição de aspectos psicológicos e sociais do próprio dependente e de seus familiares. Estes, sobretudo em decorrência dos laços afetivos e, no caso de filhos, por serem corresponsáveis pela sua formação, num indicativo de que se surgiu um

adoecimento, houve falhas no sistema familiar, culminando ainda em uma sobrecarga familiar geradora de estresse emocional e econômico, além de conflitos (MEDEIROS *et al.*, 2013).

## **Categoria Temática 2: Meios de superação dos problemas**

A categoria temática 2 surgiu com 77% das unidades de registro do corpus e está ligada à categoria 1, na medida em que são relatados os meios utilizados para tentar superar os problemas que mais conduziram os participantes ao sofrimento.

É possível visualizar que para os sofrimentos de ordem familiar, as soluções são apontadas no mesmo núcleo em que o problema surgiu, isto é, na subcategoria 2.2, relativa à família e amigos (51 unidades de registro), estes últimos são procurados como uma forma de apoio para ajudar a nortear as estratégias de resolução do conflito. Já os familiares surgem nas unidades de registros como pessoas de quem os participantes devem se **aproximar** para **conversar**, e daí surgir o perdão.

A família, ao ser compreendida como um grupo político, é formadora de seres humanos com projetos individuais, ao mesmo tempo em que apresenta responsabilidade social compartilhada. Nesse pensar, deixa a perspectiva do privado, onde questões de impunidade e violência são veladas, para adentrar no campo público e político no qual a convivência entre os familiares se orienta pelo exercício da cidadania, em respeito à diferença, diversidade e negociação de conflitos (RODRÍGUEZ BUSTAMANTE, JARAMILLO HENAO, GIRALDO USME, 2019).

No tocante à saúde, a família enquanto unidade de cuidado deve ser compreendida no seu contexto porque nela se estruturam em relações dialéticas, devendo, a prestação do cuidado, focalizar na subjetividade, considerando ainda o espaço cultural em que ela se insere e as ligações por parentesco, por alianças, adoção ou afiliação, apoiado no diálogo (BORGES FELDNER *et al.*, 2018).

Vê-se, portanto, que essa busca pela conversa citada pelos participantes das rodas de TCI desse estudo vão ao encontro da citada dialética, que pode proporcionar a mediação de conflitos a partir do diálogo, sendo importante o apoio dos amigos e, por vezes, dos profissionais que prestam o cuidado no território, caso específico desse estudo que se insere numa USF, na perspectiva da prevenção de doenças e promoção da saúde. Isso envolve relações complexas por perpassa entre o campo privado e o público. Porém, em práticas coletivas como nas rodas de TCI em que esses usuários estavam inseridos, é possível ao participante vislumbrar caminhos para a resolução de seus problemas.

Sob essa ótica, é vista ainda como uma subcategoria fortemente presente **a2.3 - Apoio coletivo**, a segunda com maior unidades de registro (Tabela 1). Destaca-se que essa subcategoria, assim com a subcategoria de menor percentual (**2.4 Atividade Física – 6,1% das unidades de registro da categoria 2**) não se relaciona à resolução de sofrimento em específico e, sim, perpassa por toda a categoria 1, demonstrando a importância do apoio social na resolução de problemas de qualquer ordem. Nesse aspecto, menciona-se a relevância de se priorizar mais as ações focalizadas no sujeito, sobretudo no âmbito ambulatorial em que o sofrimento físico ou mental costuma ser tratado com medicamentos ou com terapias individuais, quando o grupo social desse estudo em específico, aponta a importância do apoio coletivo, sendo forte a presença do cuidado espiritual a partir da busca pelo divino em grupo religiosos, surgindo ainda como outras unidades de registro **grupos de idosos, grupos de jovens, alcoólicos, anônimos, grupos de roda de TCI**, além de **viajar**, apoiado por **amigos**.

No tocante às ações individualizantes na área da saúde, na terceira maior subcategoria (busca por profissionais da saúde), vê-se que o uso de práticas médicas (quer seja indo ao profissional ou aderindo a medicamentos) foi o mais apontado (10 unidades de registro), o que pode estar relacionado tanto ao sofrimento físico quanto psíquico. Tomou-se como destaque ainda a área da psicologia (7 unidades), o que está atrelado ao sofrimento psíquico. O profissional fisioterapeuta (dor física), casas de recuperação e o CAPS também foram citados.

Essa busca do usuário pela especialidade mostra a influência que o modelo biomédico centrado apenas na cura exerce na população que compreende a saúde como ausência de doença, mesmo sendo assistida pela Estratégia Saúde da Família, salientando-se que já existem movimentos de resistência dos usuários frente ao poder biomédico para que sejam tomadas em consideração as necessidades que julgam relevantes para si próprios e para que tomem conhecimentos sobre as doenças que os afetam e as diferentes formas de tratamento (MIRANDA; SILVA; SOUZA, 2019). Contudo, é necessário o reconhecimento em relação ao avanço em relação a cura e reabilitação que tal modelo alcançou, mas que sozinho, não oferece respostas a todas as demandas do usuário.

Sobre o uso de medicamentos, é reflexo do mundo contemporâneo em que os sofrimentos e dores outrora superados de modo diferente na família e comunidade, hoje vêm se transformando em necessidades médicas, numa mudança de cultura da população, influenciada pela mídia num processo de mercantilização dos cuidados à saúde que declina a capacidade de enfrentamento autônomo, reduzindo a abordagem terapêutica que direciona o tratamento para as questões subjetivas e sociais do processo saúde-doença (BORTOLI; KOVALESKI; MORETTI-PIRES, 2019).

A busca por serviços como o CAPS demonstra essa mudança de olhar do usuário. Estes se caracterizam como serviços comunitários de saúde com assistência especializada em saúde mental que envolve o sujeito e a família, a fim de promover a cidadania, garantir os direitos dos usuários e promover a reinserção social, a partir do vínculo terapêutico da equipe multidisciplinar do serviço com os mesmos (COELHO; VELOSO; BARROS, 2017).

Além das formas de superação de problemas já citadas, é possível verificar na subcategoria 2.5 (**Ações individuais**) com os participantes enxergando que as respostas aos seus conflitos podem estar dentro de si próprios, sendo necessário o autocuidado e a valorização de suas qualidades, procurando desenvolver atividades que elevem a autoestima. Reforçando isso, como palavra que costura toda a categoria 2, foi identificada o **buscar** e suas variantes, indicando que em casos que envolvam sofrimento de qualquer ordem, se faz necessária uma ação inicial individual, cabendo à pessoa em sofrimento, realizar essa busca interior e/ou apoiada individualmente ou ainda coletivamente como um passo inicial na superação de seus conflitos.

Embora a subcategoria 2.5 tenha apresentado a segunda menor quantidade de unidades de registro, aponta para uma mudança de postura da população.

O cidadão instrumentalizado para o autocuidado responsável e crítico, ciente dos fatores que influenciam na determinação social do processo saúde-doença, conduz ao sucesso das intervenções na área da saúde (PALODETO; FISCHER, 2019). E, no que tange ao sofrimento, o autocuidado tem se mostrado eficaz no tratamento de depressão, psicose, transtornos de ansiedade, uso de drogas e álcool, controle do estresse, enxaqueca e identificação do que desencadeia convulsões, ressaltando, contudo que esse autocuidado não deve se tornar substituto para serviços de saúde sustentáveis e de alta qualidade e, sim, tomar parte complementar dos cuidados de saúde, sendo necessários financiamento e gerenciamento de ações que o promovam (NARASIMHAN *et al.*, 2019).

No tocante a avaliação dos participantes em relação às rodas de TCI realizadas, projetou-se a partir da construção da Figura 1, abaixo apresentada, a nuvem representativa resultante de 168 palavras, proferidas pelos idosos nos rituais de agregação e indica que os sentimentos que os idosos mais desenvolveram após as rodas foram de **paz**, seguido de **amor, fé e gratidão**, surgindo ainda outras palavras de conotação positiva, o que indica que a TCI se apresenta como importante ferramenta para se abordar os sofrimentos e ajudar aos participantes a encontrar soluções para seus problemas na medida em que se identificam com o tema escolhido para partilha.

**Figura 1:** Nuvem de palavras emergentes da bagagem dos participantes em relação à TCI. Natal-RN. 2019.



Mediante a nuvem de palavras acima posta, fica patente que a espiritualidade se pronuncia a partir da TCI, denotando que os sentimentos relatados são propulsores para superar problemas. De fato, a espiritualidade se caracteriza como uma dimensão humana multidimensional, complexa e individual, capaz de proporcionar bem-estar e paz interior e que no cuidado estimula o processo de cura e/ou de enfrentamento de doenças de modo mais rápido, estando atrelada ao que transcende, à religiosidade, ao processo existencial às experiências e situações vivenciadas. Assim, é de relevância que profissionais da saúde identifiquem se paciente está sofrendo angústia espiritual, a fim de prestar assistência de modo integral (SOLER *et al.*, 2012).

Considera-se ainda que religiosidade e espiritualidade apresentam-se com suporte emocional na medida em que a idade avança, se refletindo na saúde física e mental, relacionada ao sentido da vida e à morte, o que auxilia no suportar limitações, dificuldades e perdas inerentes ao processo de envelhecimento, e por conseguinte, a ser resiliente frente aos problemas (REIS; MENEZES, 2017).

O despertar de sentimentos que se relacionam ao espiritual nas rodas de TCI vivenciadas pelos adultos e idosos desse estudo podem conduzir a melhores condições de saúde, na medida em que oferece um sentimento de esperança para superar as dificuldades relatadas quer por doenças ou por conflitos familiares relatados.

Nesse pensamento, quanto mais satisfeito o idoso nas relações familiares, isto é, com as pessoas que lhes são queridas, maior a percepção de coesão e de conforto emocional, pois se

relaciona ao sentir que pode contar com o apoio do outro, sendo positivo para a saúde física e mental (RABELO; NERI, 2016).

Diante do exposto, nota-se que a TCI pode ser entendida como uma nova tecnologia leve de cuidado em saúde mental comunitária que amplia as ações preventivas e promocionais a partir de trocas de experiências de vida e sabedoria de forma horizontal e circular, na qual os participantes são acolhidos e seus sofrimentos são escutados, numa tessitura de redes de apoio a partir da construção do conhecimento coletivo (OLIVEIRA *et al.*, 2017)

A adversidade quando vista sob uma ótica otimista, numa visão de um futuro melhor, pode proporcionar uma superação da dificuldade, sobretudo quando são vislumbrados meios de se organizar e propor soluções práticas e resolutivas, gerando efeitos no enfrentamento das crises e do estresse no âmbito familiar. (MATOS; SANTOS; SILVA, 2018).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados explanados pelo estudo que revelaram sofrimentos das ordens física, familiar e sentimental, apontando-se como meios de superação o cuidado em saúde, assim como apoio coletivo, de familiares, de amigos e ainda a busca individual da superação, envolvendo ainda questões espirituais, identificou-se que as práticas de TCI proporcionam aos participantes a melhora da autoestima, uma maior reintegração social e o fortalecimento dos vínculos familiares, de amizade e espirituais.

A TCI é uma ferramenta de cuidado de baixo custo, cujos resultados positivos vêm sendo alcançados pela comunidade e devem ser divulgados para o fortalecimento da mesma enquanto estratégia de cuidado.

Verifica-se a necessidade dessas práticas serem inseridas nas unidades de saúde pelas equipes multiprofissionais, visando o aperfeiçoamento do serviço de saúde e a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

Conclui-se, portanto, que não se pode negligenciar a prática da TCI, uma vez que possibilita a percepção das questões individuais e a ressignificação coletiva por meio do problema selecionado pelo grupo. Sugere-se a realização de novos estudos nessa linha de conhecimento, no intuito de enfatizar a necessidade de divulgação da contribuição e importância da TCI para os profissionais, acadêmicos da área da saúde e, principalmente, dos usuários das unidades nas comunidades.

## **REFERÊNCIAS**

ABREU, Ma. del Carmen *et al.* Una experiencia de trabajo interdisciplinario en el dolor crónico: resultados y desafíos. **Rev. méd. Urug.** Montevideo, v.35, n.1, p. 36-41, 2019.

ARAUJO, Verbena Santos; ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral. Terapia comunitária integrativa e o envelhecimento: relato de experiência. **Anais...** III Congresso Nacional de Envelhecimento Humano. Curitiba – Paraná. 22 a 24 de novembro de 2018, p. 1-6.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Tradução de Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, Adalberto. **Terapia Comunitária Passo a Passo.** Gráfica LCR, Fortaleza 2010.

BORGES FELDNER, Carla *et al.* La práctica del enfoque familiar en el contexto de la atención primaria: estudio de caso comparado. **Cult. Cuid, Valencia,** v.22, n.52, p. 142-152, 2018.

BORTOLI, Francieli Regina; KOVALESKI, Douglas Francisco; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Medicalização social e bucalidade: a busca pela superação da técnica. **Cad. saúde colet.,** Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 67-72, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 849 de março de 2017, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 28 Mar. 2017. N.60, Seção I, p.68.

BRASIL. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Poder Executivo, Brasília, DF, 21 Mar. 2018. N.56, Seção I, p.74-75.

BRUNES, Audun; HANSEN, Marianne B; HEIR, Trond. Loneliness among adults with visual impairment: prevalence, associated factors, and relationship to life satisfaction. **Health Qual Life Outcomes,** Londres, v.17, n.1, e:24, p.1-7, 2019.

CASTELHANO, Laura Marques. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. **Psicol. Soc.,** Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 14-20, 2005.

COELHO, Raquel Souza; VELOSO, Thelma Maria Grisi; BARROS, Sibelle Maria Martins de. Oficinas com Usuários de Saúde Mental: a Família como Tema de Reflexão. **Psicol. cienc. prof.,** Brasília, v. 37, n. 2, p. 489-499, 2017.

DUARTE, Marcela Costa Souto; FERNANDES, Maria das Graças Melo; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; NÓBREGA, Maria Mirian Lima. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. **Rev enferm UERJ.** 2016; 24(2):e6801.

LIMA, Claudia Feio da Maia; TROTTE, Liana Amorim Corrêa; SOUZA, Thaisa Araújo ; FERREIRA, Antônio Milton Oliveira; CALDAS, Célia Pereira. Sexualidade do cônjuge que

cuida do idoso demenciado: revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm.* 2015; 19(2):211-17

GONÇALES, Camila de Souza. Terapia comunitária integrativa na estratégia saúde da família. 15p. **Monografia** (Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2014.

GONZÁLEZ, Angélica MaríaRazo; CASTILLO, Ricardo Díaz; GONZÁLEZ, Martha Patricia López. Construcción de lasRepresentacionesSociales de laCalidad de Vida en diferentes etapas de laedad adulta. **EspacioAbiertoCuadernoVenezolano de Sociología**, Caracas, v.27, n.1, 2018.

MATOS, Larissa Araújo; SANTOS, Thamyris Maués dos; SILVA, Simone Souza Costa. Resiliência familiar: percepção de mães em situação de pobreza. **Ciênc. Cogn**, Rio de Janeiro, v. 23, vn.2, p. 178-194, 2018.

MEDEIROS, Katruccy Tenório *et al* . Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. **Psicol. estud.**, Maringá, v.18, n. 2, p. 269-279, 2013.

MIRANDA, Lilian; SILVA, Luciana Janeiro; SOUZA, Yasmim Furtado de. Entre ausência de doença e cuidado possível: a saúde segundo usuárias da Estratégia Saúde da Família. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, e0017404, 2019.

MOURA, Samilla Gonçalves de *et al*. Representações sociais sobre terapia comunitária integrativa construídas por idosos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.38, n. 2, e55067, 2017.

MOURÃO, Luana Feitosa, *et al*. Terapia comunitária como novo recurso da pratica do cuidado: Revisão integrativa. **S A N A R E - Revista de Políticas Públicas**, Sobral,v.15 n.2, p.129-135, 2016.

NARASIMHAN, Manjulaet al. It's time to recognise self care as an integral componentofhealth systems. **BMJ**, Londres, 365:11403, p. 1-2, 2019. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.11403>

OLIVEIRA, Sanni Moraes de *et al*. Rodas de terapia comunitária: construindo espaçoterapêuticos para idosos em comunidades quilombolas. **Rev. enferm. UFSM**, Santa Maria, v.7, n.4, p. 1-13, 2017.

PALODETO, Maria Fernanda Turbay; FISCHER, Marta Luciane. Apropriação da terminologia 'uso consciente de medicamentos' visando à promoção da saúde global. **RECIIS (Online)**, Rio de Janeiro, v.13, n.1,p. 191-207, 2019.

RABELO, Dóris Firmino; NERI, Anita Liberalesso. Avaliação das Relações Familiares por Idosos com Diferentes Condições Sociodemograficas e de Saúde. **Psico-USF**, Itatiba, v. 21, n. 3, p. 663-675, 2016 .

REIS, Luana Araújo dos; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. Religiosidade e espiritualidade nas estratégias de resiliência do idoso longevo no cotidiano. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 4, p. 761-766, 2017.

RODRÍGUEZ BUSTAMANTE, Alexander; JARAMILLO HENAO, Alpidio de Jesús; GIRALDO USME, MariadelTránsito. Familias educadoras e instrumentos de paz. Familia y escuela: un reto pendiente. **Poiésis (En línea)**, Medellín, n.36, p. 27-45, 2019.

SCHREMPFT, Stephanie *et al.* Associationsbetween social isolation, loneliness, andobjectivephysicalactivity in oldermenandwomen. **BMC Public Health**, Londres, v.19, n.1, e: 74, p. 1-10, 2019.

SILVA, Emília Pio da *et al.* Envelhecer o olhar da pessoa idosa: uma análise a partir do software IRAMUTEQ. **BrazilianJournalofdevelopment**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 3386-3400, 2018.

SOLER, Virtude Maria *et al.* Enfermagem e espiritualidade: um estudo bibliográfico. **CuidArte, Enferm**, Catanduva, v.6, n.2, p.91-100, 2012.

VASCONCELLOS-SILVA, Paulo R. Análise de conteúdo de nuvens de palavras produzidas na comunidade virtual "hepatite c". **Anais...** V Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos. Foz do Iguaçu, 30 e 31 de Maio e 1 de Junho de 2018, p. 1-12.

VERAS, Renato Peixoto *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 357-365, Apr. 2014.

VIEIRA, Marcus Rodrigues Jacobina; CINTRA, Elisa Maria de Ulhôa. O trabalho criativo: perda, luto e metáfora. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, São João del-Rei, v. 9, n.1, p.50-66, 2016.

VILLANUEVA, Pillar. **La educación de adultos hoy: necesidad y perspectiva de cambio**. Valencia: Promolibro, 1987.

## UTILIZAÇÃO DE PLANTAS MEDICINAIS PARA O TRATAMENTO DE SINTOMAS CLIMATÉRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Saulo Rios Mariz <sup>1</sup>  
Malena Aparecida da Silva <sup>2</sup>  
Ellen Onara Rodrigues Santos Juvino <sup>3</sup>  
Tayse Gabrielly Leal da Silva <sup>4</sup>

### RESUMO

Com o início do climatério ocorre a diminuição da descarga hormonal que repercute no organismo feminino, propiciando o surgimento de efeitos como: insônia, sintomas vasomotores, instabilidade de humor, atrofia urogenital, doenças cardiovasculares, câncer e problemas cognitivos. O presente trabalho objetivou realizar uma análise de estudos sobre a eficácia e segurança de plantas medicinais e/ou fitoterápicos na terapia de reposição hormonal em mulheres no climatério ou menopausadas. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados *Scielo*, *Medline* e *Lilacs* usando os seguintes descritores e seus correlatos em inglês: Climatério, Menopausa, Fitoterapia e Plantas Mediciniais. Foram selecionados 10 artigos para compor a amostra de textos analisados. Entre os fitofármacos com eficácia e segurança, cientificamente comprovadas, na melhora dos sintomas climatéricos, os mais citados foram: os fitoestrógenos, principalmente os da isoflavona de soja e os presentes na erva-doce, com propriedades de diminuição da atrofia e secura vaginal e dispareunia. Outros benefícios, relacionam-se à diminuição dos fogachos e sudorese.

**Palavras-chave:** Climatério, Menopausa, Fitoterapia e Plantas Mediciniais.

### INTRODUÇÃO

A utilização humana de espécies vegetais na terapêutica existe desde épocas remotas, como resultado da soma de conhecimentos empíricos sobre o uso de plantas por diversos grupos étnicos. Em razão disso, desde as primeiras civilizações, o homem faz uso de plantas medicinais e derivados pela necessidade de sobrevivência, o que posteriormente foi aperfeiçoado para as possíveis implicações no restabelecimento da saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% da população mundial utiliza plantas medicinais no que diz respeito à atenção primária em saúde (LOPES et al, 2015).

Diante dessa perspectiva de ascensão do uso de plantas medicinais, buscou-se consolidar diretrizes que proporcionassem a integração dessa prática no âmbito da saúde

<sup>1</sup> Docente de Farmacologia nos Cursos de Enfermagem e Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Tutor do Programa de Educação Tutorial (PET) Fitoterapia (UFCG). Doutor em Farmacologia (UFPB), sjmariz22@hotmail.com;

<sup>2</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem CCBS/UFCG, Bolsista do PET Fitoterapia, malena\_xo@hotmail.com;

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem CCBS/UFCG, Bolsista do PET Fitoterapia, ellenonara@gmail.com;

<sup>4</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem CCBS/UFCG, Bolsista do PET Fitoterapia, thaysleal8@gmail.com;

pública, em especial, na atenção primária. Para isso, foi aprovada Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) através da Portaria nº 971, em maio de 2006, incluindo a fitoterapia como uma de suas abordagens. Pouco tempo depois, foi publicado o Decreto nº 5.813/2006 que aprovou a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), atualizada em 2016, fortalecendo o acesso seguro e o uso racional das plantas medicinais e fitoterápicos, propiciando novas opções terapêuticas para prestar assistência aos indivíduos (BRASIL, 2006(a); BRASIL, 2006(b); BRASIL, 2016).

Estudos nacionais evidenciam que a maior frequência de uso de plantas medicinais ocorre entre as mulheres. Isso advém do fato que, geralmente, as mesmas assumem responsabilidades relacionadas às experiências de cuidado no âmbito familiar. Além disso, é importante salientar que durante o processo de envelhecimento, o surgimento de doenças e novas condições de saúde se acentuam, fazendo com que a mulher busque um tratamento complementar ou alternativo, como a fitoterapia (SHIAVO et al, 2017).

No processo de envelhecimento feminino, destaca-se o climatério, período em que ocorre a transição da fase reprodutiva para a fase não reprodutiva, em consequência da redução dos hormônios sexuais produzidos pelos ovários. Essa diminuição da descarga hormonal repercute no organismo feminino, propiciando o surgimento de efeitos como: insônia, sintomas vasomotores, ondas de calor, instabilidade de humor, atrofia urogenital, doenças cardiovasculares, câncer e problemas cognitivos. Com isso, as mulheres buscam novos métodos de cuidados com a saúde, entre os quais inclui-se o uso de plantas, principalmente as que possuem fitoestrógenos, por apresentarem menor efeitos adversos que os hormônios sintéticos (ROCHA et al, 2018). Entretanto, na maioria dos casos de emprego da fitoterapia, trata-se de um comportamento essencialmente caracterizado como automedicação, sem orientação de um profissional de saúde e sujeito à riscos tanto de efeitos adversos dos produtos naturais quanto de interação medicamentosa adversa desses com medicamentos alopáticos que porventura estejam sendo usados simultaneamente (SILVA et. al., 2015)

Diante de tudo isso, e com base na necessidade de estabelecer e disponibilizar novos métodos terapêuticos para as mulheres durante o processo de envelhecimento, o presente trabalho objetivou realizar um levantamento bibliográfico, visando a avaliação dos estudos elaborados acerca da utilização de plantas medicinais contendo fitormônios na terapia de reposição hormonal em mulheres climatéricas ou menopausadas, investigando a relação do uso das mesmas e o surgimento de efeitos terapêuticos e/ou tóxicos.

## METODOLOGIA

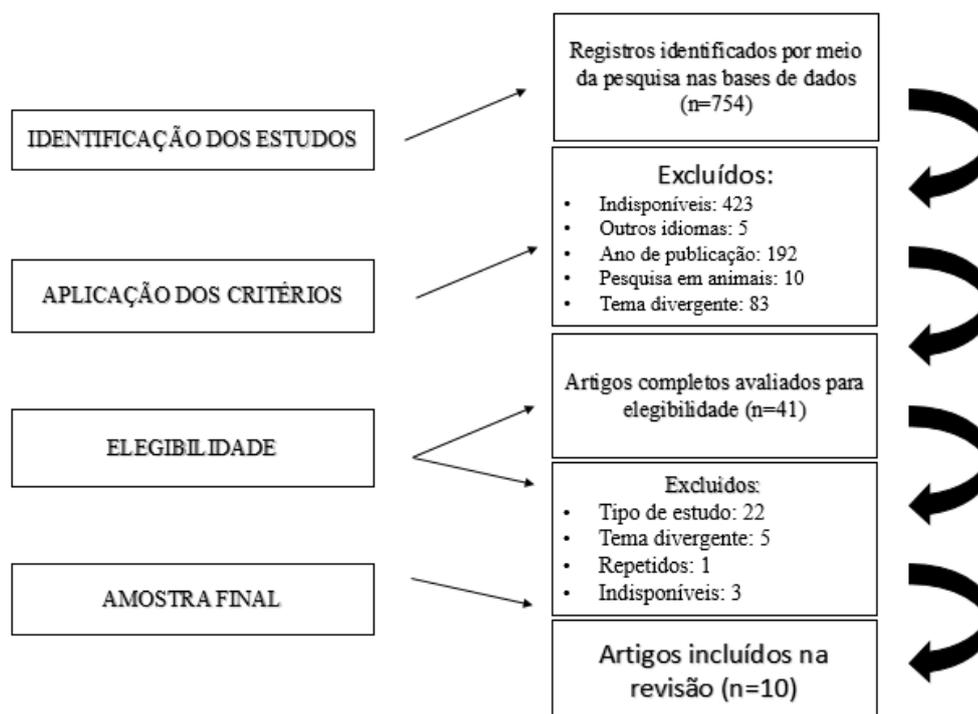
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que tem por objetivo produzir uma análise do conhecimento existente sobre um tema específico a partir de pesquisas anteriores, visando fechar lacunas existentes e unificar o conhecimento sobre o assunto. Para elaboração dessa revisão foram seguidas as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora; busca dos artigos nas bases de dados utilizando-se os descritores e seus correspondentes em língua inglesa; seleção dos trabalhos encontrados mediante os critérios de inclusão e exclusão pré-determinados; avaliação dos estudos pré-selecionados; organização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados e apresentação da revisão (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p.129).

A pergunta de pesquisa foi Quais as evidências científicas acerca dos benefícios e riscos da utilização de plantas medicinais e fitoterápicos para o tratamento de sintomas climatéricos? A busca dos artigos foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*(MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). A pesquisa foi realizada combinações entre os descritores escolhidos, Climatério, Menopausa, Fitoterapia e Plantas Mediciniais, que foram testados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), incluindo seus correspondentes em língua inglesa.

A seleção dos artigos foi realizada com base nos critérios de inclusão: estudos originais disponíveis e publicados na íntegra que abordassem, no título ou resumo, respostas para a questão norteadora; que tivessem sido publicados entre os anos de 2014 e 2019; estudos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Foram excluídos trabalhos como artigos de revisão (sistemática, meta-análise, integrativa e bibliográfica) e artigos repetidos. O percurso de seleção da amostra está representado na figura 1.

Para o desenvolvimento da análise, foi elaborado pelos autores uma planilha, com auxílio do *Microsoft Excel*, com os seguintes itens: título, autor, objetivo, desenho do estudo, principais resultados, conclusão e referência bibliográfica; além da análise das características dos artigos como, idioma, ano da publicação, temática e base de dados.

Por se tratar de uma revisão integrativa, portanto, de um estudo bibliográfico, não foi necessário solicitar aprovação do Comitê de Ética para realização do estudo. Declara-se não haver quaisquer conflitos de interesses.



**Figura.1** Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos estudos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 10 artigos incluídos, 9 foram encontrados na base de dados *MedLine*, em língua inglesa, e apenas 1 na *Lilacs* nas línguas inglesa e portuguesa. Majoritariamente os textos foram publicados entre os anos de 2014 e 2016 com 3 trabalhos em cada ano, como se pode observar no Quadro 1.

Quanto às espécies vegetais estudadas por cada artigo, usadas para tratamento de sintomas climatéricos, foi observado que: quatro artigos estudaram a atuação da Isoflavona de soja (*Glycine max (L.) Merr.*); dois avaliaram a atuação da erva-doce (*Foeniculum vulgare*); um estudou a *Tribulus Terrestris*, outro estudo foi feito sobre o óleo de espinheiro do mar (*Hippophaë rhamnoides*); um trabalho com fitoterápico à base de plantas medicinais chinesas e, ainda, uma pesquisa sobre a interação da fitoterapia e medicamentos no climatério. O detalhamento dos artigos analisados, está presente no Quadro 2.

**Quadro 1-** Apresenta a síntese geral das informações extraídas dos artigos analisados.

<b>TÍTULO DO ARTIGO</b>	<b>AUTORES</b>	<b>REVISTA/ANO</b>
<i>Assessment of the Effects of Tribulus Terrestris on Sexual Function of Menopausal Women.</i>	POSTIGO, S. et. al.	Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2016.
<i>Effect of Foeniculum vulgare Mill. (fennel) on menopausal symptoms in postmenopausal women: a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial.</i>	RAHIMIKIAN, F. et. al.	Menopause, 2017.
<i>Adding Agnus Castus and Magnolia to Soy Isoflavones Relieves Sleep Disturbances Besides Postmenopausal Vasomotor Symptoms-Long Term Safety and Effectiveness.</i>	DE FRANCISCIS, P. et. al.	Nutrients, 2017.
<i>Effect of Foeniculum vulgare (fennel) vaginal cream on vaginal atrophy in postmenopausal women: A double-blind randomized placebo-controlled trial.</i>	YARALIZADEH, M. et. al.	Maturitas, 2016.
<i>Effects of a soy-based dietary supplement compared with low-dose hormone therapy on the urogenital system: a randomized, double-blind, controlled clinical trial.</i>	CARMIGNANI, L. et. al.	Menopause, 2015.
<i>Effects of the Chinese Herbal Formulation (Liu Wei Di Huang Wan) on the Pharmacokinetics of Isoflavones in Postmenopausal Women.</i>	LIMOPASMANEE, W. et. al.	BioMed Research International, 2015.
<i>Effects of sea buckthorn oil intake on vaginal atrophy in postmenopausal women: A randomized, double-blind, placebo-controlled study.</i>	LARMO, P. S. et. al.	Maturitas, 2014.
<i>Effects of acupuncture and Chinese herbal medicine (Zhi Mu 14) on hot flushes and quality of life in postmenopausal women: results of a four-arm randomized controlled pilot trial.</i>	NEDELJKOVIC, M. et. al.	Menopause, 2014.
<i>Effects of Glycine max (L.) Merr. soy isoflavone vaginal gel on epithelium morphology and estrogen receptor expression in postmenopausal women: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial.</i>	LIMA, S. M. et. al.	Maturitas, 2014.
Potenciais interações relacionadas ao uso de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos em mulheres no período do climatério.	GELATTI, G. T. et. al.	Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 2016

**Quadro 2** - Apresenta a síntese geral das informações extraídas dos artigos analisados.

REFERÊNCIA	OBJETIVO DO ESTUDO	DESENHO	PRINCIPAIS RESULTADOS
POSTIGO, S. et al, 2016.	Estudar os efeitos do <i>Tribulus terrestris</i> na função sexual de mulheres após a menopausa.	Ensaio clínico, prospectivo, randomizado, duplo-cego, placebo controlado.	Na avaliação com o questionário SQ-F, houve diferenças significativas entre os grupos placebo ( $7,6 \pm 3,2$ ) e <i>Tribulus</i> ( $10,2 \pm 3,2$ ) nos domínios desejo e interesse sexual, preliminares, excitação e interação harmoniosa com o parceiro e conforto na relação sexual. Não houve diferença significativa entre os grupos placebo e <i>Tribulus</i> nos domínios do orgasmo e satisfação sexual ( $p=0,28$ ). No questionário FIEI, houve melhora significativa ( $p<0,001$ ) nos domínios da lubrificação vaginal durante o coito e/ou preliminares, sensação na genitália durante a relação sexual e capacidade de atingir o orgasmo. Não houve diferença significativa nos efeitos adversos entre os dois grupos.
RAHIMIKIAN, F. et al, 2017.	Avaliar a eficácia da erva-doce no manejo dos sintomas em mulheres pós-menopáusicas.	Ensaio triplo-cego controlado por placebo.	Os grupos registraram pontuações médias semelhantes no questionário MRS (Escala de Classificação da Menopausa) antes da intervenção. Depois de intervenção, o grupo de tratamento mostrou uma diminuição significativa na pontuação média de MRS. Os resultados do teste de Friedman mostraram diferenças significativas entre o escore médio no início do estudo e aqueles em 4, 8 e 10 semanas após o início da intervenção no grupo de tratamento ( $p<0,001$ ), entretanto não houve diferenças significativas do grupo placebo. Quando os grupos funcho e placebo foram comparados, o teste t independente mostrou significância.

**Quadro 2** - Apresenta a síntese geral das informações extraídas dos artigos analisados (continuação).

<p>DE FRANCISCIS, P. et al, 2017.</p>	<p>Analisar a eficácia e segurança da terapia a longo prazo usando <i>Agnus-castus</i> e Magnólia combinados com Isoflavona de soja e lactobacillus, nos sintomas vasomotores, em particular enfocando os distúrbios do sono em mulheres na menopausa.</p>	<p>Estudo prospectivo, observacional e controlado</p>	<p>Ao final do tratamento, a densidade mamária, a espessura endometrial e a função hepática não mostraram diferenças substanciais entre os grupos. O índice de Kuppermann e particularmente a tendência para ondas de calor diminuíram progressivamente e significativamente em frequência e severidade durante o tratamento com ESP (tratamento com isoflavonas de soja + lactobacilos + magnólia + <i>Agnus castus</i>) versus C (que recebeu apenas isoflavonas de soja). Ao mesmo tempo, um aumento significativo na qualidade do sono e nos parâmetros de bem-estar psicofísico foi observado nos grupos ESP versus C. Nenhum evento adverso foi observado</p>
<p>YARALIZADEH, M. et al, 2016.</p>	<p>Investigar o efeito do creme vaginal de erva-doce sobre a atrofia vaginal em mulheres na pós-menopausa.</p>	<p>Estudo controlado, randomizado e duplo-cego</p>	<p>O número de células superficiais aumentou significativamente no grupo de funcho após 8 semanas em comparação com o grupo controle. O número de células intermediárias e parabasais diminuiu de forma significativa no grupo de funcho em comparação ao grupo controle (<math>p &lt; 0,001</math>). O pH vaginal diminuiu significativamente no seguimento de 8 semanas no grupo de funcho em comparação com o grupo controle (100% vs. 7,4%, <math>p &lt; 0,001</math>). Todas as mulheres do grupo de erva-doce tinham um MVI de 65-100 no acompanhamento de oito semanas, enquanto quase metade (40,7%) das mulheres do grupo de controle tinha um MVI de 50-64 (<math>p &lt; 0,001</math>).</p>
<p>LIMOPASMANEE, W. et al, 2015.</p>	<p>Determinar a influência de doses orais únicas e múltiplas de LWDHW na farmacocinética da isoflavona em mulheres saudáveis, na pós-menopausa.</p>	<p>Estudo cruzado aberto, de sequência fixa, trifásico.</p>	<p>Os resultados deste estudo não revelaram diferenças significativas nos parâmetros farmacocinéticos da daidzeína e genisteína, entre os três regimes, a saber: mulheres que receberam apenas leite de soja (fase A); pacientes tratadas em co-administração de leite de soja e LWDHW (Fase B) e voluntárias sob dose múltipla de LWDHW por 14 dias (fase C).</p>

**Quadro 2** - Apresenta a síntese geral das informações extraídas dos artigos analisados (continuação).

<p>CARMIGNANI, L. O. et al, 2015.</p>	<p>Objetivaram comparar os efeitos de um suplemento dietético à base de soja, terapia hormonal de baixa dose (HT) e placebo no sistema urogenital em mulheres na pós-menopausa.</p>	<p>Estudo duplo-cego, randomizado, controlado por placebo</p>	<p>A secreção vaginal melhorou significativamente nos grupos de soja e de terapia hormonal (TH) (<math>p = 0,04</math>). Sintomas urinários e sexuais não mudaram com o tratamento nos três grupos: um grupo de suplemento dietético de soja (90 mg de isoflavona), um grupo TH de dose baixa (1 mg de estradiol mais 0,5 mg de noretisterona) e um grupo de placebo. Após 16 semanas de tratamento, houve um aumento significativo no valor de maturação apenas no grupo TH (<math>P &lt; 0,01</math>). O pH vaginal diminuiu apenas neste grupo (<math>p &lt; 0,01</math>). Não houve diferenças estatisticamente significativas na espessura endometrial entre os três grupos, e os efeitos adversos avaliados foram semelhantes.</p>
<p>NEDELJKOVIC, M. et al, 2014.</p>	<p>Avaliar a viabilidade de um ensaio clínico investigando os efeitos da acupuntura (AP) e fitoterapia chinesa (CHM) em fogachos e qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa.</p>	<p>Ensaio clínico, estudo prospectivo, randomizado</p>	<p>As Plantas Medicinais chinesas (PMC) e Acupuntura (AP) induziram um declínio significativo em todas as medidas de resultado do pré-tratamento para pós-tratamento em comparação com AP falsa (frequência de afrontamento, <math>p=0,016</math>; gravidade de afrontamento, <math>p=0,013</math>; MRS, <math>p&lt;0,001</math>). No grupo PMC-AP, uma diminuição maior nos escores de MRS persistiu desde o pré-tratamento até o acompanhamento (<math>p=0,048</math>). Não foram observadas diferenças significativas entre o grupo de PMC e o grupo PMC placebo. Em comparação com o grupo PMC, houve uma diminuição significativa nos escores MRS (<math>p=0,002</math>) e uma tendência para uma diminuição mais forte na gravidade do fogacho (<math>p=0,06</math>) no grupo PMC AP do pré-tratamento para o pós-tratamento.</p>

**Quadro 2 - Quadro 2** - Apresenta a síntese geral das informações extraídas dos artigos analisados (continuação).

LARMO, P. S. et al, 2014.	Investigar os efeitos da suplementação de óleo de espinheiro do mar (EM) oral na atrofia vaginal.	Estudo randomizado, duplo-cego, controlado por placebo	Comparado ao placebo, houve uma taxa de melhora significativa na integridade do epitélio vaginal no grupo EM, quando ambos os participantes complacentes e não aderentes foram incluídos. Uma tendência benéfica foi observada quando apenas os participantes concordantes foram incluídos. Houve uma tendência para melhora do índice de saúde vaginal desde o início até o final no grupo EM comparado ao placebo.
LIMA, S. M. et al, 2014.	Avaliar os efeitos da administração vaginal de isoflavonas de soja como uma opção de tratamento para a atrofia vaginal, sobre a morfologia e expressão de receptores de estrogênio no epitélio vaginal de mulheres na pós-menopausa.	Ensaio clínico duplo-cego, randomizado, controlado por placebo	O gel vaginal de isoflavona foi efetivo para o alívio da secura vaginal e sintomas de dispareunia e foi observado um aumento nas células intermediárias e superficiais. O pH vaginal no grupo isoflavona foi de 7,1 no início e 5,4 após 12 semanas, enquanto no grupo placebo não houve mudança significativa. Um aumento significativo na espessura após o tratamento foi detectado no grupo da isoflavona. A percentagem de células positivas ao receptor de estrogênio no epitélio vaginal para o grupo da isoflavona variou de 58,5% no início do tratamento a 82,6% após 12 semanas. Esses resultados foram superiores ao gel placebo.
GELATTI, G. T. et al, 2016.	Identificar as potenciais interações decorrentes do uso de plantas medicinais e fitoterápicos concomitante a medicamentos utilizados por mulheres climatéricas.	Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico	Das 87 mulheres estudadas, 55 utilizavam pelo menos uma planta medicinal e 9 mulheres utilizavam pelo menos 1 fitoterápico concomitante a medicamentos, totalizando 26 mulheres expostas a interações entre plantas e medicamentos e 6 mulheres expostas a interações entre fitoterápicos e medicamentos. Em relação às plantas utilizadas no manejo de sintomas climatéricos apenas 1 mulher relatou usar para tratar fogachos a Cera de Glicina (isoflavonas) 50 mg e outras 6 usaram linhaça ( <i>Linum usitatissimum</i> ), Alcachofra ( <i>Cynara scolymus</i> ) e outros compostos de ervas para redução de peso corporal.

## **Relação entre isoflavonas de soja e sintomas vaginais do climatério**

No estudo feito por De Franciscis et al, (2016), o tratamento a bases de isoflavonas de soja aliado a lactobacilos, magnólia (*Magnolia officinalis*) e *Agnus castus* (grupo ESP), promoveu alívio dos sintomas vasomotores do climatério, como ondas de calor e suor noturno. Além disso, a melhora da qualidade do sono global foi mais evidente neste grupo do que entre pacientes tratadas com apenas isoflavonas de soja (grupo C). Essa melhora na qualidade do sono está relacionada com a ação dos extratos de magnólia e de *Agnus-castus*, além da diminuição dos fogachos ocorridos durante a noite. Como é bem conhecido, a magnólia e o *Agnus-castus* possuem propriedades neurotróficas e ansiolíticas, explicando o efeito positivo sobre os sintomas, como irritabilidade, melancolia, dor de cabeça e cansaço.

Na comparação dos efeitos de um suplemento dietético à base de soja, terapia hormonal de baixa dose (TH) e placebo no sistema urogenital em mulheres na pós-menopausa, observou-se que a utilização de 90mg de Isoflavona de soja foi significativamente eficaz para alívio de sintomas genitais no climatério, como secura vaginal. Resultado semelhante foi encontrado no grupo de TH, ou seja, é possível que a isoflavona, por ser um fitoestrógeno, exerça ação moduladora dos receptores de estrogênio e que tal ação seja dose-dependente. Além disso, o grupo placebo mostrou ação inferior na mucosa vaginal em relação ao grupo isoflavona, evidenciando os benefícios clínicos desse fitoestrógeno, sem alterar a citologia vaginal (CARMIGNANI et al, 2015).

Semelhante a este resultado, um outro estudo observou que a utilização de isoflavona em gel gerou resultados positivos em relação à secura vaginal e dispareunia, em menor tempo (4 semanas) e maior eficácia quando comparado ao grupo placebo (12 semanas). É importante salientar que os níveis séricos de FSH (hormônio folículo estimulante) e estradiol se mantiveram inalterados durante ambos tratamentos. Além disso, foi avaliado que houve uma redução do pH vaginal em comparação com o início do tratamento via oral com isoflavonas, possivelmente pelo fato de que o uso via vaginal possua efeitos mais eficazes sobre o pH (LIMA et al, 2014).

A biodisponibilidade da daidzeína e genisteína, que são agliconas da isoflavona, foi avaliada por meio da correlação entre a ingestão oral de leite de soja com Li Wei Di Huang Wan (LWDHW), uma formulação fitoterápica chinesa composta por Shu Di Huang (Raiz de *Rehmanniae preparata*), Shan Zhu Yu (*Fructus corni*), Shan Yao (*Rhizoma dioscoreae*), Ze Xie (*Rhizoma alismatis*), Mu Dan Pi (*Cortex moutan*) e Fu Ling (Poria). Foi constatado que em mulheres pós-menopáusicas saudáveis, a administração concomitante de LWDHW de dose única ou o tratamento prévio com LWDHW de dose múltipla durante 14 dias, não

alterou estatisticamente os parâmetros farmacocinéticos da daidzeína ou genisteína em comparação com aquelas pacientes submetidas a administração de uma única dose oral de leite de soja (LIMOPASMANEE et al, 2015).

### **Relação entre o fitoestrógeno da erva-doce e sintomas vaginais do climatério**

Em um estudo com 60 mulheres pós-menopausadas, analisando intervenção na atrofia vaginal, as mesmas foram distribuídas em 2 grupos para receber creme de erva-doce (*Foeniculum vulgare*) 5% ou placebo, durante 8 semanas. Foi observado que o efeito do fitoestrógeno da erva-doce mostrou-se positivo para manejo de sintomas climatéricos, pois diminuiu o pH vaginal e secreção vaginal, além de amenizar a dispareunia e o prurido, melhorando parâmetros da citologia vaginal (YARALIZADEH, 2016).

Corroborando os dados do trabalho anteriormente exposto, a pesquisa de Rahimikian et. al., (2017), foi concluída com a afirmação dos autores de que uma melhora significativa foi observada nos sintomas da menopausa durante as 8 semanas de intervenção e 2 semanas de acompanhamento no grupo erva-doce. Além disso, a erva-doce, por conter fitoestrógenos, não apresentou efeitos colaterais e/ou adversos, sendo eficaz, principalmente, em mulheres com baixos níveis de estrogênio e para aquelas que experimentaram a menopausa precoce ou são hysterectomizadas.

### **Ouros métodos fitoterápicos de manejo dos sintomas climatéricos**

Ainda analisando terapêuticas para manejo de sintomas vaginais, em mulheres menopausadas, observou-se que as saponinas esteroidais podem ser responsáveis pela atividade hormonal intrínseca de *Tribulus terrestris*, estimulando diretamente os tecidos femininos sensíveis endocrinamente como os do útero e da vagina. Os sintomas evidenciados entre as mulheres foram: aumento da lubrificação vaginal e consequente melhoria do desempenho sexual. Além disso, os componentes ativos presentes no *T. terrestris* podem ser convertidos enzimaticamente em andrógenos fracos semelhantes ao hormônio dehidroepiandrosterona (DHEA), que posteriormente poderia, por sua vez, ser convertido em andrógenos mais fortes, como a testosterona presente nas gônadas e tecidos periféricos (POSTIGO et al., 2016).

Outro produto avaliado quanto à sua utilidade terapêutica na reposição hormonal foi o óleo de Espinheiro-mar (*Hippophaë rhamnoides*). Constatou-se que o mesmo melhora a integridade do epitélio vaginal entre mulheres na pós-menopausa. No entanto, o referido óleo não afetou o pH vaginal, nem tampouco as células endoteliais, o que demonstra a inatividade em receptores estrogênicos. Apesar disso, este fitoterápico é indicado pela ação benéfica na atrofia vaginal, devido a sua

associação com outros compostos bioativos relacionados a atividade antiinflamatória como os carotenóides, tocoferóis, tocotrienóis e -sitosterol (LARMO et al., 2014).

Um protocolo de tratamento semi-padronizado foi aplicado por um acupunturista altamente experiente, em uma pesquisa objetivando avaliar o tratamento com Zhi MU (*Anemarrhena asphodeloides*) uma Planta Medicinal Chinesa (PMC) e acupuntura (AP), em relação aos sinais e sintomas da pós-menopausa. Os resultados revelam que os tratamentos reduziram, em aproximadamente 87% e 75%, respectivamente, a gravidade e frequência dos fogachos. Dessa forma, a AP e PMC mostram-se como intervenções clinicamente significativas para aliviar alguns dos sintomas da menopausa (NEDELJKOVIC et al., 2014).

Por fim, a análise das interações medicamentosas entre as medicações alopáticas e plantas medicinais utilizadas por mulheres durante o climatério e a pós-menopausa, identificou que, das 87 mulheres estudadas, um total de 26 mulheres estavam expostas a interações entre plantas e medicamentos e 6 mulheres expostas a interações entre fitoterápicos e medicamentos. Porém apenas 7 utilizavam plantas medicinais que atuavam sobre os sintomas climatéricos (GELATTI et al., 2016). Assim, a possibilidade de interação medicamentosa deve ser avaliada, bem como, suas implicações para mulher, devendo o profissional de saúde prestar as devidas orientações para a sua paciente, melhorando a assistência em saúde para esse grupo populacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, podemos afirmar que os estudos analisados nos permitiram conhecer algumas plantas medicinais com potencial de fitôrmônios, e com eficácia e segurança cientificamente comprovadas, com destaque para as isoflavonas de soja, medicamento fitoterápico já reconhecido pela autoridade sanitária brasileira e presente na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME (BRASIL, 2018). Entretanto, outras possibilidades tem sido investigadas com relativos indícios de potencial terapêutico, como por exemplo, derivados da erva-doce (*Pimpinella anisum* L.).

Tal fato pode oportunizar a elaboração de novos estudos com o objetivo de fortalecer essa prática, a fim de se disponibilizar um novo método terapêutico acessível e de baixo custo para as mulheres que estão apresentando os mais frequentes sintomas indesejáveis da menopausa: distúrbios vasomotores, fogachos, suor noturno, atrofia vaginal e dispareunia. Portanto, faz-se necessário realizar novas pesquisas científicas, considerando os aspectos fitoquímicos e toxicológicos da espécie vegetal selecionada, com o objetivo de avaliar a eficácia e segurança do uso de plantas medicinais frente às aplicações terapêuticas.

## REFERÊNCIAS

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; · MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 971. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2006(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2018/11/RENAME-2018.pdf>. Acesso em 08 mai 2019.

CARMIGNANI, L. O.; PEDRO, A. O.; MONTEMOR, E. B. ARIAS, V. A.; COSTA-PAIVA, L. H.; PINTO-NETO, A. M. Effects of a soy-based dietary supplement compared with low-dose hormone therapy on the urogenital system: a randomized, double-blind, controlled clinical trial. **Menopause**; 2015, v.22, n.7 p.741-749.

DE FRANCISCIS, P.; GRAUSOORCLD, F.; LUISI, A.; SCHETTINO, M. T.; TORELLA, M.; COLACURCI, N. Adding Agnus Castus and Magnolia to Soy Isoflavones Relieves Sleep Disturbances Besides Postmenopausal Vasomotor Symptoms-Long Term Safety and Effectiveness. **Nutrients**. 2017, v.9, n.2, p.129.

GELATTI, G. T.; OLIVEIRA, K. R.; COLET, C. F. Potenciais interações relacionadas ao uso de medicamentos, plantas medicinais e fitoterápicos em mulheres no período do climatério. **J. res.: fundam. care. online.** v.8, n.2, p. 4328-4346, 2016.

LARMO, P. S.; YANG, B.; HYSSALA, J.; KALLIO, H. P.; ERKOLLA, R. Effects of sea buckthorn oil intake on vaginal atrophy in postmenopausal women: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. **Maturitas.** v. 79, n. 3, p.316-21. 2014.

LIMA, S.M.; BERNARDO, B. F.; YAMADA, S. S.; REIS, B. F.; DA SILVA, G. M.; GALVÃO, M. A. Effects of Glycine max (L.) Merr. soy isoflavone vaginal gel on epithelium morphology and estrogen receptor expression in postmenopausal women: A 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. **Maturitas.** v.78, n.3, p.205-211, 2014.

LIMOPASMANEE, W.; CHANSAKAOW, S.; ROJANASTHIEN, N.; MANOROT, M.; SANGDEE, C.; TEEKACHUNHATEAN, S. Effects of the Chinese Herbal Formulation (Liu Wei Di Huang Wan) on the Pharmacokinetics of Isoflavones in Postmenopausal Women. **BioMed Research International**, 2015, Article ID 902702.

LOPES, M.A.; NOGUEIRA, I.S.; OBICI, S.; ALBIERO, A. L. M. Estudo das plantas medicinais, utilizadas pelos pacientes atendidos no programa Estratégia saúde da família em Maringá/PR/Brasil. **Rev. bras. plantas med.** 2015, v.17, n.4, p. 702-206.

NEDELJKOVIC, M.; TIAN, L.; JI, P.; DEGLON-FISCHER, A.; STUTE, P.; OCON, E.; BIRKHAUSER, M.; AUSFELD-HAFTER, B. Effects of acupuncture and Chinese herbal medicine (Zhi Mu 14) on hot flushes and quality of life in postmenopausal women: results of a four-arm randomized controlled pilot trial. **Menopause.** v.21, n.1, p.15 24, jan.2014.

POSTIGO, S.; LIMA, S. M. R. R.; YAMADA, S. S.; REIS, B. F.; SILVA, G. M. D.; AOKI, T. Avaliação dos efeitos do Tribulus Terrestris na sexualidade de mulheres no climatério. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 38, n. 3, p.140-146, 2016.

RAHIMIKIAN, F.; RAHIMI, R.; GOLZAREH, P.; BEKHRADI, R.; MEHRAN, A. Effect of Foeniculum vulgare Mill. (fennel) on menopausal symptoms in postmenopausal women: a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial. **Menopause.** v.24, n.9, p.1017 1021, 2017.

ROCHA, B.M.A; PEREIRA, M.S.V; CARNEIRO, J.Q. Terapias complementares: Fitoterapia como terapêutica no climatério e menopausa. **Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança**. v.16, n.1, 2018.

SCHIAVO, M.; GELATTI, G.T OLIVEIRA, K.R; BANDEIRA, V.A.C; COLET, C.F. Conhecimento sobre plantas medicinais por mulheres em processo de envelhecimento. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. v. 38, n. 1, p. 45-60 2017.

SILVA, A. B.; ARAÚJO, C. R. F.; MARIZ, S. R.; MENESES, A. B.; COUTINHO, M. S.; ALVES, R. B. S. The use of medicinal plants for elderly users of a Basic Family Health Unit. **J Nurs UFPE on line.**, v. 9, Suppl. 3, p.7636-43, 2015.

YARALIZADEH, M.; ABEDI, P.; NAJAR, S.; NAMJOYAN, F.; SAKI, A. Effect of *Foeniculum vulgare* (fennel) vaginal cream on vaginal atrophy in postmenopausal women: A double-blind randomized placebo-controlled trial. **Maturitas**. vol.84, pp.75-80, fev.2016.

## **VELHOS E NOVOS SIGNIFICADOS SOBRE A VELHICE E O PAPEL DO ESTADO NA PROVISÃO DAS DEMANDAS SOCIAIS DA PESSOA IDOSA.**

Silvia Cavadinha Cândido dos Santos<sup>1</sup>  
Joseana Maria Saraiva<sup>2</sup>  
Iêda Litwak de Andrade Cezar<sup>3</sup>

### **RESUMO**

O envelhecimento é um fenômeno social que vêm sendo estudado desde época muito remota, a partir de abordagens diversas que apresentam uma multiplicidade de interpretações, novos significados, avanços e controvérsias. Este artigo tem como objetivo analisar a partir de uma pesquisa teórica de revisão bibliográfica, o contexto sócio histórico e cultural em que surge e evoluem as discussões sobre o fenômeno envelhecimento e como o Estado como provedor das demandas sociais tem exercido sua função no que concerne a efetivação dos direitos dos/as idosos/as. O estudo evidencia a valorização dos mais velhos em épocas remotas e o processo de perda do prestígio com a estruturação do capitalismo e da sociedade industrial e de consumo. Nesse caminho, a velhice perde a sua conotação negativa de perda de *status* social e ganha o caráter positivo de garantia da aposentadoria, provendo identidade à população idosa, fato que originou, no cenário da sociedade contemporânea, a invenção da “Terceira Idade”, ou “Melhor Idade”. Surge uma nova linguagem, o envelhecimento bem-sucedido e ou ativo, fundamentado nas teorias da atividade e do desengajamento. Identificam-se avanços nos termos da lei em prol do/a idoso/a como sujeito de direito, contudo, contraditoriamente, constata-se o afastamento do Estado como provedor das políticas sociais voltadas para pessoa idosa. Na análise desse contexto, depreende-se que o processo de envelhecimento está sendo vivenciado de forma precarizada pelas classes menos favorecidas, submetidas a vivenciar a realidade de serem vítimas da miséria, da fome, da violência, do abandono, levando os/as idosos/as ao risco social.

**Palavras-chave:** Envelhecimento e Significados; Políticas Sociais; Papel do Estado.

### **INTRODUÇÃO**

O estudo remete a um tema clássico nas ciências sociais – o fenômeno do envelhecimento da população – explorado ao longo da história por diversos estudiosos da área como uma das tendências prioritárias para investigação e se justifica pela sua importância e atualidade. Neste artigo particulariza-se a busca da compreensão deste fenômeno desde

---

<sup>1</sup>Socióloga. Mestra em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social / PGCDs / UFRPE, [silvia.candido@hotmail.com](mailto:silvia.candido@hotmail.com);

<sup>2</sup>Mestra em Nutrição. Doutora em Serviço Social. Prof.<sup>a</sup> do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social /UFRPE. Coordenadora do Núcleo de Pesquisa e Estudos em Consumo, Envelhecimento e Qualidade de Vida - NUEPECQV. [joseanasaraiva@yahoo.com.br](mailto:joseanasaraiva@yahoo.com.br);

<sup>3</sup>Mestra em Extensão Rural e Desenvolvimento Local - POSMEX/UFRPE. Prof.<sup>a</sup>. Colégio Agrícola Dom Agostinho Ikas - NEAD/CODAI/UFRPE. Escola Técnica Estadual José Alencar Gomes da Silva - ETE JAGS. [iedalitwak\\_ufrpe@yahoo.com.br](mailto:iedalitwak_ufrpe@yahoo.com.br).

épocas remotas até à sociedade de consumo contemporânea. Com base nos contextos sócio-histórico, político e cultural, evidenciam-se questões centrais em torno das principais teorias, paradigmas, concepções, contradições e significados sobre o fenômeno. Busca-se compreender ainda por quê, apesar das iniciativas pontuais e dos debates internacionais que incentivaram o processo de conquista de direitos no Brasil em prol do segmento idoso, repercutido na aprovação de diversos documentos e providências nos termos da lei, o processo de envelhecimento continua sendo vivenciado de forma precária pelas classes menos favorecidas, submetidas a vivenciar a realidade de serem vítimas da miséria, da fome, da violência, do abandono, levando os/as idosos/as ao risco social.

O que se percebe é que existe um movimento cíclico, quanto ao envelhecimento, que ora valoriza as pessoas velhas, e ora segue por crises de desvalorização. Ressalta-se a importância e a sabedoria dos mais velhos em épocas remotas e a perda do prestígio e dos papéis sociais na transição da sociedade pré-industrial para a sociedade industrial e de consumo, onde os velhos foram substituídos pela força de trabalho dos jovens, que passaram a dominar o mundo da produção, respaldados pela ciência e pela técnica. Nesse movimento, a sociedade, impulsionada pela indústria mercadológica, do lazer, do turismo e para a terceira idade, busca recuperar o *status* dos/as idosos/as, a partir da perspectiva do envelhecimento bem-sucedido e do ativo.

Nessa perspectiva, a invenção da terceira idade impõe uma ideia de velhice caracterizada pela participação, dinamismo e responsabilidade pessoal do/a idoso/a de envelhecer de maneira ativa, com novas expectativas para vivenciar a aposentadoria, e fundamentada nas contribuições das teorias da atividade e do desengajamento, que se contrapõem, mas, se complementam. A terceira idade vem a ser a nova categoria social que surge para designar o envelhecimento ativo e independente, qualificado pela ociosidade criativa e pela prática de múltiplas atividades físicas e culturais tendo em vista a promoção da saúde física e mental.

A partir da realização das assembleias mundiais promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Viena (1982) e em Madri (2002), o envelhecimento ganha maior dimensão – do paradigma da velhice inativa à ativa. Observam-se avanços decorrentes da Constituição Federal de 1988 e como consequência dos debates internacionais, que se repercutem na aprovação de diversos documentos e providências em favor do segmento idoso no Brasil – Política Nacional do Idoso (1994), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (1999), o Estatuto do Idoso (2003), dentre outros. Apesar da evolução nos termos da lei,

constata-se o afastamento do Estado no cumprimento da garantia dos direitos sociais dos/as idosos/as, em detrimento da amenização das hierarquias e das desigualdades sociais e da qualidade dos serviços públicos, que continuam insuficientes e precarizados, sobretudo, os serviços de saúde.

O estudo encontra-se estruturado em três itens expressivos para garantir a compreensão do fenômeno social pesquisado. No primeiro item aborda-se o contexto sócio-histórico e cultural do envelhecimento desde épocas remotas até à contemporaneidade, com foco central nos ciclos de ascensão e declínio dos significados da velhice. O segundo item enfoca os caminhos, significados, tendências e teorias que influenciaram o envelhecimento bem-sucedido e o ativo, a aposentadoria e a invenção da terceira idade. Na sequência, o terceiro item trata do direito ao envelhecimento ativo, suas contradições e a desresponsabilização do Estado na provisão das políticas sociais voltadas ao segmento idoso.

Nas considerações finais, evidenciam-se os principais desdobramentos do estudo, que se constitui como um legado à investigação acadêmica capaz de contribuir para as demais pesquisas da área e, sobretudo, abrir espaços para novos caminhos a fim de ser possível apresentar outras possibilidades ou hipóteses de os/as idosos/as usufruírem de um processo de envelhecimento como condição para a efetivação da garantia de seus direitos sociais.

## **METODOLOGIA**

Na perspectiva de compreender essa realidade, realizou-se uma pesquisa teórica de abordagem qualitativa, de caráter explicativo, a partir de uma revisão bibliográfica na qual se utilizou as contribuições de diversos autores sobre o fenômeno envelhecimento - em especial, os estudos publicados em livros, periódicos científicos nacionais e internacionais, dentre outros documentos que lhes deram a devida sustentação. Considera-se o contexto sócio-histórico e cultural em que surge e evoluem as discussões sobre esse fenômeno, desde épocas remotas à contemporaneidade, com foco central nos ciclos de ascensão e declínio dos significados sobre a velhice - os velhos e novos significados sobre a velhice - e o papel do Estado na provisão das demandas sociais da pessoa idosa.

## **CONTEXTO SÓCIO HISTÓRICO E CULTURAL DO ENVELHECIMENTO: das sociedades ágrafas<sup>4</sup> à contemporânea.**

Para compreender o processo de envelhecimento humano é importante delimitar na história a evolução da percepção de velhice, que vem se alterando historicamente no tempo e no espaço. Na sociedade pré-histórica, o fato de se ter mais idade, de conhecer as tradições sagradas, a magia, a religião e a técnica, de saber preparar os alimentos retirando dos mesmos as propriedades nocivas, bem como de ser capaz de descobrir água, estavam relacionados com o imenso poder e autoridade dos anciãos (BEAUVOIR, 1970, p. 68-70).

Para Santos (2001, p. 90), o entendimento sobre o envelhecimento humano deve partir das concepções filosóficas extraídas das civilizações Oriental e Ocidental. No Oriente, os mais velhos ainda são privilegiados nos dias atuais. Essa condição teve como principal sustentação a percepção sobre a velhice de filósofos como Lao-Tsé ou Lao-Tzy (604-531 a. C.), de visão de santidade, e de Confúcio (551-479 a. C.), como concepção de sabedoria.

No Ocidente, uma das primeiras referências sobre o envelhecimento foi a de Sócrates (469-399 a. C.), escrita por Platão no livro República. Neste livro, o filósofo atribui ao fenômeno do envelhecimento “a ideia de que para os seres humanos prudentes e bem preparados, a velhice não constitui peso algum” (SANTOS, p. 93). Na mesma direção, Platão (427-347 a. C.) acreditava que a velhice fazia surgir nos seres humanos os sentimentos de paz e liberdade e enfatizava as obrigações dos filhos perante os pais.

No entender de Hipócrates (460-370 a. C), médico da antiga Grécia, e de acordo com a sua teoria dos humores<sup>5</sup>, a velhice iniciava-se depois dos 50 anos como consequência do desequilíbrio de humores. Em função disso, Hipócrates aconselhava às pessoas mais velhas a moderação, sem, no entanto, interromperem as suas atividades físicas e mentais durante o processo de envelhecimento. Na época, este filósofo chamava ainda a atenção para as normas de higiene corporal nos cuidados assistenciais aos velhos (SANTOS, p. 94).

---

<sup>4</sup>Sociedades ágrafas foram aquelas que não produziram nenhum tipo de escrita [...]. Nas sociedades ágrafas, o conhecimento era passado de forma oral [...]. A dificuldade em estudar essas sociedades está na escassez de material escrito, uma vez que elas não os produziam, restando como forma de estudo os fósseis, as pinturas rupestres, os artefatos e outros que se conservaram com o tempo (GISELLE, 2014, p. s/n).

<sup>5</sup>O corpo do homem tem dentro dele sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra. Eles constituem a natureza desse corpo e por eles surge a dor ou a saúde. Ocorre a saúde mais perfeita quando esses elementos estão em proporção correta [...] (HIPÓCRATES, séc. IV a. C. 1999, p. 406).

Desde a Antiguidade que a humanidade sempre buscou compreender a decadência no plano biológico, o declínio e a alteração do organismo humano, estando a resposta associada à forma segundo a qual a medicina se integrava com a vida e a natureza. Dentre as civilizações antigas, no Egito, a medicina integrava-se com a magia e na Grécia Antiga ela fez parte, por longo período, da metafísica religiosa ou da filosofia. Exclusivamente com Hipócrates, a medicina passou a ser considerada ciência e arte construída “pelo raciocínio e pela experiência”, tendo sido o referido médico o primeiro a estabelecer um paralelo entre as etapas da vida humana e as quatro estações da natureza, comparando a velhice com o inverno. Já Aristóteles (384-322 a. C.) concebia a condição da vida como calor interno<sup>6</sup> e comparava a senectude a um resfriamento (BEAUVOIR, p. 20).

Na Antiguidade, segundo Schachter-Shalomi e Miller (1996, p. 59), iniciou-se um processo de gerontofobia, caracterizada como uma fobia aos idosos, os gregos passaram a valorizar a perfeição física e a beleza dos jovens e a velhice passou a ser tida como castigo divino. Explicam também os autores que o Senado romano perdeu posição e o poder passou dos mais velhos para as mãos dos mais jovens.

No ponto de vista de Blessmann (2003, p. 25), depois de Cristo, a contribuição teórica mais relevante acerca do processo de envelhecimento foi a do médico romano, nascido na Grécia, Galeno (129-200 d. C.). Para este profissional e estudioso, a velhice não era uma questão patológica, mas sim uma etapa intermediária entre a doença e a saúde. Beauvoir (p. 20) cita, no âmbito da teoria de Galeno, a redução e o enfraquecimento das funções fisiológicas do ser humano no processo de envelhecimento, conciliando a teoria dos humores e do calor interno. Com base nessa teoria, no seu livro *Gerontomica*, Galeno fornece orientações para os cuidados com os idosos, como os banhos quentes, as dietas especiais, o consumo de vinho e a necessidade de permanecerem ativos.

Posteriormente, na Idade Média, Beauvoir (p. 142) chama a atenção para a contribuição da Igreja através da criação de hospícios e hospitais, os quais, com ações caritativas, beneficiavam não só crianças como também idosos, tendo sido criadas as lentes de vidro para a correção da visão e generalizado o uso de dentes postiços retirados de cadáveres e animais, medidas que beneficiavam os mais velhos. No entanto, os estudos de Barros e Castro (2002, p. 177) mencionam que, nesse período, prosseguiu a valorização dos jovens em detrimento da fraqueza e decrepitude dos/as velhos/as. Completa Beauvoir que, na Idade

---

<sup>6</sup> O calor interno foi tomado por Aristóteles como um dado empírico e fornece a vida; sem o calor temos a morte (MARTINS, 1990, p. 171).

Média, o fato de o trabalho no campo exigir esforço físico e de a sociedade ser dirigida aos jovens, os mais velhos eram relegados ao esquecimento, sendo excluídos da vida pública.

Posteriormente a esse período, registra-se a melhoria das condições de higiene da população, o que contribuiu para ampliar a sua longevidade. Contudo, esta condição só favoreceu as classes privilegiadas e/ou dominantes, os/as idosos/as pobres eram condenados/as à indigência da própria velhice, ficando a cargo da família ou da Igreja.

Em seus estudos, Blessmann (p. 27) apresenta o Renascimento como o período onde se inicia o aumento progressivo da expectativa de vida, resultando daí um maior interesse sobre o envelhecimento. Destaca ainda os manuais de higiene e prescrições dietéticas elaborados para os cuidados com os velhos. O manual de Gabriele Zerbi (1468-1505), intitulado *Gerontocomia*, salientava que os melhores lugares de uma casa deveriam ser para os mais velhos. Ressaltava também que as virtudes dos *gerontocomus*, pessoas que se dedicavam ao cuidado da categoria dos mais velhos, eram indispensáveis para que servissem de exemplo de conduta dos pacientes idosos. Outro manual muito popularizado pelas dietas sugeridas foi o de Luigi Cornaro (1467-1566) – *Tratado sobre saúde e vida longa*. Tratava-se de dietas que foram, inclusive, praticadas pelo próprio autor, e aconselhavam a ingestão de, apenas, “350 gramas de alimentos sólidos e 500 gramas de líquidos por dia”.

No Século XVII, o filósofo René Descartes propôs a possibilidade de se encontrar a cura do envelhecimento como sendo a desejável meta da ciência e passou a seguir um estilo de vida voltado para a temperança, abstinência e ordem, com o intuito de estender a própria longevidade. Segundo Blessmann (p. 28), Francis Bacon (1561-1626), discípulo de Descartes, publicou um livro<sup>7</sup> com ideias científicas objetivando a busca pelo prolongamento da vida. Para ele, a longevidade humana era “a mais nobre das metas da medicina”.

Schachter-Shalomi e Miller (p. 62) ressaltam que, na sociedade pré-industrial, a valorização da velhice era proveniente da incumbência que os mais velhos tinham de transmitir o seu conhecimento aos jovens por meio do sistema de aprendizagem. Os jovens aprendiam o seu ofício estudando com os velhos artesãos profissionais, sendo uma transmissão direta, pessoa a pessoa. Com a Revolução Industrial, esse processo de aprendizagem foi substituído pelo ensino de massa ministrado por escolas, fábricas e profissionais mais jovens, e, em consequência, o saber profissional da pessoa idosa passou a ser arcaico antes do fim de sua vida. Afirmam, ainda, os citados autores que o contexto da sociedade industrial tornou inútil a população idosa, principalmente nos grandes centros

---

<sup>7</sup>A História Natural da Vida e da Morte e a Prolongação da Vida (BLESSMANN, 2003, p. 28)

urbanos, e narram que os/as idosos/as enfraquecidos/as são armazenados e submetidos ao isolamento em asilos e comunidades para aposentados por imposição da sociedade atual. O depósito destes idosos representa a visão da revolução industrial, que trata os seres humanos como mecanismos, peças de máquinas dependentes do seu valor funcional. Pouco se incentiva a presença de idosos, pois não são mais produtivos. No entanto, não se descartam totalmente os velhos, eles são retirados da vida produtiva e “enferrujam” por falta de uso.

No início do século XX, a geriatria, ramo da medicina destinado ao tratamento de pacientes idosos, começou a ser estudada a partir dos estudos do médico Ignatz Leo Nascher<sup>8</sup>, que conceituou o envelhecimento como um processo de degeneração celular. A partir de 1930 foi desenvolvida com a geriatria uma nova ciência denominada de gerontologia, que considera a velhice não como patologia mas como processo de envelhecimento.

Nessa direção, os fenômenos e processos ligados ao envelhecimento passaram a ser estudados de forma mais efetiva e, de acordo com Beauvoir (p. 25), em três planos: biológico, psicológico e social. Desse modo, ocorreu o aprofundamento dos estudos sobre o envelhecimento proveniente de fatores heterogêneos, que associam fatores genéticos com ambientais, incluindo aspectos sócio-econômico-culturais, e enfatizam a complexidade e heterogeneidade desse processo, que não se volta apenas para um dos seus fatores.

Sobre estas questões, afirma Debert (1998, p. 8) que a velhice não é uma categoria natural, mas sim socialmente produzida. Deve-se, portanto, fazer uma distinção entre um fato universal e natural, ou seja, o ciclo biológico do ser humano e das espécies naturais de nascimento, de crescimento e de morte, e o fato social e histórico que é a variabilidade das formas pelas quais o envelhecimento é concebido e vivido. Nesse prisma, Minayo e Coimbra Jr. (2002, p. 14) relatam que “o ciclo biológico próprio do ser humano assemelha-se ao dos demais seres vivos – todos nascem, crescem e morrem – por outro lado, as várias etapas da vida são social e culturalmente construídas”.

Para Debert (p. 8), as representações sobre a velhice, a idade a partir da qual os indivíduos são tidos como velhos, a sua posição social e o tratamento que lhes é proporcionado pelos mais jovens contam com significados particulares em contextos históricos, sociais e culturais distintos. Essa mesma perspectiva orienta outras etapas da vida, a exemplo da infância, adolescência e juventude. Relata Debert (p. 12) que as categorias de idade são construções culturais e que mudam historicamente, sendo formadas por realidades

---

<sup>8</sup>Considera-se o americano Nascher como o pai da geriatria. Nascido em Viena – importante centro sobre a velhice – veio criança para Nova Iorque onde estudou medicina” (BEAUVOIR, p. 25).

sociais específicas ao conter recortes de todo o social, sendo que estabelecem direitos e deveres diferenciados no interior de uma população, definindo relações entre as gerações e o poder. Para a autora, existe na sociedade brasileira a idade cronológica, um sistema de datação que pode ser diferente em outras sociedades, designando vários períodos, como a maioridade civil, o início da vida escolar, a entrada e a saída do mercado de trabalho.

### **ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO E / OU ENVELHECIMENTO ATIVO: significados, tendências e contradições.**

Para melhor compreensão das teorias que caracterizam o envelhecimento ativo torna-se fundamental registrar a influência de duas renomadas proposições, da atividade e do desengajamento, à luz dos teóricos que as elaboraram. Doll *et al.* (2007, p. 9) explicam as citadas teorias com base em Havighurst (1961), que concebe o conceito do envelhecimento bem-sucedido relacionado às condições de vida individual e social dos indivíduos e enfatiza o desenvolvimento de tarefas que surgem na vida das pessoas em determinados períodos. Para Havighurst, o envelhecimento bem-sucedido pode ser sustentado por duas diferentes teorias que se contrapõem, nomeadamente a teoria da atividade e a teoria do desengajamento. A teoria da atividade parte do pressuposto de que o envelhecimento bem-sucedido significa a manutenção, pelo maior tempo possível, das atividades iniciadas na meia-idade.

De acordo com Havighurst, a teoria da atividade destaca a importância da imagem social da velhice na sociedade, da satisfação dos idosos com as suas atividades. Apesar disto, Doll *et al.* (2007) registraram que a teoria da atividade tem sido questionada pelos gerontologistas, pois pode conduzir à falsa impressão de ativismo. Isto pode transmitir a ideia de que a pessoa tem que estar engajada em alguma atividade para envelhecer bem. Ao contrário da teoria da atividade, a teoria do desengajamento, na ótica de Havighurst (1961), é considerada com sucesso quando afirma que as pessoas, de forma natural, devem afastar-se das atividades sociais, até mesmo por um desejo pessoal.

Para Barros e Castro (2002, p. 120), as teorias da atividade e do desengajamento foram as duas grandes teorias que dominaram a conjuntura gerontológica dos anos 1960, uma vez que enfatizavam a velhice como momento de perda dos papéis sociais e manifestavam interesse em entender como se dava o ajuste pessoal perante a própria velhice, com a fabricação do “novo velho” no atual contexto.

Blessmann (p.64) complementa afirmando que as teorias denominadas de desengajamento e da atividade relacionam-se com o surgimento de um novo fato social, a aposentadoria. De posse dessa aposentadoria, a terceira idade vem a ser a nova categoria social que surge para designar o envelhecimento ativo e independente, concebido a partir dessas teorias, qualificado pela ociosidade criativa e pela prática de múltiplas atividades físicas e culturais. Para a autora, é no bojo dessas teorias que nascem e se multiplicam os programas voltados para idosos, originariamente na forma de grupos de convivência.

Corroborando Blessmann, revela Debert (2011, p. s/n) que a velhice perde a sua conotação negativa de perda de *status* social e ganha o caráter positivo de garantia da aposentadoria, um rendimento mensal instituído em países capitalistas, inclusive no Brasil. Lembra a autora que a aposentadoria entrou na pauta das reivindicações dos trabalhadores e forneceu identidade a uma população até esse momento associada à pobreza, à invalidez e à incapacidade de produzir, além de diferenciá-la de outros grupos alvo da assistência social.

Todavia, há 18 anos, Veras (1999, p.38) já chamava a atenção para o processo de deterioração da condição econômica dos/as idosos/as ao longo dos anos. Para este autor, à época, o/a idoso/a, ao final de sua vida, chegava a uma situação financeira pior do que quando trabalhava, uma vez que o valor de sua aposentadoria, na maioria das vezes, era inferior aos seus ganhos durante o período produtivo.

Na concepção de Debert, o fato universal da aposentadoria traz o surgimento de uma nova linguagem, empenhada em alocar o tempo dos aposentados, sendo ativa na construção das etapas mais avançadas da vida como uma fase dinâmica, sendo oposta à ideia da aposentadoria como um momento de desengajamento passivo de uma vida ativa. Nessa perspectiva, originou-se o processo de constituição da terceira idade, que provocou mudanças no significado da velhice. Para a autora, a expressão “Terceira Idade” surgiu na década de 1970 com a criação da primeira Universidade para a Terceira Idade, na França. Tratava-se de uma época para celebrar a velhice como uma etapa privilegiada para o lazer e desembaraçada das obrigações profissionais e familiares, fato que originou a ideia da “melhor idade”. Assim, a invenção da terceira idade surgiu no cenário das sociedades contemporâneas beneficiadas com o prolongamento da vida e indicaria uma experiência inusitada de envelhecimento, oferecendo aos mais velhos a oportunidade de dispor de saúde e independência financeira, dentre outros recursos. Essa nova fase veio acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados com o objetivo de definir e atender as necessidades desses idosos, tidos como vítimas da marginalização e da solidão.

No entanto, a independência financeira dos idosos não se traduz numa realidade homogênea para todo o segmento em virtude dos reduzidos valores das pensões e aposentadorias, utilizadas quase exclusivamente para o atendimento das necessidades imediatas e de sobrevivência dos/as idosos/as de classes menos favorecidas.

Explica também Blessmann (p. 64) que o envelhecimento foi associado às mudanças físicas, como perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo e deterioração da saúde, dentre outras, além das mudanças cognitivas evocadas por problemas relacionados com a memória e aquisição de novos conhecimentos, sem levar em conta as diferenças individuais e a relação com fatores ambientais e sociais. A Terceira Idade, como categoria social, já não comporta a diversidade do fenômeno da velhice, cujas alterações morfológicas e funcionais são tidas como normais, não sendo consideradas doenças. Com o avançar da idade, esclarece a autora, é que se vão acentuando os sintomas de dependência física e mental com características diversificadas para cada indivíduo. Por isso, em países europeus pode-se encontrar a classificação da quarta idade para os idosos dos 75 aos 85 anos e a classificação da quinta idade para aqueles acima dos 85 anos.

A partir desse entendimento surgem as iniciativas de programas destinados ao atendimento dos/as idosos/as na perspectiva da qualidade de vida. Emerge ainda, na sociologia e na psicologia, uma concepção evolutiva de velhice na perspectiva teórica do curso de vida, que passou a ajudar as ações profissionais que investem nos potenciais que as pessoas ainda conservam para a compensação das perdas no processo do envelhecimento. Nessa direção, ressalta-se, sobretudo, que completam o contexto das teorias do envelhecimento humano os avanços nos estudos, as pesquisas e os conceitos interligados ao entendimento de qualidade de vida como tema de relevância direcionado às pessoas idosas.

### **Do direito ao envelhecimento ativo e saudável à desresponsabilização do Estado com a efetivação das políticas sociais.**

No Brasil, duas importantes iniciativas ocorreram nos anos de 1960 e que impactaram positivamente no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa. A primeira iniciativa diz respeito à criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, em 1961, com objetivo de estimular obras sociais de amparo à velhice e a pesquisas. A segunda ocorreu em 1963 com as iniciativas do Serviço Social do Comércio (SESC), através do Departamento Regional do Sesc São Paulo, direcionadas ao

segmento idoso. À época, as iniciativas desenvolvidas pelo SESC revolucionaram o trabalho de assistência social, uma vez que as instituições responsáveis por idosos/as só prestavam atendimento na forma asilar, sendo as mesmas decisivas, no Brasil, para a deflagração de políticas direcionadas ao segmento idoso (CAMARANO E PASINATO, 2004, p. 264).

No âmbito da agenda internacional, Camarano e Pasinato (p. 254-258) chamam a atenção para o evento realizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) que provocou a preocupação com o envelhecimento ativo. O evento diz respeito à Assembleia Mundial sobre Envelhecimento Humano, realizada em Viena, no ano de 1982. Considerado marco inicial da discussão, o evento teve como propósito fornecer subsídios capazes de conscientizar os países para a necessidade de incorporarem em seus planos de governo diretrizes que garantissem um envelhecimento saudável.

Após as iniciativas locais desenvolvidas pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e pelo SESC e os debates internacionais acerca do desenvolvimento ativo e saudável, o grande avanço em prol do segmento idoso no Brasil ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988, repercutindo-se na aprovação de diversos documentos e providências, tendo-se a destacar a Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei 8.842/1994 –, que consiste num conjunto de ações governamentais com o objetivo de assegurar os direitos sociais dos/as idosos/as. Em 1999, foi criada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) – Portaria 1.395/GM/1999 do Ministério da Saúde (MS) –, que contempla o contingente idoso à promoção da saúde e do atendimento multidisciplinar específico de saúde.

Em 2002 ocorreu a Segunda Assembleia Mundial, realizada em Madri. Nesta assembleia, além de aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação para orientação de medidas normativas sobre políticas e programas voltados para o envelhecimento, recomendou-se o estabelecimento de parcerias entre os governos nacionais, a sociedade civil e o setor privado, tendo em vista os detalhamentos das responsabilidades para o desenvolvimento das estratégias com foco no envelhecimento saudável.

Segundo Belo (2013, s/n), essas iniciativas contribuíram de forma significativa para a formulação do conceito de envelhecimento ativo, o qual defende a valorização dos/as idosos/as pela sua participação na sociedade e produtividade. A partir de então, evidencia-se a apropriação desse conceito pela mídia e pela indústria mercadológica e de lazer, que reforçam a reciprocidade entre velhice e a “boa idade”. Contudo, segundo a autora, esse conceito é universalizante e omite, ao mesmo tempo, as dificuldades ocorridas durante o processo de envelhecimento, que acontece de forma heterogênea, individualmente.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), as iniciativas realizadas em defesa do envelhecimento ativo são positivas, uma vez que associam envelhecimento saudável a qualidade de vida de idosos/as. Nessa direção, conceitua envelhecimento ativo como sendo “a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, visando a melhoria da qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam velhas” (OMS, p. 13). Nesses termos, a OMS ressalta que, para a operacionalização desse conceito, deve-se considerar não apenas a responsabilidade das pessoas, mas, sobretudo, que o processo de envelhecimento seja respaldado por políticas públicas efetivas que garantam um desenvolvimento ativo e saudável.

Em 2002 foi implementado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), por meio do Decreto 4.447 – embora tenha sido criado em 1994 pela Lei 8.842 –, com a missão de elaborar e acompanhar as diretrizes da PNI. Em 2003, através da Lei 10.741/2003, foi criado o Estatuto do Idoso, que se reveste como o mais importante instrumento legal de garantia dos direitos humanos das pessoas idosas, expressos em 118 artigos fundamentais.

Silva *et al.* (2015, p. 90) e outros teóricos são unânimes em afirmar que este país conta com uma legislação bem delineada acerca dos direitos das pessoas idosas. Não obstante, o problema está em conseguir aferir o cumprimento da lei e a efetividade das políticas concernentes à população idosa e chamam a atenção para a violação do direito do/a idoso/a, que passa despercebida pela sociedade e pelo próprio Estado.

Para Barbosa *et al.* (2008, p. 5), as pessoas idosas desejam e podem permanecer ativas e independentes por tanto tempo quanto for possível, se o devido apoio em relação às suas demandas lhes for proporcionado. Os/as idosos/as estão potencialmente sob risco, não apenas porque envelheceram, mas também em virtude do processo de envelhecimento, de se tornarem mais vulneráveis à incapacidade, decorrente de condições adversas do meio físico, social ou de questões afetivas. O apoio adequado e a efetivação dos direitos dos/as idosos/as através das políticas sociais são urgentes e necessários. A pobreza dos/as idosos/as no Brasil é resultante, em sua maioria, das condições de desigualdade social geradas pela concentração de renda. O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo, a concentração de renda observada é a causadora dos danos sociais e acentua a pobreza. Esta situação se reflete na condição de vida dos/as idosos/as do país, maioritariamente pobres.

Assiste-se no Brasil a um processo de incentivo do Estado à hegemonia capitalista e ao sucateamento dos bens públicos no atendimento à população idosa, por meio da expansão de empresas privadas para planos de saúde, de aposentadorias e para o cuidado do/a idoso/a

em Instituições de Longa Permanência (ILPI). Contudo, os/as idosos/as das classes mais desprovidas não podem arcar com os ônus desses serviços e necessitam da implantação e efetivação de políticas sociais concernentes à assistência social, saúde, educação, segurança e moradia. Contraditoriamente, o que os indicadores apresentam é a negação desses direitos, uma vez que a velhice ainda persiste sendo uma fase da vida onde os/as idosos/as pobres continuam a lutar pela sobrevivência, percebem aposentadorias e pensões reduzidas e não recebem a devida assistência do Estado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise e compreensão do contexto sócio-histórico, político e cultural das principais teorias, paradigmas, concepções e significados que fundamentam o fenômeno do envelhecimento, bem como do papel do Estado na provisão das demandas do segmento idoso no processo de envelhecimento e na garantia da efetivação dos seus direitos, pode-se aferir as seguintes considerações. Primeiro, conforme os estudos de Santos e Saraiva (2016), a sociedade atravessou diversos ciclos no que se refere ao tratamento destinado às pessoas idosas e à compreensão do fenômeno do envelhecimento, ora valorizando as pessoas velhas e ora seguindo por crises de desvalorização. Nesse processo, na transição da sociedade pré-industrial para a sociedade industrial e de consumo, os velhos, antes sábios e prestigiados, são substituídos pelos jovens, que passam a dominar o mundo da produção, respaldados pela ciência e pela técnica. Na sociedade contemporânea, observa-se um movimento de revalorização do/a idoso/a, impulsionado pela indústria mercadológica, do lazer, do turismo e pelas teorias que buscam recuperar o *status* dos/as idosos/as a partir da perspectiva do envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável. Com fundamento no conceito de envelhecimento ativo, seguindo as influências das diretrizes internacionais, modifica-se o caráter paternalista das políticas públicas em relação ao processo de envelhecimento e introduz-se a perspectiva de revalorização do segmento idoso por intermédio de ações participativas e de produtividade. Segundo, o que se identifica neste estudo é que a sociedade de consumo e o Estado entendem que cada pessoa idosa é a única responsável pelo próprio processo de envelhecimento. Essa lógica desconsidera, segundo estudos de Santos (2017), que o envelhecimento ativo e saudável tem classe, ou seja, está diretamente relacionado com a condição de vida, com o salário, com o nível educacional, com os rendimentos, que vão determinar a posição que cada indivíduo idoso ocupa na sociedade, e as características culturais e de lazer das diferentes classes sociais. Terceiro, com base nesse pressuposto, é

utopia pensar no processo de envelhecimento ativo e saudável dos/as idosos/as sem considerar as desigualdades econômicas e sociais de forma heterogênea. Quarto, entende-se que estas contradições, no seu conjunto, conforme ressalta Saraiva (2015, p. 17), estão postas na lógica da racionalidade econômica capitalista que fundamenta tanto as ações do Estado como da sociedade de consumo, que integra a iniciativa privada, o mercado. Com base nessa lógica, assiste-se ao incentivo do Estado às demandas e hegemonia do capital e, ao mesmo tempo, à existência de uma postura inerte frente às demandas dos/as idosos/as que reivindicam a implementação e efetivação da política social referente aos serviços sociais concernentes à assistência social, saúde, educação, segurança, alimentação e moradia, dentre outros fundamentais que promovem efetivamente o envelhecimento ativo e saudável, na perspectiva de superar o paradigma de o novo continuar velho.

### Referências Bibliográficas

BARBOSA, Robson Fernandes *et al.* “Qualidade de vida na terceira idade: um estudo com os beneficiários do Programa “Leite da Paraíba” na cidade de Campina Grande – PB”. In: **SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA – SEGET, XIV**, Resende – RJ. Anais eletrônicos... Resende – RJ: 2008. p. 01-15. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/artigos2008.php?pag=61>>. Acesso em: 10. abr. 2017.

BARROS, Regina; CASTRO, Adriana. “Terceira idade: o discurso dos experts e a produção do “novo velho””. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, v. 4, p. 113-124, 2002.

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

BELO, Isolda. “Velhice e Mulher: vulnerabilidade e conquistas”. **Revista Feminista**, v. 1, n. 3, set./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/viewFile/84/82>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

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.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, de 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, jan.1994.

BRASIL. Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Portaria GM n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999 – Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 dez. 1994.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Teresa. O envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, Ana Amélia (org.). **Os novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-292.

DEBERT, Guita Grin. Pressupostos da Reflexão Antropológica sobre a Velhice. In: DEBERT, G. G. (org.). *Antropologia e Velhice*. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1998. p. 7-27.

\_\_\_\_\_. “Velho, terceira idade, idoso ou aposentado? Sobre diversos entendimentos acerca da velhice”. *Revista Coletiva*, n. 05, jul./ago./set. 2011. Disponível em: <<http://www.coletiva.org/index.php/artigo/velho-terceira-idade-idoso-ou-aposentado-sobre-diversos-entendimentos-acerca-da-velhice/>>. Acesso em: 11 abr. 2016.

DOLL, Johannes *et al.* “Atividade, Desengajamento, Modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento”. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, v. 12, p. 7-33, 2007.

HIPÓCRATES. “Da natureza do homem (H. Cairus, trad.)”. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, v.6, n. 2, p. 395-430, 1999.

MARTINS, Roberto de Andrade. “A teoria Aristotélica da respiração”. *Cadernos de História e Filosofia da Ciência*, v. 2, n. 2, p. 165-212, jul./dez. 1990.

MINAYO, Maria Cecília de S.; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (org.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Envelhecimento Ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

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 Kássia T. (org.). *Reflexões à luz do Envelhecimento*. Recife: Libertas, 2017. 195p.

SANTOS, Sílvia Cavadinha Cândido dos. **ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA NA SOCIEDADE DE CONSUMO**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Consumo, Cotidiano e Desenvolvimento Social. Universidade Federal Rural de Pernambuco – UFRPE – Recife, PE, 2017.

SANTOS, Silvana Sidney Costa. “Envelhecimento: visão de filósofos da antiguidade oriental e ocidental”. **Revista RENE**, v. 2, n. 1, p. 88-94, jul./dez. 2001.

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: Ed. UFPE, 2015.

SILVA, Emília Pio da *et al.* Envelhecimento e Risco Social: uma abordagem conceitual. In: SILVA, Emília Pio da; MAFRA, Simone Caldas Tavares (org.). *Envelhecimento no Brasil*: o retrato da diversidade. Visconde do Rio Branco: Suprema, 2015, p. 87-95.

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

VERAS, Renato Peixoto. O Brasil Envelhecido e o Preconceito Social. In: \_\_\_\_\_. (org.). *Terceira Idade*: alternativas para uma sociedade em transição. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: UERJ, UnATI, 1999, p. 35-47.